

Elektronisk overvågning af sundhedsprofessionelle - Big Brother or Big Benefit



Karen Heilmann
Charlotte Engvad Jensen
Master of Information Technology
in Health Informatics
Efter- og videreuddannelse,
2. Årgang,
2014
Vejleder: Louise Bilenberg Pape-Haugaard

Resume

Indledning

For at imødekomme de stadig stigende krav til sundhedsvæsenet om effektivisering og kvalitetssikring, introduceres i stadig stigende grad overvågning af udstyr og personale.

I relation til personovervågning eksisterer en potentiel konflikt med privatlivets fred, da overvågningen har formodede personlige implikationer, for de personer som overvåges.

Projektet har til formål at afdække sundhedsprofessionelles individuelle grænse for overskridelse af 'privatlivets fred' (privacy), samt at afdække/synliggøre faktorer, der kan have indflydelse på denne. Desuden undersøges om implementeringsstrategiens transparens influerer på sundhedsprofessionelles grænser for overskridelse af privacy.

Materiale og metode

Ovenstående undersøges igennem et successivt forløb af ekspertinterview og workshoparbejde, hvor der opsættes en kontekst, indenfor hvilken en gruppe sundhedsprofessionelles grænser i forhold til overvågning undersøges. Workshopfund bearbejdes og analyseres udfra Paul Dourish teori om kontekst, samt Anne Adams model for privacy.

Fund

I undersøgelsen er fundet, at konteksten hvori overvågningen foregår, har indflydelse på, hvordan overskridelsen af privacy vægtes individuelt. Ved at ændre kontekst, ændres brugernes opfattelse af privacy.

Der ses at 'information reciever' (jvf Adams) er den faktor, der vægtes højest i forhold til overskridelse af privacy. Brugerne føler størst overskridelse af deres grænse for privacy, når resultatet af overvågningen bruges til at ramme dem på deres personlighed. Denne faktor er ifølge Adams model afhængig af tillidsforholdet mellem den overvågede og modtageren af informationen. Heri ligger, at tillid er det vigtigste aspekt i den kontekst, hvori overvågningen foregår.

Derimod viste undersøgelsen ingen forskel i brugernes bedømmelse af overskridelse af privacy, i de to workshops, hvor forskellige implementeringsstrategier præsenteredes.

Konklusion

Det konkluderes at de sundhedsprofessionelles grænse for overskridelse af privacy påvirkes af den kontekst, hvori overvågningen foregår. Undersøgelsen viser, at tillid har en væsentlig betydning når de sundhedsprofessionelle vægter overskridelsen af privacy. Det er tillid til at informationen ikke anvendes til angreb på deres personlighed

– i overensstemmelse med Anne Adams privacy model.

Undersøgelsen viste ingen sammenhæng mellem implementeringstrategiens transparens og brugernes følelse af overskridelse af privacy.

Abstract

Introduction

To meet the ongoing demands in the public healthcare service, surveillance of equipment and personnel are introduced in order to increase quality and efficiency.

This surveillance of personnel raises a potential conflict regarding privacy, since surveillance institutes personal issues for the personnel involved. The aim of this paper is to uncover the individual limits of health care workers regarding privacy.

Which factors influences this limit, and when are the personal limits exceeded?

Furthermore it is investigated if privacy concerns are influenced by the transparency of the strategy used when implementing the surveillance technology.

Methods

Using a successive investigation design consisting of interview and workshops, different contexts of surveillance are used, in which the limits regarding privacy are studied in two groups of health care workers. Findings are analyzed based on the theory developed by Paul Dourish on context, and the theory on perceived privacy by Anna Adams.

Findings

It is found that the actual context, in which the surveillance is set, is of great importance when individual limits of privacy are settled. By changing context, users perception of privacy is changed.

When settling limits of exceeding privacy the factor 'Information receiver' (cf Adams) is found to be of most importance to the health care worker. They feel the highest impact on privacy, when surveillance has personal purposes. This factor according to Adams is dependent on trust – trust between the person surveyed and the person who receives and processes the information.

There was no difference in findings between the workshops where different strategies for implementation was found.

Conclusion

It is concluded that in case of exceeding privacy concerns, context is of great importance and influences limits for privacy in health care professionals.

Furthermore it is found that trust is of outmost importance, when health care personnel rates the overriding of privacy. Trust that the obtained information will not be used to affect them personally – this complies with Anna Adams model for perception of privacy.

No findings confirmed the importance of strategy used when implementing surveillance.

Indholdsfortegnelse

Forord	vi
1 Indledning	1
2 Problemanalyse	2
2.1 Beskrivelse af problemfelt	2
2.2 Litteratur/undersøgelser relateret til overvågning	6
2.3 Brug af overvågning i det danske sundhedsvæsen	7
2.4 Opsummering	9
2.5 Valg af fokusområde.....	10
3 Videnskabsteoretiske overvejelser	11
3.1 Vores forforståelse.....	12
4 Teori og Metode	13
4.1 Triangulering	15
4.2 Litteratursøgning	16
4.3 Interviews	17
4.3.1 Det kvalitative forskningsinterview	19
4.3.2 Steinar Kvale's 7 faser	19
4.3.3 Ekspert- eliteinterview	22
4.3.4 Meningskodning	23
4.3.5 Meningskondensering	23
4.3.6 'Den egentlige mening'	24
4.3.7 Ethiske overvejelser	25
4.4 Tematisering, design og gennemførelse af interviews	26
4.4.1 Udvælgelse af informanter	26
4.4.2 Planlægning og gennemførelse af interviews	27
4.4.3 Transskribering	28
4.4.4 Meningskodning og -kondensering	29
4.5 Workshop.....	29
4.5.1 Workshop som metode	30
4.5.2 Affinitetsdiagram.....	31

4.5.3 Scenarieudvikling	31
4.5.4 MUST Metoden.....	32
4.5.5 Brugerinddragelse	33
4.6 Planlægning og gennemførelse af workshops.....	35
4.6.1 Udvalgelse af deltagere.....	35
4.6.2 Planlægning af workshops	36
4.6.3 Gennemførelse af workshops	39
4.6.3.1 Fase 1, briefing	41
4.6.3.2 Fase 2, scenarie.....	41
4.6.3.3. Fase 3, case 1.....	41
4.6.3.4 Fase 4 & 5, case 2 og 3	42
4.6.3.5 Fase 6, debriefing	42
5 Analyse teori.....	42
5.1 Teori om kontekst.....	43
5.2 Teori Anne Adams model for opfattelse af privacy	46
5.3 Analyse af interviewdata.....	48
5.4 Fremstilling og bearbejdning af data fra interviews	49
5.5 Analyse af data fra workshops	56
5.5.1 Kondensering af udsagn.....	58
5.5.2 Kvantificering af udsagn.....	60
5.6 Individuel og fælles kontekst	63
5.7 Kategorier og faktorer	65
5.8 Kategorier/faktorer – kontekst.....	68
5.9 Implementeringsstrategiens transparens.....	70
6 Diskussion.....	72
7 Konklusion.....	75
8 Perspektivering.....	77
9 Litteraturliste.....	80
10 Bilagsfortegnelse.....	0

Forord

Dette projekt udgør den afsluttende skriftlige del af Master i Sundhedsinformatik ved Aalborg universitet. Den er udarbejdet i perioden oktober 2013 til juni 2014 med efterfølgende mundtligt forsvar den 27. juni 2014.

Projektet er primært målrettet vejleder og censor, men vi håber at emnet vil finde interesse hos andre og evt. føre til videre undersøgelse af emnet.

Projektet tager udgangspunkt i en initierende interesse og nysgerrighed for hvordan it logistik kan implementeres og anvendes i hospitalssektoren, samt hvilke påvirkninger dette kan medføre for organisationen.

Imidlertid tog projektet et fokus mod personovervågning alene og de sundhedsprofessionelles subjektive holdninger til og meninger om denne overvågning.

Motivation og interesse for hospitalsvæsenet og de sundhedsprofessionelle har rod i en indgående viden om og erfaring med det sundhedsinformatiske felt, som vi begge er beskæftiget inden for. Det har været en givtig og interessant proces at gennemføre dette Masterprojekt, ikke mindst fordi vi i de kommende år, forventer at blive vidende til, hvordan denne overvågningsteknologi implementeres i sundhedssektoren.

Vi vil gerne benytte dette forord til at rette en meget stor tak til vejleder Louise Pape-Haugaard, for altid motiverende og konstruktiv vejledning gennem hele processen. Desuden rettes en stor tak til Neonatal klinikken på Rigshospitalet for at åbne dørene for denne undersøgelse og til den del af plejegruppen, som har deltaget i gennemførslen af workshops. Ligeledes en stor tak til de involverede informanter for at de gav sig tid til at deltage i denne undersøgelse.

Vi skylder vores familier en stor tak for altid støttende omsorg og opbakning.

Med ønske om inspirerende læsning!

1 Indledning

Den stadige udvikling af ny teknologi skaber løbende nye muligheder i sundhedsvæsenet.

Samtidig eksisterer konstante krav til sundhedsvæsenet om kvalitetssikring og effektivisering. På Region Hovedstadens hospitalsbyggerikonference i 2013 præsenteredes i stort omfang IT-logistiske muligheder og løsninger på denne udfordring (Bilag A). En af disse muligheder var overvågning. Gennem de sidste årtier er overvågning brugt i industrien til bl.a. monitorering af produktion og lagerstyring (Mehrerdi Y Z, 2011). Dette har banet vej for introduktion og implementering af overvågning i sundhedssektoren. Denne overvågning har først og fremmest til formål at effektivisere og kvalitetssikre (DNU 2010, Liu et al 2011). I Danmark sker denne implementering i øjeblikket i stort omfang. Først og fremmest i form af overvågning af udstyr, men også overvågning af personale vinder indpas. Således planlægges overvågning af udstyr og personale i forbindelse med udvidelsen af Skejby sygehus (DNU 2010). På Bispebjerg og Frederiksberg hospitaler, samt på Aalborg sygehus overvåger man foreløbig portørernes bevægelser rundt på hospitalet (Bove, 2014). På Herlev hospital iværksættes sporing af diverse hospitalsudstyr (DR 1, 2014).

I relation til personovervågning ser vi en konflikt med privatlivets fred, da overvågningen medfører juridiske, etiske og ikke mindst personlige implikationer, for de personer som overvåges.

Dette projekt omhandler reaktioner på og accept af overvågning. Undersøgt ved at opsætte en ramme/en kontekst, indenfor hvilken en gruppe sundhedsprofessionelles grænser i forhold til overvågning undersøges. Projektet har til formål at afdække sundhedsprofessionelles individuelle grænse for overskridelse af 'privatlivets fred' (fremover benævnt privacy), samt at afdække/synliggøre faktorer, der kan have indflydelse på denne.

Implementering af overvågning i sundhedssektoren vil ligeledes medføre en del organisatoriske såvel som tekniske udfordringer. Disse aspekter ligger imidlertid udenfor rammerne af dette projekt.

Undersøgelsen af projektets problemområde er opbygget af en initierende litteratursøgning hvor information indhentet fra ovennævnte hospitalskonference. Denne inspirerede projektets deltagere til at foretage indledende interview med ledere på forskellige niveauer i hospitalsvæsenet, der har eller er i gang med, at implementere overvågning af medarbejdere. Disse interview har dannet grundlag for udvikling af to workshops, som har til formål at generere datafund, som kan bringe afklaring på projektets problemformulering.

2 Problemanalyse

I problemanalysen vil problemområdet først blive belyst ud fra en bred betragtning. Relevante regionale pejlemærker og mål for digitalisering af sundhedsvæsenet inddrages, da disse indeholder visioner, som overvågning kan bidrage til at realisere (Danske Regioner, 2013). Herefter belyses, med baggrund i den internationale og danske litteratur, den eksisterende viden om og erfaring på området.

2.1 Beskrivelse af problemfelt

Med stigende udgifter og stadig øgede krav fra politisk side om besparelser og/eller højere produktivitet, er sundhedsvæsenet under konstant pres for yderligere effektivisering. Arbejdsprocesser og arbejdsgange effektiviseres samtidig med at der i sundhedsvæsenet er krav om opretholdelse af høj kvalitet i pleje og behandling af patienterne. Dette pres intensiveres af at kvaliteten kræves i alle døgnets 24 timer, uden mulighed for på noget tidspunkt at slække på denne (Zhou og Piramuthu, 2010).

Denne effektivisering skal foregå i et sundhedsvæsen der er kendetegnet ved højt tempo og med mange forskellige typer opgaver, høj mobilitet, vekslende samarbejdspartnere, omskifteligt og til tider uforudsigeligt miljø for medarbejderne. I Danmark er rammen for digitalisering af det danske sundhedsvæsen underlagt Regionernes fælles pejlemærker, hvor visioner indeholder et ønske om at styrke effektivitet i sundhedsvæsenet.

Regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet indeholder 6 målsætninger, der alle bidrager til realisering af visionen, og særligt to er interessante i denne sammenhæng (Danske Regioner, 2013).

- *Vi gør det nemt for sundhedspersonerne*
 - o Overvågning af medarbejdere og udstyr giver mulighed for at disse hurtigt lokaliseres.
- *Mest muligt ud af ressourcerne*
 - o Overvågning af medarbejdere og udstyr giver mulighed for maksimal udnyttelse af ressourcerne. Tid hvor udstyr og medarbejdere ikke benyttes minimeres (Danske Regioner, 2013).

Disse målsætninger viser at der i Danmark er fokus på og et ønske om at reducere omfanget af tidsspild, effektivisere arbejdsgange og udnytte udstyr optimalt, og derigennem opnå øget produktivitet. Overvågningsteknologien kan understøtte dette.

Overvågning: Overvågning defineres som en forholdsvis systematisk indsamling af information om nogle eller noget mhp. synliggørelse og/eller styring (Hunniche og Olesen, 2014).

Privacy

Privacy er en central del af dette projekt, idet medarbejderes grænser for privacy undersøges. Da begrebet er et omdrejningspunkt for undersøgelsen, uddybes og beskrives begrebet, som det opfattes i dette projekt.

Betydningen af ordet privacy kan på dansk oversættes til 'privatlivets fred' og omhandler håndtering af oplysninger, som for den enkelte anses for at være af personlig og/eller af privat karakter. I projektsammenhæng er fokus på, hvorledes disse oplysninger håndteres i en given kontekst.

Privacy opfattes som et princip, der er samfundsmæssigt afhængigt, og udvikler sig under påvirkning af moralske, politiske og teknologiske forhold og disses udvikling. Det er både et etisk og juridisk princip med geografiske, kulturelle og individuelle forskelle.

Juridisk er privacy beskrevet i "Verdenserklæringen om Menneskerettighederne" og i den europæiske menneskerettighedsdeklaration som en menneskeret.

I retslig sammenhæng refereres til EU's persondatadirektiv fra 1995, som har udmøntet sig i persondataloven fra 2000. Den indeholder regelsæt for behandling af personlige oplysninger, som bygger på tre grundlæggende principper:

- *"Enhver behandling af persondata forudsætter enten et explicit samtykke af den person, hvis data det drejer sig om, eller at en konkret databehandling explicit er tilladt i henhold til loven*
- *Behandling af personlige oplysninger drejer sig om enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (datasubjektet)*
- *Ved behandling forstås enhver operation af personlige oplysninger, som f.eks. indsamling, videregivelse eller opbevaring"*

(Europa-parlamentet, 1995, Justitsministeriet, 2000).

Således findes retningslinjer for, hvorledes indsamlet overvågningsdata må håndteres.

Ud fra en etisk synsvinkel kan privacy betragtes som en grundlæggende fælles kulturværdi.

I Europa er den fremherskende forståelse af begrebet, at privacy er en værdi der skal beskyttes for at styrke tillid og tryghed blandt mennesker. Beskyttelse af privacy sættes også lig at beskytte menneskelig værdighed. Ved at beskytte privacy, beskyttes mod bestemte risici som:

- Tab af kontrol over personlige oplysninger
- Uværdighed og forlegenhed ved udstillelse (Europa-parlamentet, 1995)

For mange har grænserne for privathed ændret sig i takt med den teknologiske udvikling. Udviklingen af de sociale medier har haft stor betydning for udviklingen af den enkeltes grænse for privacy, i og med det bliver mere almindeligt at lægge sit liv ud i det offentlige rum. Det betyder at grænsen mellem det offentlige og det private rum udviskes, og det dermed også bliver sværere at sætte en klar grænse for, hvad der er acceptabelt. Dvs. privacy skal ses i sammenhæng med muligheden for at kontrollere, hvad der er acceptabelt i den aktuelle kontekst. Derfor er det heller ikke muligt at fremkomme med en skarp og til alle tider gældende definition af begrebet privacy, men det kan fastslås at kontrol over egne oplysninger er vigtigt (Jørgensen R F, Hasselbalch G og Leth V, 2013). Altså privacy kan siges at være det enkelte menneskes ret til individuelt at vælge hvilke personlige oplysninger der skal deles og hvem de skal deles med. Ligesom det fremgår af persondataloven (Justitsministeriet, 2000).

Heraf fremgår, at i begrebet privacy inkluderes den subjektive følelse, som privacy også er. Følelsen af privathed, som er den aktuelle oplevelse af privacy, som medarbejderen har i overvågningssituationen. Denne følelse er grundlaget for vurderingen af, hvornår privacy overskrides.

Når det ønskes undersøgt, hvornår personovervågning overskrider de overvågedes personlige grænser for opretholdelse af privatlivets fred, skal denne oplevede privacy sættes i relation til projektets opfattelse af privacy begrebet. Det undersøges, hvornår det er acceptabelt for den enkelte, at videregive/bruge de indsamlede personlige oplysninger, og hvad oplysningerne må bruges til – i hvilken kontekst er det acceptabelt for den enkelte personligt, at der opsamles og bruges data?

2.2 Litteratur/undersøgelser relateret til overvågning

Internationalt findes undersøgelser som understøtter brugen af overvågning som et redskab til effektivisering og udnyttelse af ressourcer. Det har vist sig at være besparende at overvåge det medicinske udstyr, således ses besparelser på op til 20 %. Den tid udstyret står ubrugt kan minimeres og dermed optimeres brugen (Ajami 2013, Zhou og Piramuthu, 2010). Gennem denne optimering genereres den ønskede høje effektivitet.

Når ovenstående effektivisering også indbefatter personovervågning kan ineffektive arbejdsgange identificeres og elimineres. På denne måde opnås også denne vej effektivisering (Mehrerdi 2011). Personovervågning medfører dog nogle personlige issues som ikke kan negligeres og som involverer privacy (Mehrerdi 2011, Fisher og Monahan 2008).

Bowen (2011), finder i en undersøgelse, hvor sygeplejersker overvåges, at de bekymrer sig om blotlæggelse af deres arbejdstider, lokation og tid, samt hyppighed af pauser. Ligeledes er de bekymrede for øget arbejdspress. Denne overvågning skaber altså bekymringer hos sygeplejerskerne. Undersøgelser viser ligeledes at sygeplejerskerne føler sig overvågede i deres daglige arbejde (Fisher og Monahan 2008). Fisher og Monahan (2008) beskriver hvordan følelsen af at være overvåget ændrer sygeplejerskers adfærd ift. omgang med patienter og pauser i arbejdet (Fisher og Monahan 2008).

De ovennævnte issues vedrørende privacy er undersøgt i anden sammenhæng af Hsu, Ming-Ren og Su (2013). Her undersøges hvilken rolle beskyttelse af privacy spiller i et "Health Care Information system" (HIS). De finder at brugernes opfattelse af og holdning til privacy, influerer på accept og brug af HIS, samt at der er sammenhæng mellem et systems "performance" - altså hvad systemet tilbyder, eller hvad de får ud af at bruge det - og hvordan det accepteres i det daglige arbejde. I 1993 fandt Belotti og Sellen ligeledes, at brugere gerne ville acceptere overvågning, hvis de oplevede at fordele ved brug opvejede ulemper.

Da undersøgelser indenfor sundhedsområdet er sparsomme, er det en mulighed at se på undersøgelser af problemet i andre sammenhænge. Alge (2001) har undersøgt overvågede ansatte i et call-center. Han beskriver tilsvarende: Hvis de ansatte finder overvågningen arbejdsrelevant, reduceres oplevelsen af krænkelse af

privacy. Dette kan ses sammen med Myles, Friday og Davies (2003) tænkte scenarie, som viser en sygeplejerskes accept af og ønske om forskellige grader af overvågning i forskellige sammenhænge (Myles, Friday og Davies, 2003). Dette scenarie eksemplificerer, hvordan noget som opleves som en fordel i én kontekst, kan opleves som en ulempe i en anden kontekst, eller det der accepteres i en kontekst ikke nødvendigvis accepteres i en anden. Hvilket betyder, at accepten af overvågningen er kontekst afhængig. Ydermere viser litteraturen at medarbejderne i højere grad accepterer overvågning, hvis fordele opvejer ulemper. Dette underbygges af en model udviklet af Anne Adams i 1999 (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

Denne model viser hvordan brugeres opfattelse af privacy kan influere på deres holdning til og adfærd i et multimedie kommunikations miljø. Hun har identificeret 3 faktorer der influerer herpå:

- Informationens sensitivitet
- Hvem er modtageren af informationen
- Hvad bruges informationen til (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001)

De tre faktorer skal ses som værende en del af en kontekst (se figur 5 afsnit 5.2 side 47).

Modellen er bl.a. brugt af Beckwith (2003), hvor fund viser, at ansatte og beboere ikke følte overskridelse af privacy, fordi de ikke vidste hvilke overvågningsdata, der blev indsamlet, hvad de blev brugt til, og hvem der havde adgang til dem (Beckwith 2003). Dette underbygger, at oplevelsen af overskridelse af privacy er afhængig af brugerens kontekst, idet brugerne i denne undersøgelse ikke havde kendskab til overvågningens formål og anvendelse.

2.3 Brug af overvågning i det danske sundhedsvæsen

I Danmark har overvågning af mennesker og udstyr i sundhedsvæsenet kun eksisteret i få år. Det første hospital i Danmark der har indført overvågning af

medarbejdere, er Regions Hospitalet i Horsens. På en af hospitalets afdelinger overvåges læger og sygeplejersker. På elektroniske tavler kan de og deres kolleger lokaliseres i afdelingen. Overvågningen fungerer således, at indsamlet data om medarbejdernes fysiske bevægelser registreres og anvendes til umiddelbar lokalisering af kolleger. De registrerede data logges ikke.

I forbindelse med implementering og anvendelse af overvågning, er der lavet videnskabelige undersøgelser, og en af disse omhandler brugernes opfattelse af, hvad overvågning har medført i arbejdssammenhæng, vha. spørgeskema og interview. I denne undersøgelse beskriver brugerne, at overvågningen har medført færre afbrydelser, færre unødvendige forstyrrelser, tidsbesparelser, øget effektivitet og (kvalitet i form af bedre hygiejne) (Hansen og Bardram 2007).

Hansen og Bardram (2007) berører i ovennævnte undersøgelse også emnet privacy. I undersøgelsen er beskrevet, hvordan brugerne ikke rejser de forventede issues ang. privacy, men accepterer overvågningen umiddelbart. Dette tillægges at ledelsen i implementeringen af overvågningen har lagt meget vægt på åbenhed omkring anvendelsen af overvågningsdata: Målet var at forbedre koordination og "awareness". Forfatteren henleder dog opmærksomheden på, at årsagen til umiddelbar accept af overvågningen også kan tillægges, at data ikke logges, og Hansen og Bardram (2007) anfører, at hvis logging bliver tilfældet i fremtiden, vil der kunne opstå et dilemma i forhold til opretholdelse af privacy. Denne logging af data vil være nødvendig for at udnytte overvågningens fulde potentiale.

Brugen af den åbne implementeringsstrategi støttes af Gruber et al (2009), som i et review om implementering af "Clinical Information Systems" (CIS) finder, at en succesfuld implementerings proces er essentiel i forhold til at opnå bl.a. de økonomiske fordele et system tilbyder. Bowen (2011) konkluderer: "At en vellykket sporing i sundhedssektoren kræver tid og omhyggelig overvejelse af eksisterende arbejde, politik og interessenternes behov, som direkte påvirker effektiviteten af teknologien".

I Danmark har Fleron et al, (2012), lavet en undersøgelse af implementeringen af elektroniske oversigtstavler i Region Sjælland. Denne undersøgelse støtter Bowens (2011) fund. Implementeringen var ifølge ledelsen succesfuld, men i interview angiver brugerne, at de oplever implementeringen som ikke succesfuld, da de har været fuldstændig uforberedte på den nye implementering, ikke fået undervisning i brugen af teknologien, og ikke vidst hvem der var ansvarlige i processen. Desuden nævnes, at de ikke fik vidensressourcer eller støtte fra ledelsen til implementeringen.

De ovennævnte undersøgelser viser altså, at omhyggelig planlægning af implementeringen er vigtig, og at implementering er vigtig for at opnå økonomisk gevinst, og hermed at implementeringsprocessen er vigtig for at opnå de tilsigtede mål.

2.4 Opsummering

I analysen af problemområdet, er flere dilemmaer blotlagt i forbindelse med overvågning af medarbejdere. Det ene dilemma er at personale kan blive nødt til at acceptere overskridelser af deres privacy, for at imødekomme krav om besparelser, højere produktivitet og effektivisering. På Region Hovedstadens hospitalsbyggerikonference omtales højere produktivitet og effektivisering vha. IT-logistik. Her berøres dilemmaer vedrørende privacy ikke! (Se program for konferencen i Bilag A).

Projektet ser også et muligt dilemma i den potentielle konflikt mellem overvågning og opretholdelse af privacy. I analysen er fundet at medarbejdere bekymrer sig om at blive overvåget i forhold til arbejdstider, lokation og tidsforbrug, samt på hyppighed af pauser (Bowen 2011, Fisher og Monahan 2008), der er ligeledes fundet at personale i højere grad accepterer overvågning, når de oplever, at fordelene ved overvågning opvejer ulemperne. Således ses det, at medarbejdernes accept er kontekst afhængig, idet accept af overvågning afhænger af, i hvilken kontekst overvågningen foregår (Fisher og Monahan 2008, Alge 2001, Belotti og Sellen 1993).

De anførte undersøgelser behandler forskellige former for kontekst, afhængig af brugen af indsamlet data, cost-benefit, og et tænkt scenarie omhandlende modtager af data, hvilket er i overensstemmelse med ovenfor omtalte model for, hvordan brugeres opfattelse af privacy kan influere på deres holdning til og adfærd i forbindelse med overvågning. Modellen underbygger betragtningen af at privacy er kontekstafhængig (Adams 2000, 2001).

I ovenfor nævnte forskningslitteratur lægges vægt på brugerinddragelse og åbenhed i implementeringen, da dette bevirker større og hurtigere acceptance (Gruber et al 2009, Bowen 2011, Fleron et al 2012). Omhyggelig planlægning af implementering af overvågning er således vigtig, for at opnå de tilsigtede mål og gevinster.

2.5 Valg af fokusområde

Med baggrund i de i analysen fremkomne dilemmaer, har projektet valgt at fokusere på tre forhold der interagerer med overvågning af sundhedsprofessionelle:

- Grænser for overskridelse af privacy
- Kontekstafhængighed
- Implementeringsstrategiens transparens

Vi ønsker at undersøge de sundhedsprofessionelles personlige grænser for, hvornår deres privacy overskrides, og på hvilken måde konteksten er styrende for oplevelsen af privacy overskridelse.

Desuden vil vi undersøge om implementeringsstrategiens transparens har betydning for de sundhedsprofessionelles accept af overvågning.

Dette leder frem til følgende problemformulering:

Hvordan influerer overvågningens kontekst de sundhedsprofessionelles grænser for overskridelse af privacy? og influerer implementeringsstrategiens transparens denne grænse?

3 Videnskabsteoretiske overvejelser

Formålet med dette afsnit er, at præsentere de videnskabsteoretiske overvejelser om projektets forudsætninger og grundlag. I videnskabsteorien diskuteres nogle spørgsmål som vi i forbindelse med tilblivelsen af dette projekt bør stille os selv.

De videnskabsteoretiske overvejelser er aktuelle i forhold til valg af design og begrundelse for dette og bliver igen aktuel i konklusionen, når vi skal vurdere vores resultaters holdbarhed og begrunde konklusionens rækkevidde (Riis 2005).

Vi har valgt at anvende deskriptiv videnskabsteori, hvilket vil sige at vi beskriver videnskaben "udefra" (Birkler 2013). Vi ønsker ikke kun at beskrive *hvordan*, men analytisk at beskrive *hvorfor*, på denne måde når vi bagom den virkelighed, som umiddelbart kommer til syne.

Indeværende projekt tager udgangspunkt i den forstående forskningstype, idet der søges viden om sundhedsprofessionelles oplevelser af overvågning. Der arbejdes med udforskning af deltagernes subjektive oplevelser og fokus er at opnå viden om personlige og individuelle meninger og oplevelser igennem alle faser af dataindsamlingen.

Denne tilgang til viden og empiri er nært beslægtede med fænomenologien og hermeneutikken. Vi vil gennem vores dataindsamlings metoder og analyse anvende aspekter og perspektiver fra denne videnskabelige tilgang.

De kvalitative metoder har sit videnskabsteoretiske grundlag i fænomenologien og hermeneutikken. Det handler om at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er den mennesker opfatter (Kvale og Brinkmann 2009). Et menneskes livsverden udgøres bla. af de erfaringer og den historie, færdigheder, værdier og meninger som kendetegner det enkelte individ. Det fænomenologiske perspektiv interesserer sig for, hvordan det enkelte menneske opfatter sin virkelighed (Riis 2005).

Hermeneutikken er læren om fortolkning af tekster. Fortolkningen af mening er ifølge hermeneutikken det centrale tema. Det er en teori om forståelse af betydninger i tekst, tale og adfærd, og man vil forsøge at finde det, som ikke umiddelbart fremtræder. Vi vil både gennem interview og særligt gennem workshops forsøge at fremfinde disse ikke umiddelbare betydninger.

Gadamer er berømt for at have sagt "forforståelse beror på visse for-domme, og enhver tekst får sin mening fra en kon-tekst". Hvad mennesker gør eller siger, hvad deres handlinger eller ytringer betyder, afhænger således altid af baggrund eller kontekst af andre betydninger, antagelser og værdier (Kvale og Brinkmann 2009). Dette kan betyde at interviewer og informant/ deltager kan have helt forskellig opfattelse af et givent fænomen idet forståelse og kontekst ikke nødvendigvis er det samme. Vi skal i vores analyse af vores data være opmærksom på dette (Kvale og Brinkmann 2009).

3.1 Vores forforståelse

Indenfor både hermeneutikken og fænomenologien er forforståelsen et centralt begreb – Vi opfatter ikke alene omverdenen gennem vores sanser. Forforståelse går forud for selve forståelsen og er nødvendig for at opnå forståelse (Birkler 2013). Vi møder verden med forudsætninger og vi foretager tolkninger af det vi erfarer, på baggrund af disse forudsætninger. Forudsætningerne er indlejret i historisk, kulturel

og social påvirkning. Vi er alle socialiseret ind i et bestemt samfund, en bestemt kultur, og det påvirker vores måde at forstå verden på.

Forforståelsen kan derfor udgøre et udgangspunkt, som alt bliver fortolket ud fra, og derfor har forskerens forforståelse altid en betydning for analyse og fortolkning (Birkler 2013).

Vores forforståelse har haft stor betydning for valg af emne for dette projekt, idet denne har givet næring til vores nysgerrighed, og derved motiveret valget af problemstilling og problemformulering. Ligeledes har vores forforståelse betydning for den vinkel, vi har anskuet problemområdet ud fra.

Vi vedkender os denne forforståelse, og betragter den som en ledsager gennem hele projektfasen, på samme tid er vi bevidste om, at den ikke må forhindre vores udsyn.

4 Teori og Metode

Formålet med dette afsnit er at præsentere de valgte teorier og metode. Afsnittet skal indføre læseren i grundlaget for en kontrolleret og velbegrundet indsamling af viden om valgte emne. Ydermere vil dette afsnit beskrive begrundelser for metode- og kildevalg.

I dette projekt er arbejdet successivt med data og metoder, hvilket vil sige, at data og viden fra de forskellige kilder og metoder er videreført og bearbejdet gennem projektets faser. Udvalgt indhold er efter individuel analyse og kondensering videreført.

Med udgangspunkt i eksisterende viden på området, tages afsæt i litteraturen med det formål at få viden om problemfeltet. Gennem hele projektet er der arbejdet med metodelitteratur, som har givet et teoretisk fundament til understøttelse af undersøgelsesmetode.

I dette projekt er valgt kvalitative forskningsmetoder i form af interview og workshop. Problemformuleringen fordrer anvendelse af kvalitative undersøgelsesmetoder, idet undersøgelsens genstandsfelt er sundhedsprofessionelles holdning til og mening

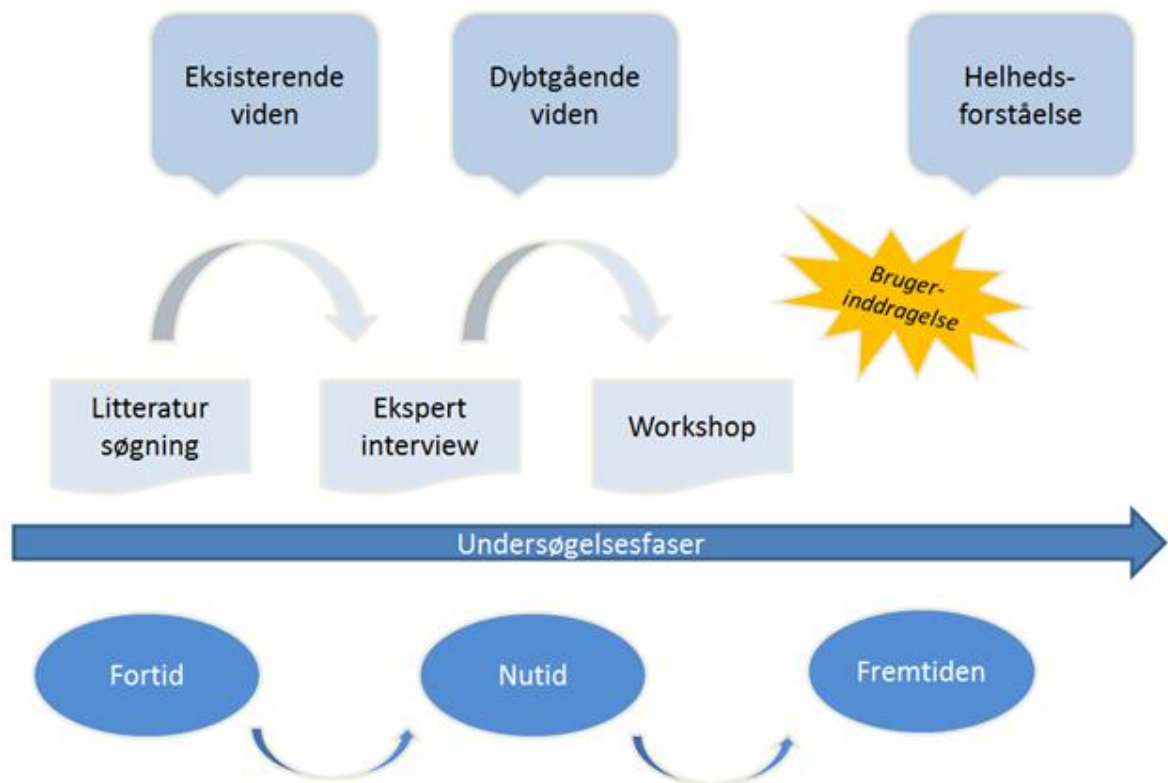
om overvågning på hospitalet. Ved at anvende interview og workshop opnås mulighed for et dybdegående indblik i de interviewedes oplevelser og holdninger.

Med en kvalitativ metode orienterer vi os indenfor det fænomenologiske område, hvor der lægges vægt på den subjektive oplevelse af verden (Kvale og Brinkmann 2009).

Dele af undersøgelsen indeholder en kvantificering af data som fremstilles i tabeller og søjlediagrammer. Med denne kvantificering bevæger vi os udenfor den forstående forskningstype og over mod den forklarende forskningstype. Dette begrundes med en vurdering af, at det tilfører de valgte metoder validitet idet styrker og svagheder fra de to forskningstyper støtter hinanden. Det skal pointeres, at der er et gennemgående væsentligt subjektivt aspekt i denne kvantificering.

Rækkefølgen i anvendte metoder og kilder er forankret i projektets undersøgelsesfaser. Datafund fra den ene fase har været bestemmende og retningsgivende for indhold og design af den efterfølgende fase. På denne måde har viden fremfundet i litteraturen dannet grundlag for valg af temaer til interviewguiden - temaer og fund fra interview har på samme måde dannet grundlag for design og indhold af workshops. Fokus på problemformuleringen har været gennemgående i alle faser af projektet.

Formålet med at arbejde på denne måde er, at data bliver kondenseret og opkvalificeret løbende, og retningen for den videre undersøgelse afgøres undervejs.



Figur 1: Metodemodel: Modellen viser, hvordan eksisterende viden fremfundet i litteraturen (*giver indblik i fortid*) danner grundlag for valg af temaer til interviewguiden - temaer og fund fra interview (*giver indblik i nutid*) bidrager til dybdegående viden og danner grundlag for design og indhold af workshops. Helhedsforståelsen (*giver indblik i fremtid*) er forankret i undersøgelsens fund, og forudsætter således brugerinddragelse.

4.1 Triangulering

Triangulering er en måde at sammenligne to eller flere forskellige undersøgelser af det samme fænomen, dette styrker validiteten af undersøgelsen. Der er flere forskellige måder at triangulere på, men oftest betyder det en kombination af kvalitative og kvantitative metoder. I praksis kan dette dog være vanskeligt idet problemstillinger ofte peger mod enten kvalitative eller kvantitative metoder (Launsø, Olsen og Rieper 2011). I dette projekt er der anvendt to forskellige kvalitative datakilder til triangulering; interview og workshop. Dette har medført en

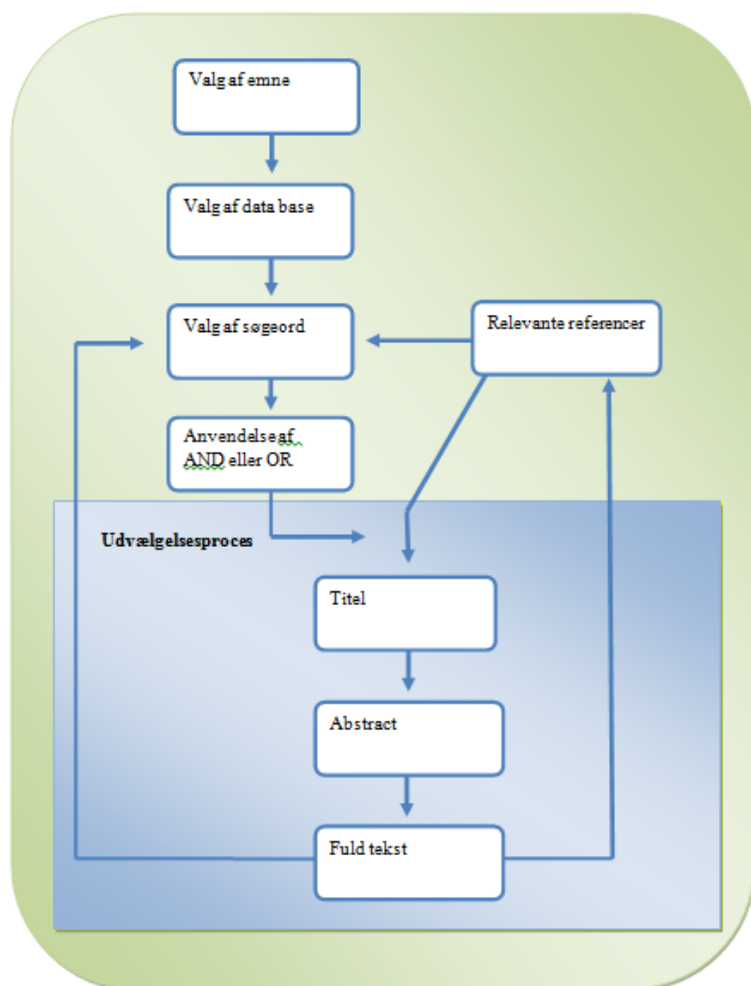
opkvalificering og i sidste ende en validering af undersøgelsens fund idet fænomenet overvågning af sundhedsprofessionelle er belyst fra to forskellige sider.

4.2 Litteratursøgning

I den initierende fase af litteratursøgning til projektet, blev søgt i databaser som PubMed, Medline og ScienceDirect. Her anvendtes søgetermer som "privacy", "RFID" og "surveillance".

Efter fremsøgning af enkelte relevante artikler, blev der lavet en mere struktureret søgeprotokol og resultaterne blev gennemgået metodisk, således relevante artikler blev fremfundet. Se figur 2 side 17.

Der blev søgt i ovennævnte databaser, samt i Google Scholar og Cinahl. Ydermere blev søgt i Scopus mhp. yderligere dataindsamling angående personovervågning. Der blev ikke benyttet generelle afgrænsninger i de enkelte søgninger, da emnet er sparsomt beskrevet, og derfor var det ønskeligt at afdække mest mulig relevant litteratur, og ikke udelukke artikler på forhånd. I stedet anvendtes filtrering ud fra titel, abstract og fuld tekst. Derudover benyttedes kædesøgning, idet vi lod os inspirere af relevante artiklers opgivne kilder, samt deres søgeord. Efterfølgende gentages den metodiske søgning med nye fremfundne søgeord.



Figur 2: Metodemodel for litteratursøgning.

Indenfor valgt emne blev søgt i forskellige databaser. Valgte relevante søgeord blev inkluderet i søgningen et efter et vha. AND eller OR. Fundne artikler blev herefter filtreret efter titel, abstract og fuld tekst. I særlige tilfælde hentedes inspiration fra de læste artiklers referencer, enten med hensyn til indhold, eller i forhold til søgeord som grundlag for videre søgning.

4.3 Interview

Der blev gennemført to interview tidligt i projektforsløbet. Det er vores vurdering, at vi gennem interview har en enestående mulighed for undervejs i den interaktive interviewfase at komme tæt på, indfange og opdage nye indfaldsvinkler på

projektets problemstilling. Gennem kvalitative interview med vores informanter, som vi betegner som eksperter på vores genstandsfelt, får vi direkte adgang til deres syn på, mening om og forståelse af overvågningsteknologien når den implementeres i sundhedsvæsenet. Ligeledes får vi viden om debatten der vedrører emnet samt ikke mindst adgang til det sprog og dermed de diskurser, informanterne anvender til at beskrive deres synspunkter og tanker.

Valget af det kvalitative forskningsinterview som metode er foretaget ud fra den betragtning som beskrives af Kvale og Brinkmann (2009):

”Det kvalitative forskningsinterview forsøger at forstå verden ud fra interviewpersonens synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser, afdække deres livsverden forud for videnskabelige forklaringer” (Kvales og Brinkmann 2009).

Citatet tydeliggør interviewundersøgelsers fokus som er, at indhente data, men det tydeliggøre også hvordan forskeren skal forsøge at forstå informantens verden. Det er forskerens opgave at fortolke ny mening og ny viden.

Interviewene havde 4 hovedformål:

1. At få indblik i strategisk planlægning og implementering af overvågning på hospitaler – hvor langt er planerne for implementering af denne teknologi.
2. At få indblik i og en helhedsforståelse af operationelle handlinger/forhold når overvågning anvendes på hospitalet.
3. At få direkte adgang til informanternes syn på, mening om og forståelse af overvågningsteknologien og de konsekvenser det efter deres synspunkt kan have når den implementeres på hospitalet.
4. At få viden om og input til videre arbejde med projektets problemstilling.

4.3.1 Det kvalitative forskningsinterview

Forskningsinterviewet bygger på en dagligdags samtale, det er grundlaget, men det er en professionel samtale, der forsøger, at have begreb om verden fra interviewpersonens egne perspektiver, udbrede de meninger og holdninger, der knytter sig til deres oplevelser og afdække deres "primære verden".

Interviewet indebærer en bearbejdning af færdigheder indenfor samtale, som de fleste mennesker allerede har i kraft af deres evne til at stille spørgsmål. Interview tager, som nævnt, udgangspunkt i dagliglivets samtaler og diskussioner og det nærmer sig en hverdagssamtale, men det er en professionel samtale idet den indeholder et særligt formål, tilgang og teknik.

Der frembringes viden i interaktionen mellem interviewer og den interviewede. Kvale og Brinkmann (2009) betragter interview som "Inter View", hvor der udveksles synspunkter mellem to eller flere personer om et emne af fælles interesse. Derved opstår der en gensidig afhængighed mellem menneskelig interaktion og produktion af viden af et bestemt hovedemne (Kvale og Brinkmann 2009).

Kvale og Brinkmann (2009) beskriver 12 aspekter af kvalitative forskningsinterview. Vi vil inddrage udvalgte aspekter i dette projekt for på denne måde at inddrage yderligere perspektiver i analyse af interview.

De udvalgte aspekter fremgår af bilag B.

4.3.2 Steinar Kvale's 7 faser

Kvale opstiller syv faser som en hjælp til, at strukturere, planlægge og gennemføre de forskellige dele af en kvalitativ interviewundersøgelse. Nedenfor følger en kort præsentation af disse stadier (Kvale og Brinkmann 2009).

Steinar Kvale de 7 faser

1. Tematisering: Her formuleres spørgsmål og det teoretisk undersøgte tema afklares. Hvorfor, hvad og hvordan er centrale spørgsmål i denne fase.
2. Design: I denne fase foregår beskrivelse og planlægning.
3. Interview: Her reflekteres over de valgte vinkler på den viden der søges.
4. Transskribering: Her gøres interviewmaterialet gøres klar til analyse. Dette indebærer oftest en fuldstændig transskribering af hele den mundtlige samtale til en tekst.
5. Analyse: I denne fase vurderes analysemetode.
6. Verificering: Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet diskuteres i denne fase.
7. Rapportering: Denne sidste fase omhandler kommunikation af undersøgelsens resultater og anvendte undersøgelsesmetoder (Kvale 2009).

Projektet vil med udgangspunkt i Kvale og Brinkmann's 7 faser strukturere, planlægge og gennemføre de forskellige faser af de kvalitative interview. Nedenfor gennemgås de 7 faser kort.

Tematisering

Tematisering af det kvalitative interview er en væsentlig del af databearbejdningen og skal tænkes ind, før interviewet finder sted. I tematiseringsfasen formuleres

spørgsmål og det teoretisk undersøgte tema afklares. Hvorfor, hvad og hvordan er centrale spørgsmål i denne fase.

- Hvorfor, omhandler afklaring af undersøgelsens formål
- Hvad, omhandler den viden der skal tilegnes om undersøgt emne.
- Hvordan, omhandler tilegnelse af kendskab til forskellige interview- og analyseteknikker, samt beslutning om, hvilke der skal bruges for at opnå den ønskede viden.

For at kunne tage beslutning om brug af metoder er det nødvendigt at identificerede emner til interviewet og til hvilket formål (Kvale og Brinkmann 2009).

Design

I denne fase foregår beskrivelse og planlægning - hvilke komponenter skal undersøgelsens design indeholde. Alle de syv faser tages i betragtning og tænkes igennem, hvordan kan den tilsigtede viden opnås. Designet har til formål at understøtte, at der opnås den tilsigtede viden om selve undersøgelsen.

Interview

Interviewene afvikles ud fra interview-guiden - der skal reflekteres over de valgte vinkler på den viden man søger.

Forud for interviewene skal man gennemtænke de moralske implikationer og etiske spørgsmål/ forhold der kan frembringes.

Transskribering

Transskribering er forvandling af den mundtlige interviewsamtale til en skreven tekst, som egner sig til analyse. Denne fase er forbundet med en række praktiske, principielle og etiske problemer, som kort beskrives nedenfor.

Fra et sprogligt perspektiv er transskriptionerne oversættelser fra talesprog til skriftsprog, det kræver nogle beslutninger og vurderinger undervejs. Sprogspillet i de to former er helt forskellige og således kan et velformuleret mundtligt arbejde virke usammenhængende, på samme måde som en velformuleret artikel kan virke kedelig ved oplæsning (Kvale og Brinkmann 2009).

Et interview er en samtale mellem to eller flere personer, samspil, stemmeleje, kropsudtryk, kropssprog og gestus er vanskeligt at gengive i det skrevne. Ligeledes går fænomener som ironi og nostalgi ofte tabt (Kvale og Brinkmann 2009).

Hvor meget og hvordan data skal transskriberes afhænger af undersøgelsens formål, materialets beskaffenhed og ressourcer til rådighed.

Analyse

Undersøgelsens formål, emne og indsamlede datamateriale er afgørende for valg af analysemetode - en vurdering af hvad der vil give det bedste analyseresultat.

Verificering

Generaliserbarhed, reliabilitet og validitet diskuteres i denne fase. Reliabilitet er et udtryk for, hvor konsistente resultaterne er, og med begrebet validitet analyserer man, om en interviewundersøgelse rent faktisk undersøger det, man i fase 1 har valgt at undersøge.

Rapportering

Denne sidste fase omhandler kommunikation af undersøgelsens resultater og anvendte undersøgelsesmetoder. Dette skal leve op til videnskabelige kriterier, tager højde for de etiske aspekter og resulterer i et læseligt produkt (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3.3 Ekspert-/eliteinterview

Ved et ekspert- eller eliteinterview er informanten valgt pga. en særlig viden om emnet. Det er personer der ofte besidder magtfulde stillinger og det kan være vanskeligt at få adgang til interviewpersonerne. Det kræver at interviewererne er velforberedt, mestre fagsproget og er fortrolige med interviewpersonens sociale situation og livshistorie. Demonstrerer interviewereren dette indgående kendskab til emnet og informanten vil han eller hun opnå respekt og der vil på denne måde opstå en form for synergi i interviewrelationen (Kvale og Brinkmann 2009).

Det anbefales, at der gennem interviewet anvendes en spørgeguide/ interviewguide indeholdende velbegrundede spørgsmål, som fokuserer på det valgte emne, men interviewerens må være indstillet på, at eksperten kan ønske at fravige denne guide. Dette kan være fordi spørgsmålene er uhensigtsmæssigt formuleret eller eksperten mener, de er mindre relevante. Ofte er eksperten vant til at blive interviewet og besidder en vis form for magt, som kan give anledning til at eksperten "bestemmer" projektets hypoteser. Eksperten har den kvalificerede viden inden for et bestemt afgrænset område og interviewerens skal være opmærksom på, at eksperten kan have en skjult dagsorden i form af et ønske om at tillægge eller fremme særlige interesser. Ekspertens særlige interesse og mening skal ikke være styrende, men indgå som et perspektiv der skal tages hensyn til i analysen (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3.4 Meningskodning

Meningskodning betyder, at udtalelser fra interviewet kobles sammen med et eller flere nøgleord som muliggør identificering senere. Kategorisering bruges ofte sammen med eller i stedet for meningskodning og betyder at udsagn systematiseres i form af begrebsliggørelse. Dette giver mulighed for kvantificering (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3.5 Meningskondensering

Når der gennemføres meningskondensering bliver lange udsagn fra informanterne omformuleret i få ord. Analyse af interview indeholder 5 trin:

- 1) Hele interviewet læses igennem, dette giver en fornemmelse af helheden.
- 2) "Meningsenheder" besluttet af forskeren.
- 3) Forskeren omformulerer det tema, der dominerer en meningsenhed, det er forskerens forståelse af informantens synspunkt.
- 4) Der stilles spørgsmål til meningsenhederne ud fra undersøgelsens specifikke formål.
- 5) Væsentligste temaer knyttes sammen

På ovenstående måde kan meningskondensering anvendes til at analysere interviewtekster. Forskeren ser efter meningsenheder og udlægger deres hovedtemaer disse kan efterfølgende anvendes til fortolkninger og teorianalyse (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3.6 'Den egentlige mening'

Et ofte stillet spørgsmål i forbindelse med analyse af meningsindholdet af et interview er:

"Hvordan kan du vide, at du får at vide, hvad interviewpersonen virkelig mener?" (Kvale og Brinkmann 2009).

Svaret på dette spørgsmål kunne være, at der eksisterer en antagelse om, at der findes nogle grundlæggende meningsklumper, som bare venter på at blive gravet frem. Kvale og Brinkmann (2009) skriver, at det ofte vil føre til en endeløs jagt på en udefineret og fiktiv størrelse. Spørgsmål om den virkelige mening giver anledning til et andet spørgsmål:

"Hvem ejer meningene i et udsagn?" (Kvale og Brinkmann 2009).

Er det den person der fremkommer med udsagnet, eller er det forskeren som fortolker interviewet? En inter relationel fortolkning vil mene, at ingen af parterne ejer meningernes betydning, det er et samspil, der foregår mellem to personer i deres inter-aktion.

Det er flere år siden, at man i filosofien ophørte med at søge efter denne mening. En postmoderne tilgang tager afstand fra søgen efter den virkelige mening og lægger vægten på beskrivende nuancer, forskelle og paradokser. Fokus er på en relationel udfoldelse af meninger. Det er med denne tilgang til interviewviden ikke længere et problem, at forskellige fortolkere konstruerer forskellige meninger, det betragtes derimod som et stærkt og frugtbart forhold ved interviewmetoden. Det

ændrer dog ikke ved det magtforhold, der skabes, når forskeren lægger mening i andre menneskers udsagn, og man bør ikke overse at de meninger, forskeren tillægger interviewpersoner, implicite eller ubevidste, blot kan være forskerens eksplicite og bevidste teorier (Kvale og Brinkmann 2009).

4.3.7 Etiske overvejelser

I forbindelse med udforskning af menneskers private liv og disse komplekse forhold opstår der etiske problemer i interviewforskning. Dette fremgår tydeligt af ovenstående afsnit om ejerskab af mening. De etiske spørgsmål begrænser sig ikke til den direkte interviewsituation, men strækker sig ud over alle interviewets 7 faser. Man bør tage hensyn til dette lige fra starten af undersøgelsen til offentliggørelse af den endelige rapport (Kvale og Brinkmann 2009). De etiske problemer omhandler beskyttelse af interviewpersoners-, de i interviewet omtalte personer og intuitionens fortrolighed. Der kan i interviewet være berørt følsomme emner, hvor denne beskyttelse er nødvendig. For at imødekomme dette kan der tages flere forholdsregler. Opbevaring og sletning af lydoptagelser kan sikres, identitet og steder kan sløres og alle former for offentliggørelse aftales på forhånd med informanterne (Kvale og Brinkmann 2009).

Tematisering: Der skal ikke alene tages hensyn til den søgte videns videnskabelige værdi, men også om den forbedrer den menneskelige situation der undersøges.

Design: Designspørgsmål omhandler indhentning af informanternes samtykke til at deltage i undersøgelsen, herunder sikre fortrolighed og mulige konsekvenser for informanterne.

Interviewsituation: Forandringer i selvopfattelse og stress er nogle af de personlige konsekvenser der skal tages hensyn til.

Transskribering: Loyalitet og fortrolighed er hovedoverskrifterne i denne fase. Informanternes fortrolighed skal sikres.

Analyse: I analysen må det overvejes hvor dybtgående interviewene skal analyseres, og om informanterne skal have indflydelse på dette.

Verifikation: At rapportere viden er forskerens etiske ansvar, viden skal være så sikret og verificeret som muligt.

Rapportering: Offentliggørelse af private interview handler om fortrolighed og rapportens konsekvenser for de involverede parter.

I forbindelse med tilblivelsen af dette projekt, særligt ved indsamling af data har etik spillet en rolle. I dette afsnit relateres til de etiske problemstillinger, der opstår i forbindelse med dataindsamling ved interview.

De involverede informanter har begge givet deres informerede samtykke til deltagelse i undersøgelsen. Vi har lovet dem fortrolighed og anonymitet.

Lydoptagelserne slettes, når der ikke længere er brug for disse. De interviewede er forespurgt, om de ønskede at godkende den transskriberede tekst. Dette ønskede ingen af dem. Informanterne er ligeledes gjort anonyme i transskriptionen, den rette identitet kendes kun af de interviewede og projektgruppen. Det færdige Masterprojekt sendes i elektronisk form til de involverede parter.

4.4 Tematisering, design og gennemførelse af interview

For at tydeliggøre for læseren hvordan selve produktionen af viden fra interview, i dette projekt, er blevet til, vil der i dette afsnit være en beskrivelse af forberedelserne, indeholdende hvorfor og hvordan interview er iscenesat og gennemført. Valg af informanter samt udarbejdelse af interviewguide vil ligeledes være indeholdt i dette afsnit.

4.4.1 Udvælgelse af informanter

Informanterne vælges pga. deres særlige viden om og indsigt i området.

Indledningsvis kontaktes de udvalgte informanter via mail. De svarer umiddelbart ikke denne mail. Først efter flere henvendelser opnås der kontakt med

informanterne. Dette stemmer helt overens med de i teorien beskrevne vanskeligheder med ekspert/elite interview.

4.4.2 Planlægning og gennemførelse af interview

Begge interview blev planlagt tidligt i projektets forløb og fungerede dels som vidensindsamling og dels som inspiration og guideline for undersøgelsens videre design og indhold. Begge interview havde eksplorative formål og foregik åbent med overordnede temaer, som var forberedt i interviewguides. Begge interviewguides fremgår af bilag C og D. Den åbne form gav mulighed for at ændre rækkefølge, omformulere spørgsmål og efterfølge specifikke svar og fortællinger fra informanterne.

Sproget i begge interview var præget af faglighed, men med overvejende fællestræk til et fælles hverdagsprog. Intervieweren kunne i begge tilfælde gøre brug af viden om henholdsvis det sundhedsfaglige sprog og de forskellige teknologiske muligheder for overvågning beskrevet/hentet fra litteraturen. Begge interviewguides blev udarbejdet efter Kvale og Brinkmanns (2009) teoretiske anbefalinger og indeholder syv temaer. Under hvert tema er der formuleret spørgsmål der tager hensyn til både tematiske og dynamiske dimensioner (Kvale og Brinkmann 2009). På denne måde blev der taget højde for både indhold og samspil i og under interviewet. Spørgsmålene blev dog ikke alle anvendt idet interviewet, som nævnt i begge tilfælde antog form af en dagligdags samtale og mange af de spørgsmål der blev fremlagt var direkte afledt af begge informanters svar og historiefortællinger. Interviewguiden bidrog til fastholdelse i de formulerede temaer og til struktureringen af interviewet. For at sikre at der er overensstemmelse mellem det, der spørges om, og den måde informanterne forstår spørgsmålene på, pilottestes interviewguiden. Ud fra denne pilottest blev temaer og deres rækkefølge konkretiseret og præciseret.

Første interview gennemføres med informant 1, som har hovedansvaret for projekt *nyt hospital* og er direkte involveret i de beslutninger der gennemføres i forhold til den tekniske forberedelse af hospitalsbyggeriet. Desuden er informant 1 involveret i

forberedelserne og gennemførelse af implementering af overvågningsteknologi.

Denne implementering er i opstartsfasen.

Der var flere formål med dette interview, dels skulle det bidrage til vores baggrundsviden om projektets problemstilling, dels give indblik i strategisk planlægning om implementering af overvågningsteknologier på hospitalet og dels skulle det give indblik i, hvor langt planerne for implementering af denne teknologi er. Desuden var vi interesserede i at få direkte adgang til informantens syn på, mening om og forståelse af overvågningsteknologien og de konsekvenser og betydninger det kan have, når den implementeres på hospitalet.

Det andet interview gennemføres med informant 2, som har ansvaret for en afdeling som har implementeret dele af overvågningsteknologien og som derfor har praktisk erfaring med planlægning, implementering, anvendelse, funktionalitet og medarbejdernes reaktioner og accept af overvågningsteknologien på hospitalet.

Der var flere formål med interviewet, dels skulle det bidrage til vores baggrundsviden om projektets problemstilling, dels skulle det give indblik i allerede anvendt implementeringsstrategi, anvendelse af teknologien, samt erfaringerne med denne. Desuden var vi interesseret i at få direkte adgang til informantens syn på, mening om og forståelse af overvågningsteknologien og de konsekvenser og betydninger det kan have når den er implementeret på hospitalet.

Begge interview blev gennemført af den samme projektdeltager. Det ene foregik på informantens kontor, det andet i et mødelokale på hospitalet.

Begge interview blev efter informanternes samtykke optaget på to iPhones via app'en 'Memoer'.

4.4.3 Transskribering

I dette projekt er valgt at transskribere begge interview i deres fulde længde.

Transskribering af interviewene skal anvendes til den senere analyse.

Transskribering giver projektdeltagerne et overblik over data, og det giver mulighed for let at gå tilbage og få klarhed og forståelse. På denne måde faciliteres den tekniske databearbejdning.

Transskriptionen blev foretaget af den samme projektdeltager for at sikre en form for konsistens i det skrevne. Mange hyppige gentagelser og øh 'er, er sorteret fra ligesom pauser, betoning, følelsesudtryk og latter er undladt, idet de ikke direkte har betydning for indholdet af interviewene.

Til videre bearbejdning af data blev de transskriberede temaer inddelt i hver sin farve. Dette gøres for at få et overblik i forbindelse med databearbejdningen.

4.4.4 Meningskodning og -kondensering

Meningskodning var nødvendig initialt, da den åbne interviewform medførte, at temaer fra begge interviewguides ikke blev fulgt stringent. Kodningen er inspireret af Kvale og Brinkmanns meningskodning, idet data omhandlende samme tema er identificeret med samme farve. Denne kodning gav overblik over data. Se meningskodning for de to interview i bilag E og F.

Efterfølgende meningskondenseres data i hvert tema. Denne kondensering er ligeledes inspireret af Kvale og Brinkmann (2009). Formålet er, at fremstille meningsenheder og udlægge hovedtemaer til anvendelse i interview 2 og i udformning af workshops.

Se meningskondensering for de to interview i bilag G og H.

4.5 Workshop

Der blev gennemført to workshops med to grupper på i alt 8 sundhedsprofessionelle fra Rigshospitalets Neonatalklinik. Hver workshop havde en varighed på 2 timer. Alle deltagere er potentielle fremtidige 'brugere' af overvågningsteknologien. Potentielle, fordi de endnu ikke har implementeret overvågning på den afdeling, hvor deltagerne er ansat.

Formålet med begge workshops var, at opnå indsigt i og forståelse for overvågning af sundhedsprofessionelle, herunder brugeres oplevelse af og grænser for overskridelse af privacy - En vekselvirkning mellem gruppediskussioner og egen personlig mening udgjorde fundamentet for begge workshops. To scenarier og tre cases danner grundlag for struktur og forløb. Der var tre hovedformål med de to workshops:

1. At få direkte adgang til deltagernes mening om og opfattelse af hvornår deres personlige grænse for privacy bliver overskredet.
2. At sætte overvågning i forskellig kontekst og på denne måde undersøge om det ændrer de sundhedsprofessionelles grænser for overskridelse af privacy.
3. At opnå viden om betydningen af implementeringsstrategiens transparens for sundhedsprofessionelles mening om og accept af overvågning på hospitalet.

4.5.1 Workshop som metode

Workshop er en teknik, hvor der foregår et samarbejde mellem deltagerne og forskeren om at udforme et fælles produkt. En workshop kan tilrettelægges på mange forskellige måder, men fællestrækket er, at der benyttes simple tegninger eller diagrammer til at indsamle deltagernes samlede viden om emnet. En workshop kan være analytisk orienteret eller designorienteret. Den analytisk orienterede workshop stiler mod, at opnå en fælles forståelse af et bestemt aspekt ved en nuværende eller fremtidig arbejdspraksis. Den designorienterede stiler mod, at skabe en sammenhæng i funktionaliteten mellem en række nye systemer eller forslag til nye.

I en workshop arbejder gruppen sammen om, at indsamle og bearbejde informationer der ud fra forskellige perspektiver tydeliggør det valgte tema. Eventuelt kan der indkaldes flere deltagere hvis det vurderes, at tilføre workshoppen ny viden. En sekretær kan med fordel udpeges til at fastholde resultaterne af arbejdet, og ligeledes er det en fordel at have en facilitator, som skal sikre fremdrift i workshoppen (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

En workshop kan efterlade et kaotisk indtryk, præget af mange konkrete oplysninger uden sammenhæng i de indsamlede informationer. Der er flere måder, at samle informationer og skabe det nødvendige overblik. Ved at bevæge sig fra enkeltstående situationer, informationer og observationer kan man generalisere til nogle fællestræk. Man arbejder altså 'nedefra' ved at organisere enkelt informationer eller udsagn på f.eks. posters. Dette foregår i grupper og herfra

formuleres begreber og overbegreber. Denne teknik kaldes også for affinitetsdiagrammering (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

Ovenstående har et generaliserende fokus, som stiler mod, at skabe overblik og forståelse af helheden. En workshop kan også have et andet formål, nemlig at gå i detaljer og sætte fokus på det konkrete. Her tages der udgangspunkt i en mere eller mindre udviklet forforståelse inden for et særligt design eller tema, hvor der efterfølgende lægges et mere fokuseret snit (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008). En snitflade vælges i forhold til workshoppens fokus, nogle arbejdsfunktioner kan være meget komplicerede med individuelt orienterede elementer, og andre kan være præget af meget samarbejde. Her kan simple rollelister opstilles og på denne måde adskilles de forskellige arbejdsfunktioner. Disse udvikles undervejs og samles senere i forhold til en vurdering af den samlede arbejdsituation.

Valget af hvilken workshoptype, tilgang og beskrivelsesværktøjer der anvendes afhænger af kompleksitet af opgaven og formålet med workshoppen. (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

4.5.2 Affinitetsdiagram

Affinitetsdiagrammering kan anvendes til at give struktur og overblik over større mængder data. Udsagn fra workshop skrives på Post-it lapper, som efterfølgende organiseres i grupper eller i en hierarkisk træstruktur. Grupper af udsagn/Post-it, som passer sammen placeres sammen og der gives en passende overskrift til gruppen - én overskrift pr. gruppe. Overskrifterne "vokser" på denne måde frem fra data, og grupperne repræsenterer hver sin kategori eller tema.

Det karakteristiske for affinitetsdiagrammering er, at de empiriske data bliver generaliseret – "nedefra og op" på empiriens egne præmisser. Projektmedlemmer bearbejder og fortolker på denne måde data fra workshoppen og opnår en fælles forståelse (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

4.5.3 Scenarieudvikling

Scenarieudvikling er en teknik, som kan anvendes til at visualisere, hvordan et fremtidigt it-system eller it-teknologi kan anvendes i praksis. F.eks. hvilke

konsekvenser kan indførelsen have – scenarierne er fremstillet i prosastil for at anskueliggøre en fremtidig arbejdspraksis. Forskellige scenarier illustrerer anvendelsen ud fra forskellige brugerperspektiver. De tager udgangspunkt i brugernes begrebsliggørelse af arbejds konteksten.

Ofte anvendes tegninger og designskitser sammen med prosateksten mhp. at tydeliggøre for deltagerne, hvilket scenarie der fremstilles.

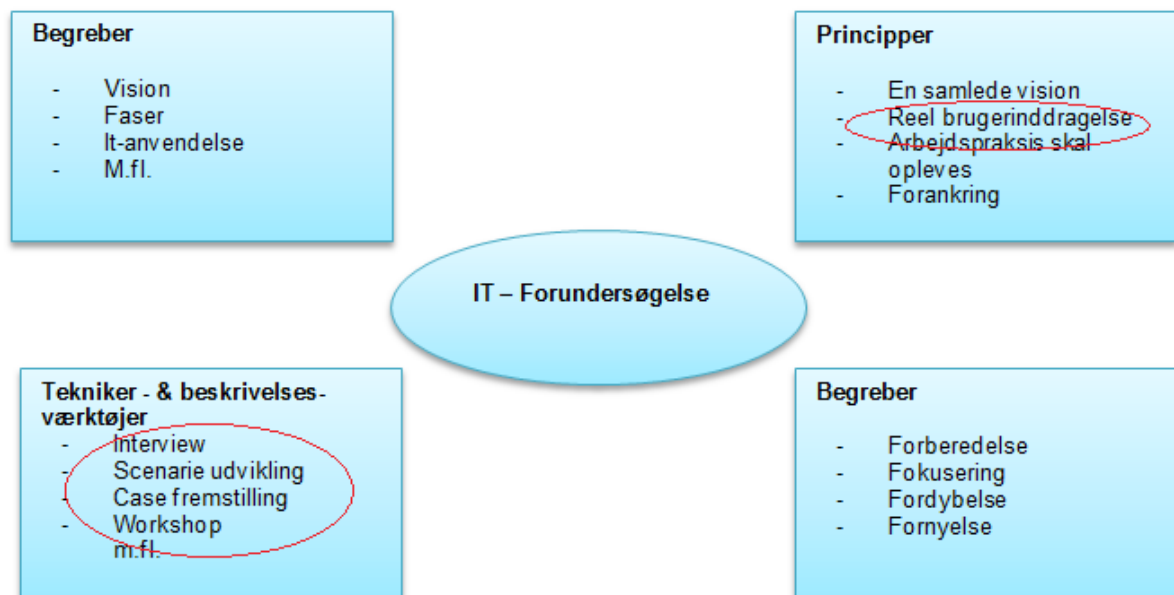
Scenarieudvikling kan arbejde med nogle på forhånd bestemte præmisser, som er besluttet af virksomheden – et par teknologier, som er beregnet til at understøtte den pågældende arbejdsproces, kan vælges og analyseres. Scenarier anvendes til at fremstille hvordan teknologien skal anvendes i virksomheden (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

Der kan også i et scenarieudviklingsforløb være tale om mere frie hænder for gruppen, hvor intet er aftalt på forhånd. Her kan scenarierne udvikles fra bunden med de forskellige mulige måder at organisere arbejdet på. Funktioner og grænseflader beskrives for en eller flere teknologier (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

4.5.4 MUST Metoden

Der er i dette projekt hentet inspiration fra MUST metoden, og nogle af de teknikker der er indeholdt i denne. MUST metoden (Metode til forundersøgelse i Systemudvikling – og Teori herom) er en metode til it-forundersøgelse, som indeholder et begrebsapparat, som navngiver de vigtigste elementer i en it-forundersøgelse. Den indeholder nogle overordnede principper, en organisering af it-forundersøgelsen, nogle retningslinjer, teknikker og beskrivelsesværktøjer til praktisk gennemførelse af en it-forundersøgelse (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

De 4 elementer, begreber, principper, faser og teknikker er alle ressourcer, der kan støtte it-designere eller forskeren i planlægning og udførelse af forundersøgelsen (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).



Figur 3: Frit efter Bødker, Kensing, og Simonsen (2008)

Figuren ovenfor er en modificeret model der illustrere MUST metoden og nogle af de elementer den indeholder. De der er relevante og som er anvendt til inspiration i dette projekt er fremhævet med rød cirkel.

4.5.5 Brugerinddragelse

Reel brugerdeltagelse er en central forudsætning for, at visionerne, som forundersøgelsen skal lede frem til også aftegner brugernes væsentlig situation. Repræsentanter fra de direkte berørte ansatte skal ifølge princippet om reel brugerinddragelse involveres i projektets arbejde. Princippet tager udgangspunkt i det gensidige behov der er for læring mellem bruger og it-designer/forsker (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008). It-designeren eller forskeren har brug for den viden, brugerne besidder om projektets genstandsfelt og brugerne behøver viden om teknologien og de muligheder den fremkommer med.

Denne læreproces understøtter udviklingen af en fælles forståelse af hvilke problemer, projektet ønsker at løse, og at de resultater/fund der fremkommer, er direkte forankret hos brugerne.

Brugerinddragelse har ifølge Bødker, Kensing, og Simonsen (2008) to effekter:

- Bruger inddragelse sikrer, at visioner afspejler brugernes egentlige situation.
- Bruger inddragelse øger muligheden for, at systemerne kan anvendes efter hensigten (Bødker, Kensing, og Simonsen, 2008).

Aktiviteter, hvor de to grupper, it-designeren/forskeren og brugerne, lærer af hinanden sikrer processen. Brugere behøver de rette betingelser for at kunne bidrage med innovative og konstruktive forslag til forandring.

Forankring er en væsentlig og styrende del af princippet om reel brugerinddragelse og er med til at sikre at, de involverede parter alle er klar over og kan vurdere hvad konsekvenserne af et givet design/teknologi ville være. På denne måde kan projektet tage højde for reaktioner i det endelige designforslag, forventninger kan justeres og skuffelser, modstand og irritation imødegås før under og efter implementering.

Formålet med reel brugerinddragelse er, at etablere et bæredygtigt grundlag for den efterfølgende tekniske og organisatoriske implementering.

Brugere er mennesker, som er placeret i egen lokale praksis med egne lokale værdier, behov, viden og drømme. Brugere kan tage forskellige roller i en designproces lige fra ofre til testere, samarbejdspartnere og designere. Ofte refereres der til brugere som 'innovatorer', fordi de indeholder viden, ekspertise og ideer for innovation (Kanstrup og Bertelsen 2011). Kanstrup og Bertelsen definerer en række forhold for brugere som innovatorer:

- Giving users the role of innovators means involving users early and through the design processes
- Giving users the role of innovators means creating a space for them to point out directions for designs
- Giving users the role of innovators means managing their innovation process

(Kanstrup og Berthelsen 2011)

Ledelse af innovationsprocessen referer ofte til rollen som facilitator og i den læringsproces som foregår mellem bruger og it-designer/forsker, er der brug for dette. Processen skal planlægges og gennemtænkes nøje, scenen hvor brugerne skal være innovative, skal sættes så den passer til den enkelte situation og kontekst, dette er afgørende for udfaldet. Tre temaer er centrale for denne rolle som facilitator:

- Samarbejdet mellem bruger og it-designer/forsker
- Kontekstualiserer fokus på forståelsen af brugerpraksis
- Konceptet fokuserer på kontekstualisering af brugernes innovative retning (Kanstrup og Berthelsen 2011).

4.6 Planlægning og gennemførelse af workshops

I nedenstående afsnit beskrives forberedelser, planlægning og gennemførelse af begge workshops. I dette projekt arbejdes med et relativt uudforsket problemområde og ikke mange sundhedsprofessionelle har erfaringer med denne teknologi. Derfor har vi i workshops valgt forskellige teknikker for på denne måde, at indhente denne ikke erfarede viden fra forskellige vinkler og kontekst.

4.6.1 Udvælgelse af deltagere

Et væsentligt kriterium for udvælgelse af deltagere til de gennemførte workshops var, at de repræsenterer gruppen af kommende sundhedsprofessionelle brugere af overvågning. De er placeret i egen lokale praksis med egne lokale værdier, behov, viden og drømme. De har intet kendskab til teknologien og ingen erfaring med denne - i deres sundhedsfaglige verden. Deres rolle på workshoppen var deltagende, hvilket vil sige, at de skulle bidrage med deres mening om og holdning til overvågning i forskellige situationer/kontekst, hvor overvågning bliver anvendt. Gennem denne brugerinvolvering får projektet mulighed for at anvende reel brugerinddragelse og forankre den indhentede viden i klinisk praksis.

Et andet mere pragmatisk kriterium var, at den ene projektdeltager har en direkte kontakt til den afdeling, hvor deltagerne er ansat og derfor åbnede nogle døre for projektet.

Deltagerne blev inviteret til at deltage i workshoppen både ved et opslag på tavle på afdelingen, samt via mail. Se invitation i bilag I.

4.6.2 Planlægning af workshops

Projektet er, som ovenfor nævnt, inspireret af delelementer fra MUST- metoden til workshopdesign. Principper og elementer fra denne metode indgår i workshoppens faser; scenarieudvikling, case fremstilling og forskellige beskrivelsesværktøjer giver henholdsvis forslag til hvordan de forskellige aktiviteter gribes an, og understøtter de teknikker der anvendes. Reel brugerinddragelse er en naturlig del af dette projekt, fordi princippet om reel brugerinddragelse tager udgangspunkt i det gensidige behov for læring mellem bruger og it-designer/forsker.

Projektet skal ikke danne rammen om design af et nyt it-system, og det er derfor ikke design dette samarbejde med brugerne handler om. Vi har brug for deres viden - umiddelbare følelser, tanker og meninger om overvågning i forskellig kontekst. På workshoppen blev brugerne præsenteret for teknologien og de muligheder den tilbyder - således bliver grundlaget for læreprocessen mellem it-designer/forsker skabt. Der bliver udviklet en fælles forståelse af, hvilke fordele og ulemper overvågning af sundhedsprofessionelle kan medføre. På denne måde er begge workshops fund forankret hos brugerne.

Struktur, forløb og indhold af begge workshops er designet af projektgruppen, funderet i hvordan projektets problemformulering bedst besvares.

Begge workshops tager udgangspunkt i den klassiske arbejdsmetode, hvor deltagerne arbejder sammen om at fremfinde og bearbejde informationer, som belyser det valgte emne. Ligeledes er begge workshops analytisk- og produktorienteret, hvilket betyder, at de stiler mod at opnå en fælles forståelse af

overvågningsaspektet, samtidig med at der fremkommer et produkt – viden om sundhedsprofessionelles opfattelse af at være overvåget.

En projektdeltager fungerer som facilitator på begge workshops. For at overholde planlagte tid og fastholde fokus på arbejdet, udpeges den anden projektdeltager som sekretær. Dette forebygger den kaotiske situation, som en workshop ofte ender i pga. forvirring omkring de mange informationer som bringes frem.



Fotos fra gennemførte workshops

Med udgangspunkt i teknikken scenarieudvikling opsættes to forskellige scenarier som visualiserer to forskellige måder at implementere overvågning på.

- Scenarie 1; Implementering af overvågning med en lukket implementeringsstrategi. Brugere informeres først sent i forløbet (red. efter dele af overvågning er implementeret) om tekniske og organisatoriske forhold, samt formål og forventet resultat med overvågning. For en detaljeret beskrivelse af scenarie 1 se bilag J.
- Scenarie 2; Implementering af overvågning med en åben implementeringsstrategi. Brugere informeres tidligt i forløbet (red. inden

overvågning implementeres) om både tekniske og organisatoriske forhold, samt formål og forventede resultater med overvågning. For en detaljeret beskrivelse af scenarie 2 se bilag K.

Scenarierne er udarbejdet på grundlag af data fra tidligere ekspertinterview, og er på denne måde tæt på virkelige og realistiske implementeringsforløb.

De tre cases er på samme måde udarbejdet på grundlag af data fra ekspertinterview og indeholder derfor virkelige og realistiske hændelser. En detaljeret beskrivelse af de tre cases ses i bilag L, M og N.

Casene har nedstående overskrifter:

- Effektivisering
- Samtale med leder om fravær fra teamet.
- Tyveri på afdelingen

Problemformuleringen indeholder en grænse – undersøgelsen skal måle overskridelse af privacy i forhold til den enkelte bruger. For at muliggøre målingen af denne grænse, opstilles en scala i form af fire værdikasser. Værdikasserne repræsenterer en niveaudeling af oplevet Privacy overskridelse og er inspireret af Visuel Analog Skala (VAS). Eksempel på en VAS scala ses i bilag O.

VAS er en psykometrisk svarskala til måling af subjektive egenskaber eller holdninger, der ellers ikke direkte kan måles. Svar angives i forhold til graden af enighed ved at angive en position langs en kontinuerlig linje mellem to endepunkter (Gould et al. 2001).

VAS er velkendt i det danske sundhedsvæsen og anvendes til at kvalificere grundlaget for smertebehandling. Vurderingen foregår på tværs af et kontinuum fra ingen til ekstrem smerte (Region Hovedstadens dokumentstyringssystem for Vejledninger, Instrukser og Politikker).

I projektet er, af flere årsager, valgt at anvende denne skala i en modificeret version: Det er god akademisk praksis at bygge på tidligere arbejde, hvor genbrug giver høj kvalitet til rådighed for den aktuelle forskning. Etablerede skalaer er blevet

gennemgået og re-valideret af andre og projektet sparer tid i forhold til udvikling af en ny skala (Preibusch 2013).

Intervalleret er løbende fra 0 - 3. 0 = ingen overskridelse af privacy og 3 = maximal overskridelse af privacy. Hvert udsagn skal individuelt fordeles i de fire kasser.

0 = Du føler ingen eller ubetydelig overskridelse af din Privacy
1 = Du føler lidt, men acceptabel overskridelse af din Privacy
2 = Du føler moderat overskridelse af din Privacy
3 = Du føler maximal og uacceptabel overskridelse af din Privacy

Begge workshops var nøje gennemtænkt, planlagt og designet så det var muligt for deltagerne, at agere i både en fælles og en individuel kontekst. Fælleskontekst opstår, når deltagerne sammen skal give udtryk for umiddelbare følelser, tanker og meninger om overvågning. Den individuelle kontekst opstår når de efterfølgende tager stilling til i hvor høj grad hvert enkelt udsagn overskrider deres grænse for privacy.

4.6.3 Gennemførelse af workshops

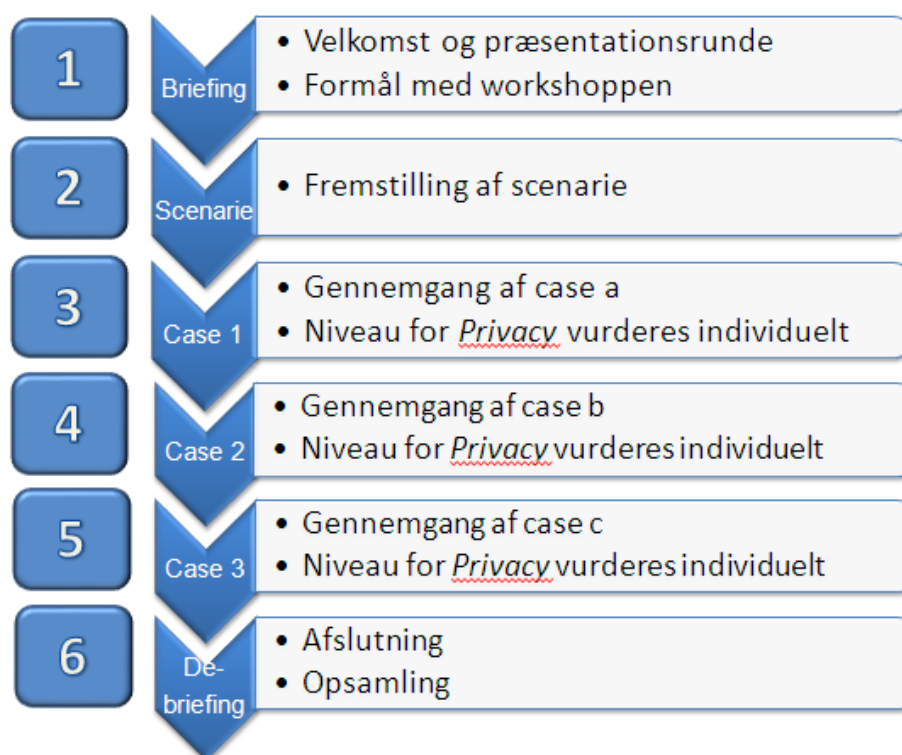
Begge workshops gennemføres stort set som planlagt, tidsrammen for workshop 1 blev overskredet med 30 min. Hvilket resulterede i, at en af deltagerne ikke gennemførte den sidste case.

På begge workshops præsenteres scenarier og cases for brugerne vha. en blanding af prosatekst og illustrationer. Powerpoint anvendt til dette formål ses i bilag P og Q.

De tre cases der præsenteres for brugerne, er de samme i begge workshops. De skal være medvirkende til at visualisere forskellige kontekst hos brugerne. Casene indeholder hver en konkret situation hentet fra de indledende interview. På denne måde relaterer casehistorierne sig til realistiske og virkelige hændelser.

Efter præsentation og gennemgang af casehistorierne har deltagerne mulighed for at stille spørgsmål, dette kan bidrage til inspiration for at igangsætte gruppediskussionen/ icebreaker.

Casene indeholder en blanding af *positive* og *negative* forhold når overvågning implementeres på hospitalet.



Figur 4: Forløbsmodel: Modellen illustrerer workshopprocessen i en forløbsmodel. Faserne fra 1-6 ses i venstre side, pilene i midten illustrerer fasernes overskrifter og i højre side indhold i de seks faser.

4.6.3.1 Fase 1, briefing

Briefing – Facilitator byder velkommen, der er en kort præsentationsrunde.

Workshoppens formål, indhold og forløb gennemgås. Der spises kage og drikkes kaffe.

4.6.3.2 Fase 2, scenarie

Scenariet for den pågældende workshop fremstilles for deltagerne. Hver workshop har forskellige scenarie:

- Workshop 1; lukket implementeringsstrategi. Detaljeret beskrivelse i bilag J.
- Workshop 2; åben implementeringsstrategi. Detaljeret beskrivelse i bilag K.

Deltagerne har mulighed for at stille uddybende spørgsmål, efter scenariet er gennemgået.

4.6.3.3 Fase 3, case 1

Deltagerne præsenteres her for case 1 i plenum. (Se case 1 i bilag L) Case 1 udleveres efterfølgende til alle deltagere. Her fremgår de allerede præsenterede spørgsmål til casen. Brainstormprocessen starter og deltagerne arbejder i fællesskab med spørgsmålene. De diskuterer umiddelbare følelser, tanker og meninger. Disse skrives ned i korte formuleringer på Post-it. Hver case har egen Post-it farve.

Deltagerne har mulighed for, at stille uddybende spørgsmål efter casen er gennemgået.

Herefter bliver deltagerne introduceret for projektets forståelse af begrebet Privacy, (se afsnit 2.1, s. 7) ligeledes introduceres deltagerne for kasser der indeholder niveaudeling for overskridelse af privacy.

Deltagerne bliver bedt om individuelt at tage stilling til hvert enkelt udsagn - på hvilket niveau bliver deres individuelle grænse for privacy overskredet. I praksis

skriver hver deltager fælles udsagn, et af gangen, på egne post-it og placerer dette efter egen vurdering.

En opsamling i plenum sikrer, at deltagerne er "færdige" med casen.



Fotos af anvendte privacy kasser.

4.6.3.4 Fase 4 & 5, case 2 og 3

Deltagerne præsenteres for case 2 og 3 på tilsvarende måde. Alle cases gennemgås på ovenstående måde. Case 2 og 3 ses i bilag M og N.

4.6.3.5 Fase 6, debriefing

Workshoppen afrundes med refleksion. Facilitator opsamler og opsummerer workshopkens indhold og alle deltagere får mulighed for at fortælle om deres oplevelse med workshoppen. På denne måde sikres det, at deltagerne ikke sidder inde med spørgsmål eller udsagn, der ikke er kommet frem.

5 Analyse teori

I dette afsnit fremstilles de teorier som danner grundlag for analyse af data. Først Poul Dourish teori om kontekstualisering, (fra Galster 2014) som anvendes til at belyse betydning af kontekst i forhold til overskridelse af privacy. Dernæst Anne Adams teori om opfattelse af privacy som anskueliggør forskellige faktorer, som påvirker brugernes opfattelse af privacy.

5.1 Teori om kontekst

Projektet har valgt, at anvende Poul Dourish's opfattelse af kontekst som den er beskrevet i Galster (2014) til fortolkning af begrebet. Der er flere årsager til dette:

- Dourish beskrivelse af kontekst er både variabel og situationel, i modsætning til en mere afgrænset og struktureret opfattelse af kontekst. Hans konstruktivistiske perspektiv er i tråd med dette projekts forståelsesramme.
- Dourish giver projektet en teoretisk reference, som er afgørende, når der i analysen skal arbejdes med de fremkomne data.

Dourish's opfattelse af kontekst er nedenfor forklaret og opstillet ud fra en operationel kontekst, overordnet problemstilling og grundlæggende antagelser.

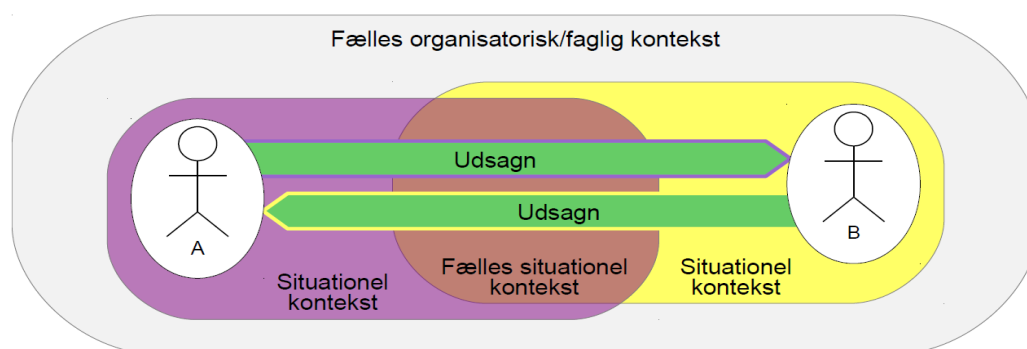
At operationalisere kontekst	- Udgør et interaktionelt problem
Overordnet problemstilling	Kontekst opstår som en integreret del af interaktionen mellem it-system og bruger. Hvordan kan systemet understøtte brugernes muligheder for at erkende og skabe kontekst?
Grundlæggende antagelser	Noget kan ikke bare være kontekst i sig selv; det kan være kontekstuel relevant i forhold til en given situation. Kontekstualitet er en relationel egenskab mellem objekter og aktiviteter.
	Omfanget og typerne af kontekst kan ikke forudses, men bestemmes af aktøren i situationen.
	Kontekst er situationel og derfor enestående i forhold til enhver instans i ethvert scenarie.
	Kontekst opstår i kraft af og i forhold til aktivitet. Kontekst skabes, formes og vedligeholdes gennem aktiviteten.

(Dourish citeret fra Galster 2014)

Poul Dourish (citeret fra Galster 2014) anskuer den operationelle kontekst, som noget der interagerer med noget andet. 'Noget' kan være hvad som helst, som brugeren anvender til at forstå emnet - kontekst kan altså ikke opfattes alene, men i et samspil mellem bruger og den aktuelle situation. Aktøren eller brugeren afgør alene konteksten, og den er derfor også afgrænset eller begrænset i forhold til brugerens opfattelse af både situation og emne (Galster 2014).

Dourish (citeret fra Galster 2014) opfatter konteksten som en integreret del af forholdet mellem it-system og bruger. Dette tydeliggør, hvordan disse to artefakter spiller sammen og er afhængige af hinanden. Det tætte afhængighedsforhold gør det ikke muligt at forudse kontekstens omfang og type (Galster 2014).

Figuren nedenfor viser en forsimplet model af forholdet mellem den individuelle situationelle kontekst set i en tovejskommunikations situation.



(Galster 2014)

Galster beskriver, sammen med den individuelle kontekst en fælles situationel kontekst. Sundhedsprofessionelle fungerer i en kompleks sammenhæng, som ikke lader sig gøre uden en fælles situationel kontekstforståelse (Galster 2014). I figuren ovenfor ses et eksempel, hvor to sundhedsaktører kommunikerer. De udveksler udsagn, som kan suppleres med en kontekstuel information. Det er ikke altid nødvendigt med denne situationelle kontekst, for at de to aktører forstår hinanden, idet de har en fælles kontekstuel forståelse.

Denne fælles kontekst kan opdeles i to;

- Viden om den faglige og organisatoriske kontekst, som de sundhedsprofessionelle befinder sig i:
 - Kommandoveje og hierarki
 - Forskellige kompetencer og arbejdsopgaver
 - En forståelse af forskel på en høj intensiv- og en langtidsmedicinsk afdeling
 - Det faglige sprog
 - En forståelse af "hvordan vi plejer at gøre"
- Situationel kontekst, som omfatter situation og emne.
 - Opfattelsen af en konkret situation:
 - Viden om omfang og indhold af aktuelle aktøres erfaringer og kvalifikationer
 - Formål og forventninger
 - Opfattelse af emne:
 - Viden om formål med en undersøgelse
 - Viden om aktuelle aktørers erfaring i en konkret patientsituation
 - Diagnose og medicinering for en konkret patient

I mange forskellige sammenhænge forventer de sundhedsprofessionelle, at de deler denne fælles kontekst i deres interne kommunikation - både den talte og skrevne kommunikation. Det giver dem mulighed for at forstå formål, indhold og konsekvens, samt at reagere adækvat i den aktuelle situation. Når den fælles kontekst adskilles, er det for at tydeliggøre at der er en forskel.

Den organisatorisk/faglige situationelle kontekst indeholder den nødvendige sundhedsfaglige baggrundsviden for at forstå udsagnets karakter.

Den situationelle kontekst handler om omgivelser, tid, sted og personer, som er involverede. Det er ikke uden betydning, om det foregår på en intensiv afdeling eller på en langtidsmedicinsk afdeling, hvilken tid på døgnet, samt alder og erfaring for de involverede parter. Det skal dog tilføjes, at den skrevne kommunikation er begrænset af den kontekst, som afsender har tilføjet, og hvad modtager kan konkludere på baggrund af faglig/organisatorisk kontekst. Ligeledes skal det tilføjes, at modtager af det skrevne udsagn på baggrund af den beskrevne individuelle kontekstualisering ikke kontekstualiserer afsenders kontekstuelle oplysninger. På denne måde er det ikke alt, hvad afsender dokumenterer, som indgår i en fælles kontekst (Galster 2014).

5.2 Teori Anne Adams model for opfattelse af privacy

I dette afsnit præsenteres en model for brugerens opfattelse af privacy. Brugeren forstås i denne sammenhæng, som den medarbejder der overvåges. Modellen vil først blive præsenteret, og dernæst forklaret.

Modellen er udviklet af Anne Adams, PhD i Computer Science (CS) og psykologi, Senior Lektor ved Institute of Educational Technology, Open University, England. Formålet med udviklingen af modellen er et ønske om at få et redskab til at afdække, hvornår der er modstand mod overvågning hos brugerne, for herefter at kunne sikre at privacy integreres i en given organisation og medtænkes i strategien. I projektet bruges modellen til at analysere og belyse brugernes reaktioner på overvågning. Den bruges som forklaringsmodel for hvilke informationer brugeren anser for private, hvem de er private for, og i hvilken sammenhæng. Adams beskriver privacy i forhold til informationsdeling som følger:

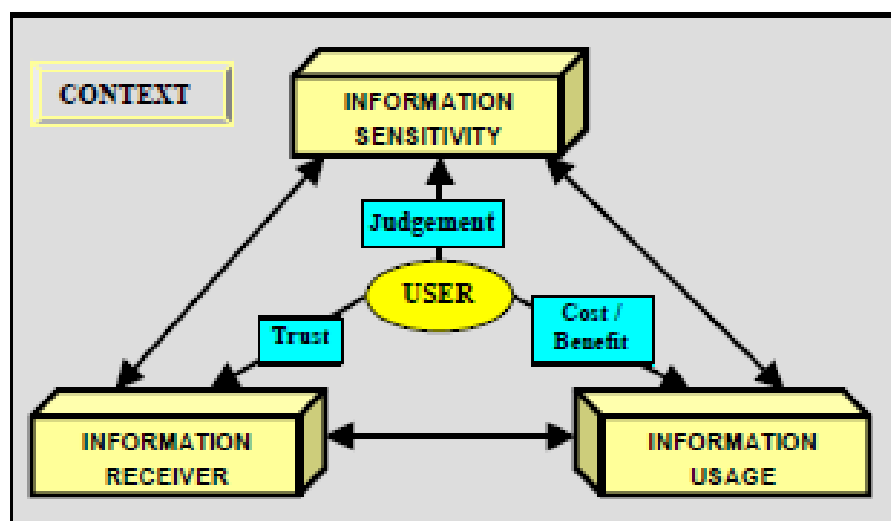
Privacy er et interdisciplinært fænomen der inkluderer:

- I hvilken kontekst bruges informationen
- Hvilke roller har brugerne i konteksten
- Hvilke organisatoriske og sociale normer er gældende

Adams finder, at der er tre "Key privacy factors" som forklares nedenfor:

- Informationens sensitivitet
- Hvem er modtageren af informationen
- Hvad bruges informationen til

Disse tre faktorer er, sammen med brugeren, grundsten i den udviklede model som illustreres således:



Figur 5: Users perception of privacy model (Adams og Sasse 2001)

Informationens sensitivitet

Mulig overskridelse af privacy som følge af hvor sensitiv informationen bedømmes at være. Her menes brugerens bedømmelse af datas sensitivitet. Data bedømmes som sensitiv/ikke-sensitiv, men der findes forskellige grader af sensitivitet.

Sammenhængen mellem **bruger** og **informationssensitivitet** afhænger således af brugerens **bedømmelse** (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

Modtageren af informationen

Der er identificeret sammenhæng mellem typen af informationer der frigives, og den person der modtager informationen. Dvs. at risici for overskridelse af privacy er

forbundet med modtageren af informationen. Overskridelsen kan afhænge af flere forskellige faktorer, men vigtigst er, hvor tæt eller af hvilken art forholdet til modtageren er. Således bliver sammenhængen mellem **bruger** og **modtager** afhængig af **tillid** (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

Information Usage

Når brugen af informationen er kendt, vurderer brugeren potentielle fordele og ulemper, hvorefter graden af privacyoverskridelse vurderes. Sammenhængen mellem **bruger** og **informationsbrugen** er således afhængig af **cost-benefit** (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

Desuden skal modellen vise, at balancen mellem de tre faktorer afhænger af den kontekst i hvilken informationsdelingen foregår. Således kan en faktor være mere betydende end de to andre, og en faktor kan ændre betydningen af de andre faktorer (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

5.3 Analyse af interviewdata

I dette afsnit beskrives hvorledes interviewdata er bearbejdet og analyseret. De udvalgte 6 aspekter ved det kvalitative interview inddrages og medvirker til at vedholde et fænomenologisk perspektiv i analysen. Se de 6 udvalgte aspekter i bilag B.

Ligeledes beskrives anvendelsen af Kvale og Brinkmanns analytiske værktøjer. Fokus for analysen er at generere viden til anvendelse som grundlag for design af workshops, samt at bidrage til at besvare projektets problemformulering.

Livsverden. Det er tydeligt, at de to interviewede informanter arbejder ud fra to meget forskellige livsverdner, informant 2 er meget interesseret i medarbejdernes ve og vel – informant 1 arbejder på et overordnet, mere strategisk niveau, uden særlig interesse for den enkelte. Dette er deres forskellige stillingsbetegnelser med til at definere, men der var dog alligevel en betydelig forskel.

Mening. Begge interviewpersoner er overbevist om, at overvågning har sin berettigelse i sundhedsvæsenet. Begge taler de passioneret om det ud fra hver sin livsverden.

Specificeret. Ved begge interview forsøger projektet at indhente specifikke tilstande og/eller situationer, ikke generelle. Informant 1 og 2 anvender både åbne og nuancerede beskrivelser for at frembringe umiddelbare forhold omhandlende overvågning.

Fokuseret. Begge interview er fokuserede på forskningsemnet 'overvågning af sundhedsprofessionelle'. De er hverken stramt strukturerede eller styrende, men der bibeholdes fokus vha. forberedte temaer og åbne spørgsmål i interviewguiden.

Interpersonel situation. I de to interview opstår der hurtigt 'et forhold' mellem deltagerne - det interpersonelle forhold, som Kvale og Brinkmann skriver om. Dette forhold eller samspil er betydende for den viden projektet indhenter. Alene projektdeltagernes sundhedsfaglige grunduddannelse åbner og danner grundlag for en fælles forståelse, men også kendskab til teknologien og sundhedsinformatik som helhed, er medvirkende til den inter-aktion der opstod.

Positiv oplevelse. Begge Interview var oplysende og givende for begge parter. Særligt informant 2 blev opmærksom på forhold som fremover kan tænkes ind i implementeringen af overvågning.

5.4 Fremstilling og bearbejdning af data fra interview

Fra begge interview har vi fået indsigt i en del af de forhold der vedrører implementering og brug af overvågningsteknologi på hospitalet:

- Planlægning og implementering af overvågning på hospitalet
- Bidrag til helhedsforståelse
- Informanters syn på, mening om og forståelse af overvågning på hospitalet
- Input til videre arbejde med projektets problemstilling.

De to ekspert-/ elite interview er analyseret hver for sig, idet dette var nødvendigt for vores successive undersøgelsesdesign. Temaer og udvalgte udsagn fra interview 1 har dannet grundlag for udarbejdelse af indhold i interview 2. Nedenfor fremstilles temaer og udvalgte udsagn:

- Strategi
- Privacy
- Brugerinvolvering
- Effektivisering
- Dataetik

Strategi

"... i forhold til mobil telefonerne - strategien går ud på at tænke wifi altså for den enkelte medarbejder. Hvis den enkelte medarbejder oplever denne gevinst acceptere de teknologien..." (Informant 1).

"Men ingen slukker jo sin telefon når man er på færgen eller i indkøbscentre nææ...de vælger oveni købet wifi til, det er jo gratis og lige som vores strategi handler det om at de vælger det til selv...." (Informant 1).

"Vi arbejder med denne 'Trojanske hest' strategi... forstået på den måde at vi giver medarbejderne en telefon og dermed en MAC adresse og giver dem ret til at bruge den både arbejdsrelateret og privat. Når denne device er arbejdet godt ind i organisationen kører vi monitorerings muligheden ind over..altså efter en passende periode således at medarbejderne vælger monitorering til når de vælger at beholde telefonen" (Informant 1).

"Så skal vi jo gennemtænke en plan for præsentation af monitoreringsdelen, det kan jo præsenteres på mange måder og tiden arbejder med os idet det bliver mere og mere udbredt at overvåge mennesker i forskellige sammenhæng..." (Informant 1).

Ovenstående udsagn beskriver, hvordan telefonen introduceres i organisationen som et hjælpemiddel uden at informere om den indbyggede overvågningsmulighed. Medarbejderne bliver afhængige af telefonen, og når overvågningsmuligheden introduceres, vælger medarbejderne telefonen til – overvågning bliver således et tilvalg.

Privacy

"De får oplysninger om hvor kollegaer eller udstyr befinder sig" (Informant 1).

".....ja men i fremtiden har vi track på alt, på medarbejdere ville vi vide hvem er hvem fordi vi kender deres Mac adresse, når de går ind med deres udstyr, deres første arbejdsdag med telefonen, så kobler vi deres BAM og deres MAC adresse sammen..."

"Man skal jo ikke underkende den modstand medarbejderne kan frembringe i forhold til implementering af en så grænseoverskridende teknologi hvor vi holder øje med dem..." (Informant 1).

Ovenstående udsagn giver udtryk for en viden eller mening om, at overvågning vil være grænseoverskridende for de overvågede medarbejdere.

Brugerinvolvering

"...og jeg tænker at I ikke ved hvad der foregår, i stedet for at fokusere så meget på brugerne - få nu fat i de hardcore specialister.." (Informant 1).

"...ja og ligegyldigt hvor meget du snakker med brugerne så siger de..Nå, men det lyder smart...de aner ikke hvad problemet er..." (Informant 1).

"...men du ville ikke ane at de ikke havde brugerrettigheder – så ligegyldigt hvor meget bruger proces du laver på det her ville det ikke blive opdaget" (Informant 1).

Ovenstående udsagn er et udtryk for, at brugerinvolvering ikke har nogen betydning.

Effektivisering

"... jo, det er ret store million beløb, det har vi undersøgt og det er rigtig mange penge..." (Informant 1).

"Quick win ligger i realtid, den individuelle optimering ligger i realtid – hvor er de andre eller hvor er det udstyr jeg skal bruge" (Informant 1).

"De får oplysninger om hvor kollegaer eller udstyr befinder sig. Det virksomheden skal, er at hente data og se på konkrete arbejdsgange og se om en omplacering af en f.eks. hjertestarter kan effektivisere arbejdsgangen.." (Informant 1).

"Det er interessant i forhold til at vide hvornår kommer trykket - hvornår kommer der rush hour i vores hus og så kan vi koble mønster genkendelsen med varmestyring i huset, fordi jeg ville jo typisk skrue ned for varmen i vores kantine 13:30 ...men hvis jeg nu har 40 mobiltelefoner tændt i det område så er det nok fordi der sker noget..." (Informant 1).

Ovenstående udsagn beskriver, hvordan overvågning konkret kan anvendes til effektivisering.

Dataetik

"Jeg tror det er fordi lederne ved hvad det kan bruges til, medarbejderne aner ikke hvad bagsiden af medaljen er..." (Informant 1).

"... i hænderne på de forkerte, enten medarbejdere, for det kan sagtens være menige medarbejdere – it-medarbejder eller i hænderne på den forkerte leder, der er det her et ekstremt farligt værktøj, fordi du kan bruge Big Data til at ramme den enkelte" (Informant 1).

"Et virkeligt grimt eksempel kunne være, hvor der er misbrug af data, hvor der har været læk af data/information om hvem der har været sammen med hvem. På

denne måde massekriminaliserer du en masse mennesker, hvor du vender bevisbyrden om og siger du skal bevise at du ikke har gjort det, i stedet for jeg skal bevise, at du har gjort det. Den omvendte bevisbyrde der kan blive i de her sager, kan blive rigtig grim....” (Informant 1).

Ovenstående udsagn beskriver, at data kan misbruges til forskellige formål.

Med besvarelse af projektets problemformulering i fokus, har ovenstående udsagn sammen med den initierende litteraturgennemgang dannet grundlag for temadannelse og udformningen af interviewguide til interview 2.

Nedenstående temaer er udvalgt blandt fremkomne temaer efter kondensering af data fra interview 2:

- Effektivisering
- Privacy
- Implementeringsstrategi

Nedenfor vises eksempler på udsagn fra interview 2

Effektivisering

”.....Vi flytter rundt med patienterne i systemet alt efter hvor de er i huset og vi kan lave et overblik og styre flowet mellem sygehusene og der kan vi lige se hvor mange patienter de andre har” (Informant 2).

”..... Ja men det er jo ikke noget..det er jo ikke skrevet ned i en role of tracking...det handler om at give folk gode arbejdsbetingelser hvis de skal arbejde ordentligt og effektivt og minimere antallet af forstyrrelser....” (Informant 2).

”.....havde lavet sådan nogle spaghetti-diagrammer, hvor man nøjagtig registrere hvor folk de går rundt så med det her kan vi tegne sådan nogle” (Informant 2).

".....så sidder hun bag ved væggen i stedet for at ringe og eller også...hun er på stuen med en patient så ringer vi ikke lige nu eller hun sidder i personalestuen, så tager jeg lige en anden patient og tager den patient bagefter hvis altså ikke det haster" (Informant 2).

"....Så på den måde og i øvrigt, der er nogen ting hvor det ville være en kæmpe gevinst, meget større end det er i sådan en lille afdeling som vores. Sådan noget som hvor er kirurgen henne?" (Informant 2).

Ovenstående udsagn beskriver, hvordan effektivisering opnås vha. overvågning.

Privacy

".....men det har så handlet om at vi har været nød til at garantere at data ikke bliver gemt" (Informant 2).

".....så folk spørg altid kan man så også se når jeg går på toilettet?" (Informant 2).

"..... altså vi snakkede om det da vi indførte det, hvad så vil folk føle sig overvåget , det kan da godt være at der er nogle der vil, men det er jo ikke hensigten og der skal være flere fordele end ulemper og jeg syntes altså at fordelene er så oplagte. Altså det helt evident for alle i denne her afdeling hvis vi kan nedbringe alle unødvendige forstyrrelser så får vi et bedre arbejdsmiljø" (Informant 2).

"...privacy det har du i princippet ikke, når du er på arbejde..." (Informant 2).

"Men selvfølgelig, når jeg kan tænke det her, så er der selvfølgelig også andre der tænker, hvor er NN, nåååå personalestuen – det var hun da også for en time siden" (Informant 2).

Ovenstående udsagn beskriver, medarbejderes reaktioner på overvågning i forhold til overskridelse af privacy.

Implementeringsstrategi

".....ja ja, men jeg ville gerne have det, når vi/ledelsen hver måned har de nyansatte, så ville jeg egentlig godt lige fortælle om det, og der er nogle ting, som jeg kan tage højde for i den snak, og det er ikke fordi fordelene er den og den så det ..det jeg er bange for, er netop at det kommer til at virke som en strategi - altså det er det værste der findes - altså hvis folk de lader være med at sige noget, for at det så lettere glider ned senere. Det går ikke i nogen sammenhæng" (Informant 2).

"....Vi har så ikke bevidst skjult det der kunne være faren. Vi er sådan set selv begyndt at kigge på det før personalet, og det synes jeg faktisk er godt, ikke? Altså, jeg er ikke utilfreds med den måde vi har håndteret det her på" (Informant 2).

".....det var nemlig det og det var egentlig også bare for at beskrive den der implementering foregik uden at jeg havde tænkt det færdigt - altså så er der refleksen med at sige, læger, dem kan man altid få til sådan noget, og så det der med at sygeplejerskerne faktisk selv meldte sig ind, det var jo super" (Informant 2).

Ovenstående udsagn beskriver, hvordan implementeringsstrategien ikke er planlagt, men foregik ad hoc og efter flere faggrupper efterspurgte overvågning.

Ovenstående bearbejdning og analyse danner sammen med den initierende litteraturgennemgang grundlag for udvikling af scenarier og cases til anvendelse i begge workshops:

Scenarier

I de gennemførte interview præsenteres to implementeringsstrategier, som er grundlæggende forskellige, en åben- og en lukket implementeringsstrategi. Der tages udgangspunkt i disse strategier i udviklingen af scenarier.

Cases

Cases er udviklet med inspiration fra begge interview, da de ønskes forankret i klinisk daglig praksis. Ligeledes repræsenterer de forskellige potentielle overvågningssituationer/ kontekst, 'Effektivisering', 'samtale med leder' og 'tyveri'.

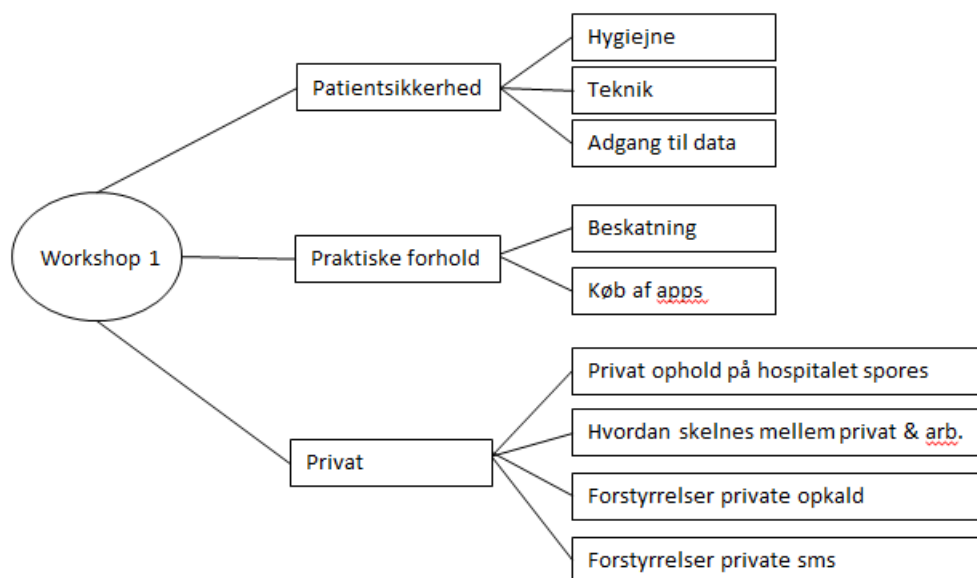
5.5 Analyse af data fra workshops

Dette afsnit indledes med renskrevne noter fra workshops præsenteret i et mindmap. Efterfølgende indeholder afsnittet en kronologisk beskrivelse af, hvorledes data indhentet i workshops er analyseret. Data er renskrevet, kondenseret og kvantificeret. Efterfølgende er data sammenholdt med Poul Dourish teori om kontekst og Anne Adams teori om oplevelse af privacy.

Noter fra workshop

Under begge workshops var der indlagt tid til spørgsmål efter præsentation af teknikken. Under workshop 1(lukket implementeringsstrategi) har deltagerne mange spørgsmål som er renskrevet og fremstillet i nedenfor. Denne spørgelyst stod på i 30 min.

Under workshop 2 (åben implementeringsstrategi) har deltagerne ingen spørgsmål, og derfor foreligger der ingen noter fra denne workshop.



Noter fra workshop.

Deltagerne fra workshop 1 havde mange spørgsmål i fase 2. Spørgsmålene relaterer sig til tre overordnede emner:

- Patientsikkerhed
- Praktiske forhold
- Private forhold

Spørgsmålene var alle af afklarende karakter, hvilket tyder på, at der var usikkerhed i forhold til de ovennævnte emner.

Efter endt spørgetid fortsatte workshoppen til fase 3, case 1.

Som tidligere beskrevet blev alle udsagn, af deltagerne under begge workshops, individuelt vurderet og niveaudelt efter graden af overskridelse af privacy, se afsnit 4.6.2, side 36.

Udsagn renskrives og tælles efter hvilken niveauekasse de tilhører, se de renskrevne udsagn i bilag R og S. Formålet med dette er at få et overblik over data og hvordan udsagn fordeler sig i kasserne.

5.5.1 Kondensering af udsagn

For at kunne anvende de fremkomne udsagn til at danne et affinitetsdiagram og derved skabe struktur og overblik over data, renskrives disse. Hver projektdeltager udarbejder uafhængig af hinanden et affinitetsdiagram. Se renskrevne affinitetsdiagrammer i bilag T og U.



Foto fra udarbejdelse af affinitetsdiagram.

Alle udsagn vurderes og placeres på tavlen én for én, hver projektdeltager placerer udsagn i grupper som passer sammen. Efterhånden som udsagnene placeres 'vokser' overskrifterne frem – grupper som passer sammen, får en passende overskrift, overskrifter ophøjes til kategorier.

Eksempel: Grupper samles og kategorier "vokser" frem fra data

Gruppen *mistro* og *anerkendelse* lægges sammen til gruppen 'Præcist formål og resultat'. Denne bliver ophøjet til en kategori.

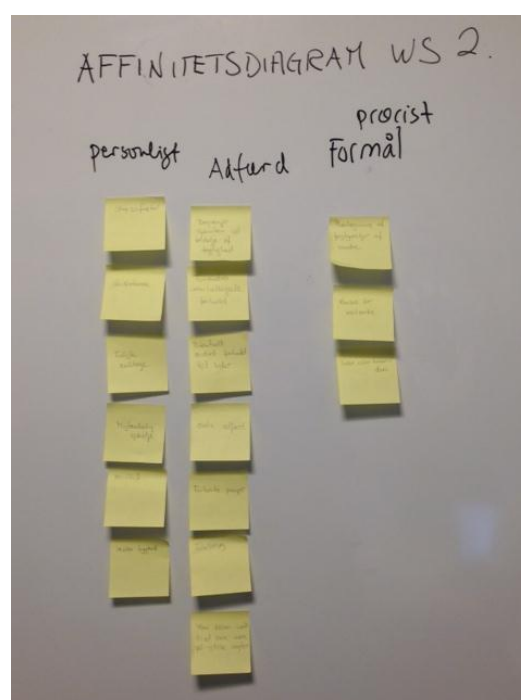
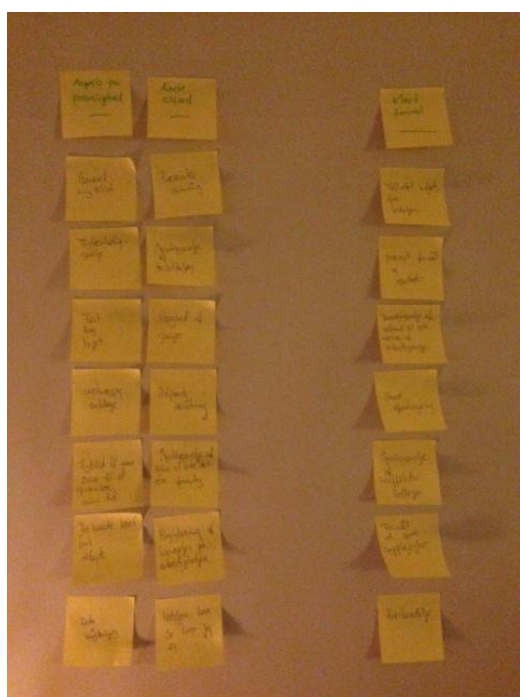
Udsagn som; "*Man bliver nød til at lave mere på stille vagter*" og "*forkorte pauser*" placeres sammen og danner overskriften 'Ændre adfærd'.

Kategorierne for workshop 1 er efter kondensering:

- Anvendelse til angreb på personlighed
- Adfærdsændring
- Præcist formål og resultat

Kategorierne fra workshop 2 er efter kondensering:

- Personligt
- Adfærdsændring
- Præcist formål og resultat



Fotos af de udarbejdede affinitetsdiagrammer.

Farverne i nedenstående renskrevne affinitetsdiagrammer repræsenterer de tre cases, som er anvendt på begge workshops. For affinitetsdiagrammer i fuld størrelse se bilag T og U.

Gul = case 1, 'effektivisering'

Blå = case 2, 'samtale med leder'

Pink = case 3, 'tyveri'

Affinitetsdiagram - Workshop 1			Affinitetsdiagram - Workshop 2		
Anvendelse til angreb på personlighed	Adfærdssændring	Præcist formål og resultat	Personligt	Adfærdssændring	Præcist formål og resultat
Generel mistillid 7p Uretmæssig anklage 9p Ført bag lyset 7p Mistænkeliggørelse af mig 8p Data misbruges 12p Mistillid til min evne til at prioritere min tid 12p Jeg havde lavet mit arbejde(samtale med leder) 8p	Præventiv virkning 0p Synliggørelse af toiletbesøg 9p Varighed af pauser 11p Ændre adfærd 4p Synliggørelse af ikke at lave det der forventes 15 p Ledelsen kan se hvor jeg er 0p	Mårette indsats fra ledelsen 6p Præcist formål og resultat 1p Bevidstgørelse af adfærd til optimering af arbejds gange 2p Smart effektivisering 1p Synligøre ineffektiv kollega 5p Formål at spare sygeplejersker 8p Anerkendelse 2p Medvirke til opklaring 0p	Stressfaktor 9 point Sladrebank 11 point Falsk anklage 12 point Mistænkeliggørelse 10 point Mistænkeliggørelse 9 point Mistillid 10 point Skaber tryk 0 point	Begrænser spontan udfoldelse af faglighed 6 point Forandre interkollegiale forhold 5 point Potentielt ændret forhold til leder 6 point Ændre adfærd 7 point Forkorte pauser 9 point Toiletbesøg 5 point Man bliver nødt til at lave mere på stille vagter 9 point	Planlægning af forstyrrelser af andre 1 point Renset for mistanke 6 point Leder efter hinanden 0 point

Figur 6: Renskrevne affinitetsdiagrammer fra workshop 1 & 2

5.5.2 Kvantificering af udsagn

Kvantificering på caseniveau

Udsagn tælles efter hvilken case de tilhører. Formålet med denne kvantificering er at se, hvordan cases er repræsenteret inden for det enkelte privacy niveau. På denne måde vises privacy niveau i forhold til en given kontekst.

Da der er forskel på antal udsagn i de tre cases, omregnes antal udsagn i en case til procent af det samlede antal udsagn. Dette illustreres i tabel 1 og 2.

Workshop 1

	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Case 1	46 %	12 %	30 %	12 %
Case 2	18 %	33 %	4 %	44 %
Case 3	33 %	0 %	28 %	39 %

Tabel 1.

Workshop 2

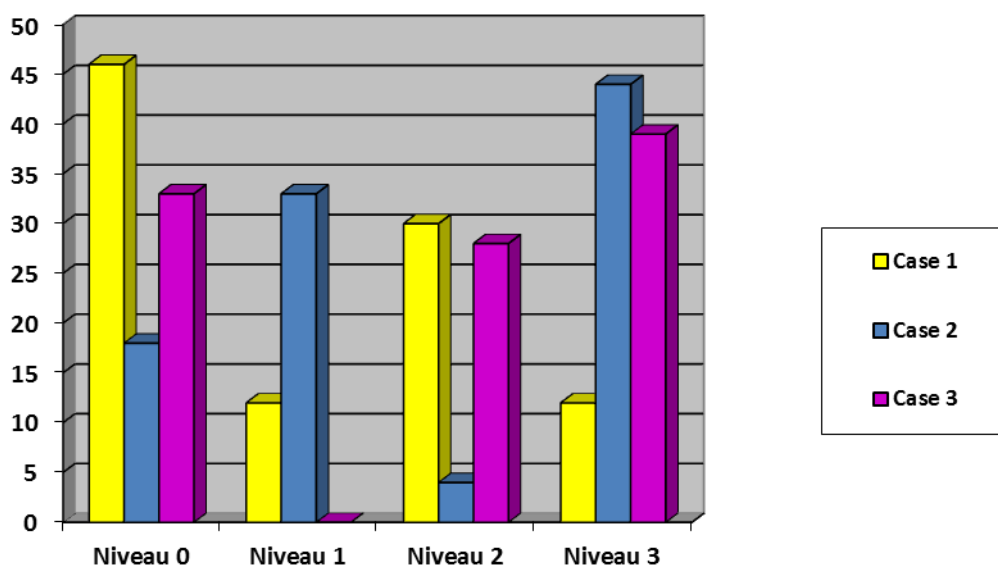
	Niveau 0	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Case 1	46 %	18 %	7 %	29 %
Case 2	4 %	21 %	39 %	35 %
Case3	0 %	23 %	47 %	29 %

Tabel 2.

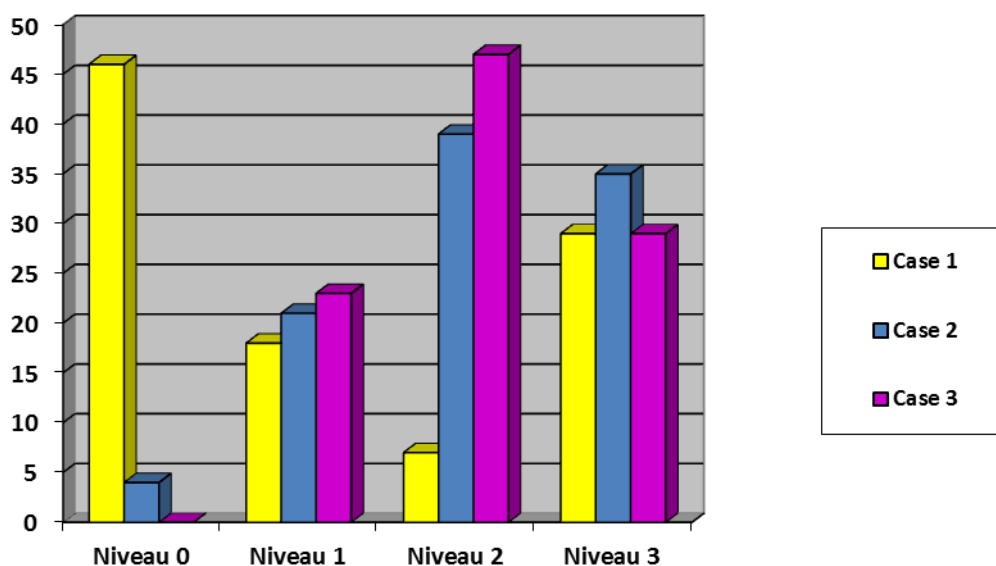
De to tabeller viser den procentvise andel af udsagn i en enkelt privacykasse i forhold til det totale antal af udsagn for en enkelt case.

Nedenfor vises en grafisk fremstilling af de to tabeller. På X-aksen de fire niveaudelinger og på Y-aksen antal udsagn i procent.

Workshop 1



Workshop 2



For at undersøge betydningen af denne individuelle niveaudeling tillægges hvert udsagn en værdi. Udsagn fra henholdsvis kasse 0, 1, 2 og 3 tillægges den værdi, som relaterer sig til kassens niveau:

- For hvert udsagn i privacy kasse 0 gives 0 point
- For hvert udsagn i kasse 1 gives 1 Point
- For hvert udsagn i kasse 2 gives 2 point
- For hvert udsagn i kasse 3 gives 3 point

Et udsagns point ganges med det antal gange det forekommer i kassen. Nedenfor vises vægtningen i procent.

Workshop 1

Workshop 1 Case/Kategori	Anvendelse til angreb på personlighed	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Case 1 Effektivisering	21%	29%	47%
Case 2 Samtale med leder	41%	47%	12%
Case 3 Tyveri	100%	0	0

Tabel 3: For hver enkelt case vises vægtning af udsagn i procent.

Workshop 2

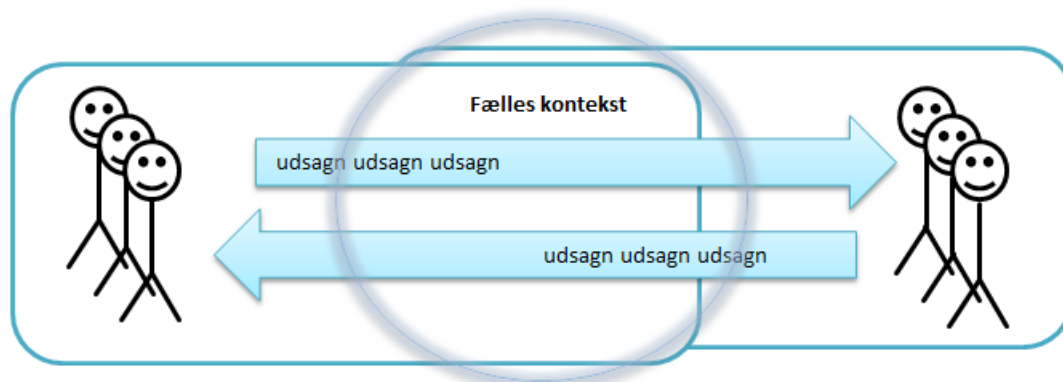
Workshop 2 Case/Kategori	Personligt	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Case 1 Effektivisering	27%	70%	3%
Case 2 Samtale med leder	37%	40%	22%
Case 3 Tyveri	76%	24%	0

Tabel 4: For hver enkelt case vises vægtning af udsagn i procent.

5.6 Individuel og fælles kontekst

Poul Dourish (citeret af Galster 2014) beskriver kontekst som værende situationel, fælles og individuel. Denne adskillelse af begrebet kontekst er matchet i projektets workshopdesign. Den fælles kontekst deles, når deltagerne sammen skal give udtryk for og blive enige om umiddelbare følelser, tanker og meninger om overvågning. I dette fællesskab er den fælles kontekst medvirkende til, at de opnår enighed om udsagnene – enighed om at alle udsagn er aktuelle og relevante i den

givne case/kontekst. Det skal dog nævnes, at den individuelle kontekst spiller en rolle i den fælles kontekst, idet den enkelte deltager i den fælles kontekst bevarer sin individuelle kontekst. I figur 7 nedenfor ses en illustration af samspillet mellem den fælles og individuelle kontekst.



Figur 7 frit efter Galster 2014, viser samspillet mellem den individuelle- og fælles kontekst mellem deltagerne i workshops.

Den individuelle kontekst anvendes af den enkelte deltager til at vurdere og vægte hvert enkelt udsagn. Deltagerne tager stilling til, i hvor høj grad hvert udsagn overskrider deres personlige følelse af privacy.

Denne mulighed for at vægte hvert udsagn individuelt, giver deltagerne mulighed for at agere ud fra deres individuelle kontekst. I begge workshops viste det sig, at identiske udsagn blev placeret i forskellige niveauekasser.

Eksempel workshop 1:

- Udsagnet *"mistænkeliggørelse af mig"* er repræsenteret i niveauekasse 2 og 3
- Udsagnet *"Adfærdsændring"* er repræsenteret i niveauekasse 0, 1 og 2
- Udsagnet *"Varighed af pauser"* er repræsenteret i niveauekasse 2 og 3

Eksempel workshop 2:

- Udsagnet *"mistænkeliggørelse"* er repræsenteret i niveauekasse 2 og 3
- Udsagnet *"ændre adfærd"* er repræsenteret i niveauekasse 1, 2 og 3

- Udsagnet "*forkorte pauser*" er repræsenteret i niveauekasse 1, 2 og 3

De tre udsagn er tæt på identiske i de to workshops, dette er også gældende for deres placering i niveauekasserne.

Ovenstående kan betyde, at konteksten har indflydelse på, hvordan den enkelte vægter overskridelsen af privacy. Ligeledes kan det betyde, at konteksten i de gennemførte workshops både er fælles og individuel. Den fælles kontekst eksisterer, idet deltagerne er enige om de genererede udsagn - den individuelle kontekst, idet deltagerne vægter identiske udsagn forskelligt. Dette understøttes af Dourish teori (citeret efter Galster 2014), idet han netop beskriver kontekst som værende fælles og individuel.

5.7 Kategorier og faktorer

I dette afsnit vises og begrundes hvordan data efter kondensering kan sidestilles med faktorer i Anne Adams privacymodel (Adams 2000, 2001, Adams og Sasse 2001).

Kategorierne fra workshop 1 er efter kondensering:

- Anvendelse til angreb på personlighed
- Adfærdsændring
- Præcist formål og resultat

Kategorierne fra workshop 2 er efter kondensering:

- Personligt
- Adfærdsændring
- Præcist formål og resultat

De tre kategorier fra hver workshop kan sidestilles med Anne Adams tre "key privacy factors"; se afsnit 5.2 s. 43.

For at bedømme hvilken kategori der stemmer overens med hvilken faktor, er det nødvendigt at se på de enkelte udsagn, der indgår i kategorien. Nedenfor anvendes optælling af placering af kategoriernes udsagn til at underbygge sammenhængen mellem kategorier og faktorer.

Anvendelse til angreb på personlighed

Kategorien "anvendelse til angreb på personlighed" sidestilles med 'information reciever', fordi som det beskrives i Adams model, forholdet mellem bruger og modtager er afhængig af tillid. Som eksempel kan nævnes udsagnet:

"Mistænkeliggørelse af mig", som et udsagn der er udtryk for, at overvågningen kan tænkes brugt som et angreb på den enkelte personligt – men om den enkelte vægter dette udsagn højt, vil afhænge af tilliden til den der modtager informationen – 'information reciever'.

Størstedelen af udsagn fra workshop 1 i denne kategori, er placeret i privacy niveauekasse 3, f.eks.: "ført bag lyset", "mistænkeliggørelse af mig" og "uretmæssig anklage"

Dette gør sig ligeledes gældende i workshop 2 hvor udsagn som "mistænkeliggørelse" og "falsk anklage" placeret i niveauekasse 3.

Det kan være et udtryk for manglende tillid til modtageren af informationen, eller det kan være et udtryk for, at hvis de følelser der opstår i forbindelse med at blive overvåget, i relation til angreb på personligheden, vægtes tungt.

Adfærdsændring

Kategorien 'adfærdsændring' sidestilles med faktoren 'information sensitivity' idet en evt. adfærdsændring vil afhænge af brugernes bedømmelse af, hvor sensitiv situationen er. Sammenhængen mellem bruger og 'information sensitivity' afhænger således af brugerens vurdering af informationens følsomhed, og er således meget individuel. Udsagnet "ledelsen kan se hvor jeg er" som ligger under denne kategori, kan siges at være afhængig af, hvor sensitiv brugeren vurderer denne information. Derfor vil data omhandlende en adfærd, der af den enkelte bruger bedømmes meget sensitiv, i højere grad kunne bevirke ændret adfærd hos brugere.

Hvis vi ser på de enkelte udsagn fra workshop 1 i denne kategori, er de primært placeret i kasserne 0 og 3.

Halvdelen af alle udsagn er placeret i privacy niveauekasse 0, f.eks. "ledelsen ved hvor jeg er" og "præventiv virkning". Dette kan være et udtryk for at brugeren ikke bedømmer udsagnet som følsomt, og det derfor ikke vil medføre en adfærdsændring. Det forhold, at der også er placeret udsagn i niveauekasse 3 kan tyde på, at informationen i visse tilfælde vurderes så sensitiv, at brugeren ændrer adfærd.

Hvis vi ser på de enkelte udsagn fra workshop 2 i denne kategori, er de primært placeret i kasserne 1, 2 og 3 med det dobbelte antal i kasse 1. Denne spredning af udsagnene i de tre niveauekasser kan være tegn på, at brugerne bedømmer informations følsomhed meget individuelt.

Præcist formål og resultat

Kategorien 'præcist formål og resultat' kan sidestilles med faktoren 'information usage' fordi relationen mellem bruger og informationsbrugen er cost-benefit afhængig. Brugerne vurderer i hver enkelt situation, hvad de får ud af overvågningen, jo mere de selv får ud af overvågningen jo mindre føler de deres privacy overskredet.

Udsagn fra workshop 1 "målrettet indsats fra ledelsen" og "smart effektivisering" kan vise at brugeren kan få en gevinst ud af overvågningen, og derfor gerne vil acceptere den.

Fælles for workshop 1 og 2 er, at der er størst repræsentation af udsagn i niveauekasse 0 i denne kategori. Dette kan tyde på, at brugeren ikke føler sin grænse for privacy overskredet, når overvågningen har et præcist formål og resultat.

5.8 Kategorier/faktorer – kontekst

Dette afsnit indeholder en analyse af fund vha. Anna Adams privacy model. Ved at ændre konteksten i modellen vha. de tre forskellige cases, vises hvordan brugerens opfattelse af privacy ændrer sig, når kontekst ændres.

Workshops er analyseret hver for sig.

De udregnede værdier for vægtning af udsagn i de enkelte kategorier (se afsnit 5.5.2 tabel 3 og 4, side 63) er omregnet til % for at udligne forskellen på antal af udsagn.

I tabellen nedenfor ses vægtningen af udsagn i relation til case 1, 2 og 3.

Workshop 1 Case/Kategori	Anvendelse til angreb på personlighed	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Case 1 Effektivisering	21%	29%	47%
Case 2 Samtale med leder	41%	47%	12%
Case 3 Tyveri	100%	0	0

Tabel 5 viser bla. at af alle udsagn genereret i case 1 vægtes 21% i kategorien 'anvendelse til angreb på personlighed

Case 1, 'effektivisering': I denne kontekst vægtes udsagn i kategorien 'præcist formål og resultat'.

Case 2, 'samtale med leder': I denne kontekst er kategorien 'adfærdsændring' og 'anvendelse til angreb på personlighed' vægtet næsten ens.

Case 3, 'tyveri': i denne kontekst er kategorien 'anvendelse til angreb på personligheden' vægtet.

Dette kan vise at brugerens opfattelse af privacy ændrer sig, når kontekst ændres.

Workshop 2 Case/Kategori	Personligt	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Case 1 Effektivisering	27%	70%	3%
Case 2 Samtale med leder	37%	40%	22%
Case 3 Tyveri	76%	24%	0

Tabel 6 viser, at af alle udsagn genereret i case 1 vægtes 27% i kategorien 'anvendelse til angreb på personlighed'

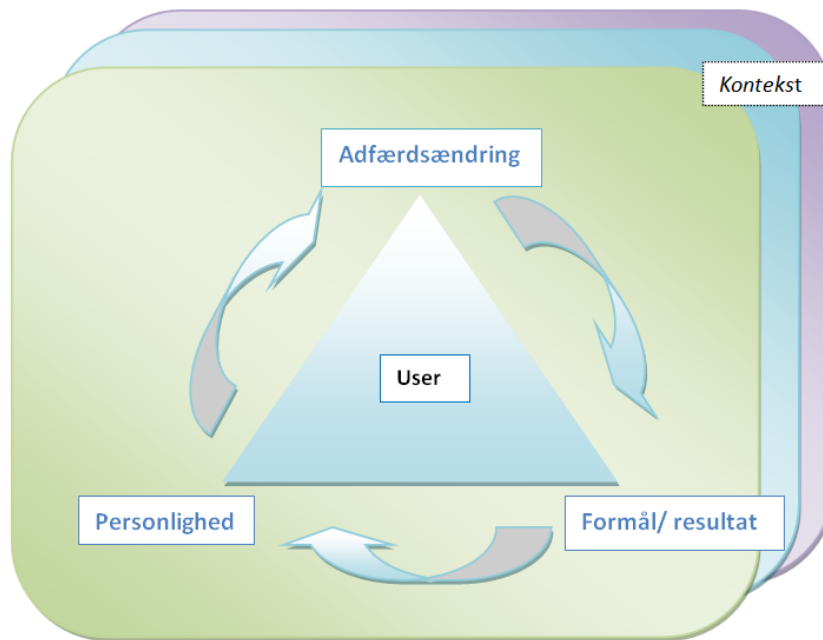
Case 1, 'effektivisering': I denne kontekst vægtes udsagn i kategorien 'adfærdsændring'.

Case 2, 'samtale med leder': I denne kontekst er kategorien 'adfærdsændring' og 'anvendelse til angreb på personlighed' vægtet næsten ens.

Case 3, 'tyveri': i denne kontekst er kategorien 'anvendelse til angreb på personligheden' vægtet.

Dette viser ligeledes at brugerens opfattelse af privacy ændrer sig, når kontekst ændres.

Figuren nedenfor er en model inspireret af Anne Adams privacy model, som illustrerer hvordan ændring i kontekst påvirker brugernes opfattelse af privacy i denne undersøgelse.



Figur 8 Frit efter Adams 1999.

5.9 Implementeringsstrategiens transparens

Begge workshops analyseres hver for sig og dernæst sidestilles fund. Dette gøres for at afdække ligheder mellem de to workshops.

Workshop 1

I tabel 5 side 68 ses:

Case 1, 'effektivisering': I denne kontekst vægtes udsagn i den kondenserede kategori 'præcist formål og resultat'.

Case 2, 'samtale med leder': I denne kontekst er kategorien 'adfærdsændring' og 'anvendelse til angreb på personlighed' vægtet næsten ens.

Case 3, 'tyveri': i denne kontekst er kategorien 'anvendelse til angreb på personligheden' vægtet.

Workshop 2

I tabel 6 side 69 ses:

Case 1, 'effektivisering': I denne kontekst vægtes udsagn i kategorien 'adfærdsændring'.

Case 2, 'samtale med leder': I denne kontekst er kategorien 'adfærdsændring' og 'anvendelse til angreb på personlighed' vægtet næsten ens.

Case 3, 'tyveri': i denne kontekst er kategorien 'anvendelse til angreb på personligheden' vægtet.

Ovenstående viser, hvis vi sammenstiller fund fra de to workshops, at der i konteksten 'effektivisering', case 1, ikke er overensstemmelse i vægtningen af udsagn.

I konteksten 'samtale med leder', case 2, er der tilnærmelsesvis overensstemmelse mellem de to workshops således vægtes kategorierne 'personlighed' og 'adfærdsændring' næsten ens.

I konteksten 'tyveri', case 3, ses at kategorien 'personlighed' vægtes højt, dette er gældende i begge workshops. Vægtningen ligger næsten udelukkende i denne kategori – for workshop 1 100%. Dette viser, at af alle udsagn genereret i case 3 vægtes 100% i kategorien 'personlighed'.

En forskel, der kan nævnes mellem de to workshops, var et øget behov blandt deltagerne i workshop 1, for afklarende spørgsmål i fase 3.

6 Diskussion

Design

I dette projekt har brugerinvolvering haft en central rolle. Projektet er gennemført i denne form med høj brugerinvolvering, da det er brugernes subjektive oplevelse, der efterspørges.

Via workshopdesign er der skabt en realistisk overvågningskontekst, som guider potentielle brugere igennem oplevelser med overvågning i en professionel sammenhæng. Konteksten er skabt gennem scenarier og cases, som er udførligt beskrevet og detaljeret fremstillet. Se scenarier i bilag J og K, og cases i bilag L, M og N.

Disse scenarier og cases er alle forankret i klinisk praksis.

Brugerne har vurderet og formuleret egne udsagn og følelser i forhold til overvågning og overskridelse af privacy. Ovenstående har skabt betingelser så tæt på virkeligheden som muligt og medført, at brugerne har haft gode forudsætninger og muligheder for at give udtryk for realistiske oplevelser og reaktioner. Derfor tillægger vi dette workshopdesign stor værdi i forhold til besvarelse af problemformulering og projektets validitet.

Dog skal det bemærkes, at vi i denne undersøgelse spørger mennesker, om deres oplevelse af en situation, de ikke reelt har oplevet, og derfor kan dette påvirke deres svar.

I workshoppens design indgår to forskellige implementeringsstrategier. Formålet med dette var at undersøge, om implementeringsstrategiens transparens influerer på brugernes grænse for overskridelse af privacy.

Der er ligheder og forskelle i datafund fra de to workshops. Ligheder i udsagn, hvilket resulterer i kondensering til ensartede kategorier, og varierende uligheder i deltagernes vægtning af udsagn i værdikasserne. Implementeringsstrategien kan have haft betydning for brugernes vægtning af udsagn.

Ligeledes er der i de to workshops fremstillet to forskellige teknikker – igen inspireret af praksis. Det er derfor ikke entydigt hvorvidt og hvilken betydning disse forskelligheder kan tillægges.

Det kan derfor diskuteres, hvorvidt de to workshops fund kan samstilles.

I forhold til vurdering af workshopdesign skal ligeledes nævnes, at de fire værdikasser som deltagerne vægter udsagn i under workshoppen, er inspireret af en kendt score VAS, *Visual Analog Score*, dette er en stor fordel idet de sundhedsprofessionelle har erfaring med dette arbejdsredskab og skal derfor ikke forholde sig til en ukendt værdiskala. Dette medvirker til at validere undersøgelsens fund.

Den gennemgående successive arbejdsmetode der er anvendt i denne undersøgelse, har haft flere fordele. For det første den ovenfor beskrevne forankring i virkeligheden og dernæst har data gennemgået en kvalificering i projektet, idet der gennem de initierende interview dannes et billede af, hvordan overvågning planlægges og gennemføres.

En yderligere opkvalificering af data kunne inkludere interview fra aktuelle brugere af overvågningsteknologi og/ eller observationen af sundhedsprofessionelle i overvågningssituationer.

Undersøgelsens kvantificering

Problemformuleringen indeholder en grænse – undersøgelsen skal måle overskridelse af privacy i forhold til den enkelte bruger. For at muliggøre målingen af denne grænse, opstilles en scala i form af fire værdikasser. Værdikasserne repræsenterer en niveaudeling af oplevet Privacy overskridelse. Denne tydelige adskillelse af værdierne vha. kasserne betyder, at deltagerne bliver tvunget til at vælge, og at projektet ikke efterfølgende afgør, hvor grænserne placeres. Dette medfører øget validitet af udsagnenes placering i værdikasser.

Kvantificering i indeværende projekt betyder, at vi bevæger os udenfor den forstående forskningstype og over mod den forklarende forskningstype, og vi kombinerer hermed kvalitetskriterier, perspektiv og resultatpræsentation fra de to

forskningstyper. Vi vurderer at validiteten af undersøgelsens fund øges, idet komponenter fra begge undersøgelsestyper anvendes.

Når de kvantificerede data i dette projekt ses i forhold til Anne Adams faktorer, ses et kausalt forhold til overskridelse af privacy. Anne Adams beskriver at overskridelse af privacy er afhængig af tre key faktors, informationens sensitivitet, modtager af informationen og brug af informationen. Når Anne Adams teori inddrages i dette projekt ses en sammenhæng mellem kondenserede kategorier af workshop udsagn og Anne Adams 'key faktors'. Dette betyder at dette projekts fund understøttes af teorien og det er medvirkende til at validere undersøgelsens fund. Ligeledes medfører dette en mere nuanceret besvarelse af problemformuleringen. De kondenserede kategorier kunne alene have besvaret problemformuleringen, men Anne Adams teori anvendes for at tilføjet en uddybende forklaring af kategorierne, som vi ikke ville have fået uden denne teori. Det skal pointeres, at udsagnene er formuleret af deltagerne selv, og vægtet/kvantificeret individuelt, og der derfor er et væsentligt subjektivt aspekt i denne kvantificering.

Undersøgelsesmetode

Når vi i dette studie har valgt at arbejde med en kvalitativ problemstilling, fordrer det et kvalitativt undersøgelsesdesign. Det kvalitative undersøgelsesdesign har gjort det muligt for informanter og deltagere i workshops selvstændigt at udtrykke og formulere udsagn og subjektive holdninger. I undersøgelsen er anvendt åbne spørgsmål, som er inspirerede af svar og historiefortællinger fra informanter og deltagere. Dette har betydet at brugerne har haft gode betingelser for at udtrykke sig individuelt hvilket er en forudsætning i denne undersøgelse.

I kvalitative studier kan forskeren tillægge udsagn en bestemt mening, afhængig af forskerens forforståelse og paradigme. I denne undersøgelse kan informanternes svar være præget af interviewerens, således svar og tolkning heraf afspejler projektdeltagernes holdninger og forforståelse. Projektdeltagernes initiale forforståelse for emnet var dog minimal, hvilket begrænser denne påvirkning. Denne påvirkning er også gældende i dannelsen af affinitetsdiagrammer i analysen af workshopdata. Dette er imødekommet idet projektdeltagerne har været vidne til

de diskussioner, der ligger til grund for de fremkomne udsagn, og derfor kender begrundelser og baggrund for disse. Ydermere har projektdeltagerne en sundhedsfaglig baggrund og indgående kendskab til sundhedsvæsenet, og har derfor samme for forståelse som workshopdeltagerne. Det formodes, at den tolkning der er foregået, i mindre grad beror på forskerens eksplicite og bevidste holdninger og teorier.

Generaliserbarhed

Generaliserbarheden af kvalitative fund er påvirket af mange faktorer, der kan være svære at rapportere eller aflæse i en tabel. Det relativt smalle felt for denne undersøgelse nødvendiggør at undersøgelsens fund gennemtænkes.

Workshopdeltagerne er alle sygeplejersker med forskellig baggrund og anciennitet. Det er vores formodning, at workshopdeltagerne repræsenterer plejegruppen af sundhedsprofessionelle i hospitalsvæsenet. Dog mener vi, at deres holdninger ikke nødvendigvis kan generaliseres til de øvrige faggrupper i hospitalsvæsenet.

Opsummering

Ovenstående indeholder en diskussion af svagheder og styrker – til- og fravalg. En del af de beskrevne svagheder relaterer sig til kvalitative studier generelt, ligesom en del af svaghederne relaterer sig til det aktuelle projekt. Dette er forsøgt imødekommet, og derfor vurderes det muligt at konkludere på baggrund af analyse og diskussion.

Nedenstående afsnit indeholder projektets konklusioner.

7 Konklusion

Fokus for herværende projekt er, at undersøge grænsen for sundhedsprofessionelles oplevelse af overskridelse af privacy, når de overvåges. Med brugerne som centrale aktører, er dette undersøgt.

Problemformuleringen inddrager kontekst som en faktor med indflydelse på de sundhedsprofessionelles grænser for overskridelse af privacy. Ud fra dette studies empiriske fund, kan vi konkludere, at kontekst har betydning for individuel

overskridelse af privacy. I analysen bearbejdes kontekst og det konkluderes, at både den fælles og den individuelle kontekst har betydning for, hvordan overskridelse af privacy vægtes af sundhedsprofessionelle når de overvåges.

I undersøgelsen er workshopdeltagernes udsagn kondenseret til kategorier. Disse kategorier er samstillet med Anne Adams 'key privacy factors' og vi har begrundet hvorledes kategorier og faktorer kan sidestilles, således at:

- Kategorien "anvendelse til angreb på personlighed" sidestilles med 'information reciever '
- Kategorien 'adfærdsændring' sidestilles med faktoren 'information sensitivity'
- Kategorien 'præcist formål og resultat' kan sidestilles med faktoren 'information usage'

Anna Adams model anvendes i analysen til at give en mere detaljeret forklaring på, hvordan kontekst influerer på privacy overskridelse, og vi konkluderer vha. modellen, at konteksten har indflydelse på, hvordan den enkelte vægter overskridelsen af privacy.

Undersøgelsen har ligeledes påvist, at ændres konteksten i modellen, vha. tre forskellige cases, ændres brugernes opfattelse af privacy. Ydermere ser vi en tendens til 'information reciever ' er den faktor, der vægtes højest i forhold til overskridelse af privacy.

Dette betyder at det er "anvendelse til angreb på personlighed" der er den afgørende faktor for overskridelse af privacy, når sundhedsprofessionelle overvåges – Dog skal det nævnes at deltagerne i denne undersøgelse relaterer sig til plejegruppen og vi derfor ikke umiddelbart kan overføre undersøgelsens fund til andre faggrupper i sundhedsvæsenet.

Ovenstående betyder, at konteksten har indflydelse på hvordan den enkelte vægter overskridelsen af privacy. Ligeledes kan det betyde, at konteksten i de gennemførte workshops både er fælles og individuel. Den fælles kontekst eksisterer idet deltagerne er enige om de genererede udsagn - den individuelle kontekst, idet

deltagerne vægter identiske udsagn forskelligt. Dette understøttes af Dourish teori, idet han netop beskriver kontekst som værende fælles og individuel.

Der kan på baggrund af de i analysen fremkomne fund, ikke påvises nogen betydning af implementeringsstrategiens transparens, idet den fundne variation imellem de to workshops ikke kan tillægges denne. Variationen kan være tilfældig, deltagerafhængig og/eller den kan skyldes forskellen i anvendt teknik – telefon vs. overvågningsdevice.

En forskel, der kan nævnes mellem de to workshops, var et øget behov blandt deltagerne i workshop 1, for afklarende spørgsmål i fase 3. Dette kan betyde at deltagerne i den lukkede strategi var mindre afklarede og at manglende åbenhed i strategien for overvågning kan skabe usikkerhed.

Målet for dette projekt er, at afdække om overvågningens kontekst påvirker de sundhedsprofessionelles grænser for overskridelse af privacy? Samt om implementeringsstrategiens transparens influerer på denne grænse?

Svaret på dette er, at de sundhedsprofessionelles grænse for overskridelse af privacy påvirkes af den kontekst, hvori overvågningen foregår. Undersøgelsen viser, at tillid har en væsentlig betydning når de sundhedsprofessionelle vægter overskridelsen af privacy. Det er tillid til at informationen ikke anvendes til angreb på deres personlighed – som det også fremgår af Anne Adams privacy model.

Det kan i dette projekt ikke påvises, at implementeringsstrategiens transparens gør en forskel for om de sundhedsprofessionelle føler overskridelse af deres privacy.

8 Perspektivering

Mange teknologiske fremskridt vinder indpas i det Danske sundhedsvæsen og alt tyder på at denne hastige udvikling fortsætter i fremtiden. Aldrig før har teknologien formet sundhedsvæsenet som den gør nu, arbejdsgange og faglige beslutninger ændres og ensrettes for at "passe" ind i teknologien. De sundhedsprofessionelle kan ikke længere varetage patientplejen uden kendskab til teknologien. Fordele og ulemper bliver diskuteret, og to synspunkter synes at opstå i denne diskussion;

Teknologien er en fordel som medvirker til at patienter og personale lettere og bedre kan varetage deres rolle i sundhedsvæsenet. Et andet synspunkt omhandler den fremmedgørende effekt teknologien har på sundhedsvæsenet, det manglende nærvær og de manglende varme hænder den medfører – Hvor hører man til? Fordele og ulemper tårner sig op side om side.

Overvågning er en teknologi, som for de sundhedsprofessionelle bliver én blandt mange. En teknologi som på lige fod med eksisterende har fordele og ulemper; Fordelene omhandler de økonomiske gevinster, som er beskrevet i problemanalysen, tidsbesparelse i form af viden om hvor kollegaer og udstyr befinder sig, samt den gevinst som analyse af bevægemønstre kan medføre. Det handler om at optimere og udnytte eksisterende ressourcer optimalt. En mulig ulempe er i dette projekt undersøgt i forhold til, om de sundhedsprofessionelle føler, at overvågning medfører overskridelse af privacy. Der eksisterer ikke meget viden på dette område, og der skal først nu opleves og oparbejdes erfaringer med overvågning i sundhedssektoren. Herefter kan vi håbe på at andre griber interessen og undersøger området yderligere.

Implementering af overvågning af de sundhedsprofessionelle på hospitalet og valg af strategier og ledelsværktøjer er ligeledes en opgave, der skal indsamles erfaring i. Der må til at starte med indhentes erfaringer fra implementering af andre sundhedsteknologier, som efterhånden er veludforskede. I forbindelse med tilblivelse af dette projekt, har vi stiftet bekendtskab med to meget forskellige implementeringsstrategier. Denne ene strategi indbefatter en 'skjult' dagsorden og en formodning om, at den sundhedsprofessionelle til-vælger overvågning – 'trojansk hest' bliver anvendt som metafor for denne strategi - og en anden, mere åben implementeringsstrategi, hvor åbenhed og ærlighed danner grundstenene i strategien - alle er informerede om formål og resultater. Den sidstnævnte strategi er velkendt fra implementering af IT-teknologi i sundhedsvæsenet.

Strategi er et af de vigtigste begreber inden for markedsføring. Det er strategien, der sikrer, at ressourcerne bruges, hvor de giver den største effekt. Det var strategien med den trojanske hest, der skaffede Odysseus og hans 11 mænd indenfor murene i Troja, så de kunne lukke resten af hæren ind i nattens mulm og

mørke. Om denne strategi og de gevinster den dengang medførte vil vise sig i sundhedssektoren, er et spørgsmål, vi vil få svar på i fremtiden, når overvågning implementeres på hospitaler vha. denne strategi.

Hvis vi skal vende blikket ud mod samfundet, og se på hvordan overvågning og 'self-tagging' har vundet indpas, er det interessant at se de ligheder, der kan trækkes mellem den 'skjulte' implementeringsstrategi der præsenteres i interview 1, til hvordan overvågning etableres i lufthavne, på færger, på Facebook, i storcentre mm. – hvor mange tilvælger wi-fi 'gratis' og på denne måde giver tilladelse til overvågning. Denne strategi er kendetegnet ved at brugeren føler, at de får mere ud af samtykke til overvågning, end de har af omkostninger. (eksempelvis fri internet vs. overvågning af deres bevægelsesmønstre).

Dette tilvalg sikrer en form for brugertilfredshed, og disse idéer og tanker ses overført til sundhedssektoren i form af udlevering af smartphones til alle medarbejdere, som det beskrives i dette projekt. Der kunne opnås en 'let implementering', hvor organisationen muligvis vil opleve mindre modstand. Strategien bygger på cost-benefit princippet, som også er en af de faktorer der er beskrevet i Anne Adams privacy-model, og den understøttes af flere udenlandske undersøgelser, hvor det beskrives, at brugerne accepterer overvågning, hvis de føler, at gevinsten er større end omkostningerne. Ser vi på den 'skjulte' implementeringsstrategi med de økonomiske briller, er her måske mange gevinster at hente. Vil vi i fremtidens sundhedsvæsen se mere og mere af denne strategi eller dele af den? Vi glæder os til at læse fund og resultater fra de undersøgelser der forhåbentlig vil følge efter.

9 Litteraturliste

Adams A, 2000, 'Multimedia information changes the whole privacy ballgame', Proceedings of the tenth conference on Computers, freedom and privacy: challenging the assumptions, p.25-32, April 04-07, 2000, Toronto, Ontario, Canada

Adams A, 2001, 'Users Perception of Privacy in Multimedia Communication'. PhD. thesis, School of Psychology, University College London.

Adams A og Sasse M A, 2001. 'Privacy in multimedia communications: Protecting users, not just data'. In People and Computers XV-Interaction Without Frontiers. Joint Proceedings of HCI2001 and ICM2001, A. Blandford, J. Vanderdonkt, and P. Gray, Eds. Springer-Verlag. 49-64.

Ajami S og Rajabzadeh A, (2013). 'Radio Frequency Identification (RFID) technology and patient safety'. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 18(9), 809-813.

Alge J B, 'Effects of computer surveillance on perceptions of privacy and procedural justice'. *Journal of Applied Psychology* 86.4 (2001): 797-804.

Bardram J E og Hansen T R, 2010, 'Context-based workplace awareness'. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)* 19.2 (2010): 105-138.

Beckwith R, 2003, 'Designing for ubiquity: The perception of privacy.' *Pervasive computing, IEEE* 2.2 (2003): 40-46.

Bellotti V og Sellen A, 'Design for privacy in ubiquitous computing environments', *Proceedings of the Third European Conference on Computer-Supported Cooperative Work 13–17 September 1993, Milan, Italy ECSCW'93*. Springer Netherlands, 1993.

Birkler J, 2013, *Videnskabsteori - en grundbog*, 1. udgave, 9. oplag, Munksgaard, kap 6.

Bove B, 2014, Slut med at vente på portøren, *Nordjyske Stiftstidende*, , 17. april, 248. årgang, uge 16, nr 107.

Bowen M E et al, 2011, 'Tracking technology: Lessons learned in two health care sites', *Technology and Health Care* 21 (2013) 191–197

Bødker K, Kensing F og Simonsen J, 2008, *Professionel IT-forundersøgelse – grundlag for brugerdreven innovation*, 2. udgave, Forlaget Samfundslitteratur, Kap 1 og 2.

Danske Regioner, 2013, *'Sammenhængende, effektive og ensartede digitale muligheder, regionernes fælles strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet i perioden fra 2013 til 2019'*, [Besøgsdato: 18.februar 2014]

Det ny universitetshospital, DNU, 2010, Delprojekt F2-01, *It Hovedaktiviteter- It-understøttelse af patient-, ressource- og transport logistik*.

DR1, 2014, *Nyhederne*, Lille chip sparer hospital for millioner, 12. maj, <http://www.dr.dk/Nyheder/Regionale/Koebenhavn/2014/05/12/102352.htm>

Europa-parlamentet, 1995, *EU's persondatadirektiv* ,EF-Tidende nr. C 166 af 03/07/1995 s. 0105, Bruxelles, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DA/TXT/HTML/?uri=CELEX:51995AP0120&qid=1401027293476&from=EN>

,
[Besøgsdato: 17. januar, 2014]

Fleron B, Rasmussen R., Simonsen J, og Hertzum M ,2012, 'User participation in implementation'. In *Proceedings of the 12th Participatory Design Conference*:

Exploratory Papers, Workshop Descriptions, Industry Cases-Volume 2 (pp. 61-64). ACM.

Fisher J A og Monahan T, 2008, 'Tracking the social dimensions of RFID systems in hospitals.' *International journal of medical informatics* 77.3, 176-183.

Galster G, 2014, *Lægers kontekstualisering af klinisk information*, PhD-afhandling, Institut for Medicinsk Sundhedsteknologi, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg universitet.

Gould D, Kelly D, Goldstone L, og Gammon J, 2001, 'Examining the validity of pressure ulcer risk assessment scales: developing and using illustrated patient simulations to collect the data', INFORMATION POINT: Visual Analogue Scale. *Journal of clinical nursing*, 10(5), 697-706.

Gruber D, Cummings G G, Leblanc L, og Smith, D L, 2009, 'Factors influencing outcomes of clinical information systems implementation: a systematic review'. *Computers Informatics Nursing*, 27(3), 151-163.

Hansen T R, Bardram J E, og Soegaard M. 2006, 'Moving out of the lab: Deploying pervasive technologies in a hospital'. *IEEE Pervasive Computing*, 5(3), 24-31.

Hansen T R, og Bardram J E 2007,' Applying Mobile and Pervasive Computer Technology to Enhance Coordination of work in a surgical ward'. In *Medinfo 2007: Proceedings of the 12th World Congress on Health (Medical) Informatics,[Brisbane, Australia, 20-24 August 2007]* (Vol. 129, p. 107). IOS Press.

Hsu, Chien-Lung, Ming-Ren Lee og Chien-Hui Su, 2013, 'The Role of Privacy Protection in Healthcare Information Systems Adoption.' *Journal of medical systems* 37:9966

Hunniche L og Olesen F, 2014, *Overvågningsteknologier*, 1. udgave, 1. oplag

Munksgaard, Kap 8, overvågningsteknologier.

Jørgensen R F, Hasselbalch G og Leth V, 2013, *Unge private og offentlige liv på sociale medier*, Rapport, Tænk tanken Digitale Unge under Medierådet for Børn og Unge, DR, Institut for Menneskerettigheder, Forbrugerrådet og Digital Identitet.
<http://digitaleunge.files.wordpress.com/2013/11/rapport-unges-private-og-offentlige-liv-pc3a5-sociale-medier-november-2013.pdf>

Kanstrup A M og Berthelsen P, 2011, *User innovation management – a handbook*, 1. udgave, Aalborg university press, Kap 1.

Kvale S og Brinkmann S, 2009, *Interview – introduktion til et håndværk*, 2. udg, 4. oplag, Hans Reitzels Forlag.

Launsø L, Olsen L og Rieper O, 2011, *Forskning om og med mennesker, forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning*, 6. udgave, Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busch,

Liu C, Chang C, Su M, Chu H, Hung S, Wong J og Wang P, 2011, 'RFID-initiated workflow control to facilitate patient safety and utilization efficiency in operation theater', *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, vol 104(3), 435-442

Mair F S, May C, O'Donnell C, Finch T, Sullivan F og Murray E, 2012, 'Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review'. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(5), 357-364.

Mehrjerdi Y Z, 2011, 'Radio frequency identification: the big role player in health care management'. *Journal of health organization and management*, 25(5), 490-505.

Myles G, Friday A og Davies N, 2003, 'Preserving privacy in environments with location-based applications'. *IEEE Pervasive Computing*, 2(1), 56-64.

Justitsministeriet, 2000, *Lov om behandling af personoplysninger*, Persondataloven. København,
<https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=828>, [Besøgsdato 17. januar 2014]

Preibusch S. 2013, 'Guide to measuring privacy concern: Review of survey and observational instruments'. *International Journal of Human-Computer Studies*. Volume 71, Issue 12, S. 1133–1143

Riis O, 2005, *Samfundsvidenskab i praksis, introduktion til anvendt metode*, 1. udgave, 1. oplag
Hans Reitzels forlag.

Region Hovedstadens dokumentstyringssystem for Vejledninger, Instrukser og Politikker, VIP,
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=XACA628CC9FF816DDC12578AA002C7B86&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g> [Besøgsdato: 15. februar 2014]

Zhou W, Piramuthu S. 2010, 'Framework, strategy and evaluation of health care processes with RFID'. *Decision Support Systems*, 50(1), 222-233.

10 Bilagsfortegnelse

<u>Bilag A - Region Hovedstadens hospitals og byggeri konference</u>	1
<u>Bilag B - Udvalgte aspekter af kvalitative forskningsinterview</u>	2
<u>Bilag C - Interviewguide 1</u>	4
<u>Bilag D - Interviewguide 2</u>	7
<u>Bilag E - Meningskodning Interview 1</u>	11
<u>Bilag F - Meningskodning Interview 2</u>	17
<u>Bilag G - Meningskondensering Interview 1</u>	23
<u>Bilag H - Meningskondensering Interview 2</u>	24
<u>Bilag I - Invitation workshop</u>	25
<u>Bilag J - Scenarie 1</u>	26
<u>Bilag K - Scenarie 2</u>	28
<u>Bilag L - Case 1</u>	30
<u>Bilag M - Case 2</u>	31
<u>Bilag N - Case 3</u>	32
<u>Bilag O - VAS scala, eksempel</u>	34
<u>Bilag P - PowerPoint præsentation workshop 1</u>	35
<u>Bilag Q - PowerPoint præsentation workshop 2</u>	44
<u>Bilag R - Renskrevet udsagn Workshop 1</u>	53
<u>Bilag S - Renskrevet udsagn Workshop 2</u>	55
<u>Bilag T - Renskrevet affinitetsdiagram Workshop 1</u>	57
<u>Bilag U - Renskrevet affinitetsdiagram Workshop 2</u>	58

Bilag A - Region Hovedstadens hospitals og byggeri konference



Region
Hovedstaden



KONFERENCE OG MARKEDSPADS OM REGION HOVEDSTADENS NYE HOSPITALER

Region Hovedstaden inviterer til hospitalsbyggeri-
konference 25. april 2013 kl. 11.30 - 16.30

- få overblik, indsigt og nyeste status på Region Hovedstadens store hospitalsbyggerier
- mød projektdirektørerne og medarbejdere i hospitalernes byggeorganisationer
- hør om bl.a. grønne løsninger, bæredygtighed, IT, logistik, hygiejne og organisering
- og udvid dit netværk på markedspladsen.



På konferencen kan du høre følgende talere fra Region Hovedstaden:

Morten Rand Jensen Koncerndirektør	Visioner og baggrund for Region Hovedstadens hospitalsbyggerier. Hvad, hvordan, hvorfor.
Kasper Jacoby Koncern projektdirektør, Koncern Byggestyring	Gennemgang og status for de syv store igangværende hospitalsbyggerier i Region Hovedstaden.
Henrik Schødt Projektdirektør Nyt Hospital Nordsjælland	Udbud og faser i byggerierne. Få det samlede overblik over hvilke udbud der forventes, og hvornår.
Finn Bloch Projektdirektør Nyt Hospital Hvidovre	Grønne løsninger og bæredygtighed i hospitalsbyggerierne - hvordan løftes ambitionerne?
Mikael Skov Mikkelsen Direktør, IT Medico og Telefoni	IT og mobile løsninger på tværs af hospitaler, projekt "Max Mobility" - behov og mulige teknologivalg.
Claes Brylle Hallqvist Vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Logistik, transport og supply chain på tværs af hospitaler - behov og mulige teknologivalg.
Janne Elsborg Direktør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Fremtidens organisering - hvordan byggerierne understøtter moderne arbejdsgange i klinikken.
Jens Otto Jarlov Ledende overlæge, Næstformand i Komiteen for Infektionskontrol og Hygiejne	Hygiejne og infektionsbekæmpelse - udfordringer og muligheder i indretningen af fremtidens hospital.
Henrik Eriksen Projektdirektør Det Nye Røgshospital Connie Barfod Projektdirektør Nyt Hospital Herlev	Effektiviseringsgevinster og innovationssamarbejde med udgangspunkt i Region Hovedstadens to kommende regionale sterilcentraler.

Og besøg **markedspladsen** hvor alle byggerier er repræsenteret og udvid dit netværk med byggeorganisationerne bag de største hospitalsbyggerier i Region Hovedstaden.



Bilag B - Udvalgte aspekter af kvalitative forskningsinterview

Livsverden. Genstanden for det kvalitative interview er interviewpersonens livsverden, formålet er at komme ind til den livsverden og hans eller hendes tilknytning til denne. Interviewet giver os denne adgang og ifølge den fænomenologiske tilgang giver det grundlag for de mere abstrakte, videnskabelige teorier om den sociale verden. Det kvalitative interview er en forskningsmetode der giver adgang til menneskers grundlæggende oplevelse af livsverden (Kvale og Brinkmann 2009).

Alt hvad vi ved om verden, er ud fra eget synspunkt og egne oplevelser af verden. Interviewet giver indblik i udvalgte informanternes livsverden.

Mening. Intervieweren observerer og fortolker interviewpersonens udtagelser med det formål at forstå meningen med og betydningen af centrale temaer i interviewpersonens livsverden. Kropsgestus tolkes og vurderes sammen med stemmeføring. Interviewet forsøger at afdække både et faktuel plan og et meningsplan, selv om det sidste er vanskeligt. Intervieweren skal forsøge at forstå det der ikke siges højt/ står mellem linjerne og formulere det implicitte budskab til interviewpersonen. Måske opnås der en bekræftelse eller tilkendegivelse af interviewerens tolkninger under interviewet (Kvale og Brinkmann 2009).

Specificeret. Specifikke tilstande og/eller situationer beskrives, ikke generelle. Interviewpersonen må anvende åbne og nuanceret beskrivelser for at frembringe disse umiddelbare og sande forhold. Intervieweren skal på grundlag af omfattende beskrivelser være i stand til at tyde et konkret niveau og ikke generelle meninger (Kvale og Brinkmann 2009).

Fokuseret. Interviewet fokuserer på forskningsemnet vha. åbne spørgsmål, der ledes frem til bestemte temaer, men ikke bestemte meninger (Kvale og Brinkmann 2009).

Interpersonel situation. Den viden som kommer ud fra interviewet er afhængig af det interpersonelle samspil i interviewet. Situationen kan være angstprovokerende for begge parter og indeholde forsvarstaler fra begge sider. Intervieweren skal være opmærksom på etiske krænkelser og personlige grænser. Viden skabes på baggrund af interaktionen mellem parterne – en anden interviewer kan have en helt anden interaktion med den interviewede og frembringe helt anden viden under interviewet (Kvale og Brinkmann 2009).

Positiv oplevelse. Interviewet kan være en berigende oplevelse for interviewpersonen som kan opnå ny indsigt i emnet og i sin livsverdenssituation (Kvale og Brinkmann 2009).

Bilag C - Interviewguide 1

Interviewguide - Interview 1

Briefing og præsentation	Jeg beder informanten om at præsentere sig selv Præsentere projektgruppedeltagere efterfølgende
Emne & sag	Emne: Identifikations- og sporingsteknologier Sag: Vi vil undersøge, hvilke identifikations- og sporingsteknologier, der tages i anvendelse, og hvordan de påvirker organisation, sundhedspersonerne og arbejdsprocesser i klinikken indenfor et hospitals bygninger og matrikler. Problemformulering: På hvilken måde påvirker positionering og tagging sundhedspersoner og arbejdsgange i organisationen? Hvilke Organisatoriske og sociale konsekvenser Hvordan forberedes organisationen på denne forandring? Hvilke individuel- og organisatorisk forandringer sættes i gang? Hvordan kan forandringsprocessen påvirkes og på hvilken måde?
Praktiske oplysninger	Udbredelse og anvendelse af teknologien på BBH og FH Hvordan planlægger I den skal se ud?

Formål og mål	Hvad er jeres billede af organisationen med tagging-perspektiv Hvordan ser fremtidens hospital ud i forhold til it-infrastruktur og positionering og tagging?
Strategi og ledelsesværktøjer	Hvilke strategi- og ledelsesværktøjer arbejder I med? Hvordan planlægger I at forberede organisationen? Implementeringsstrategi/ visioner
Effektivisering	Logning af data: - monitorering af flowet i huset - mulighed for at analysere arbejdsflow = mulighed for effektivisering Har I gjort jer tanker om hvordan data kunne bruges? - Optimering af arbejdsgange - Omplacering af udstyr - Kan I se nogle fordele ved det? - Hvilke udfordringer giver det ift personale? (privacy)
Organisationens påvirkning	Hvordan påvirkes sundhedspersoner/ arbejdsgange af denne nye teknologi? Hvordan kan påvirkninger imødekommes? Der eksisterer flere niveauer i forhold til monitorering af den fysiske bevægelighed: - En her og nu monitorering af sundhedspersoner – data gemmes ikke. Gevinsten relaterer sig til sundhedspersonernes bevidsthed og viden om

		kollegaers location. - En logning af data – data gemmes til analyse
Brugerinvolvering		- Planlægning I i forbindelse med implementeringen af monitorering at inddrage brugerne? - Hvis ja, hvordan?
Privacy		Præsentation af vores forståelse af privacy og de i litteraturen beskrevet problemer med opretholdelse af dette når monitorering af personalet anvendes. - Hvilke tanker har I gjort omkring privacy inden I tager teknologien i anvendelse? - Har man undersøgt om personalet har bekymringer ang overvågning? - Hvilke tiltag har I benyttet for at imødekomme personalets behov for privacy - Hvorfor ikke logge data og på denne måde monitorere flowet i huset = effektivisering
Modstand mod forandring		Præsentation af vores forståelse af modstand mod forandring og de i litteraturen beskrevet problemer når nye teknologier implementeres. - Modstand i opstartsfasen/ implementeringsperioden? - Løbende modstand, ny- ansatte? Er der forskel på faggruppernes reaktioner og måder at takle monitoreringen på?
Debriefing		Er der noget vigtigt vi ikke har fået med, som der ikke er spurgt ind til?

Bilag D - Interviewguide 2

Interviewguide - Interview 2

Briefing og præsentation	- Jeg beder informanten om at præsentere sig selv - Præsentere projektgruppedeltagere efterfølgende
	Projektpræsentation – - Vi vil gerne undersøge brugernes reaktioner på monitorering, og hvordan man i ledelse af implementering kan tage højde for disse reaktioner, således implementeringen bliver mere succesfuld. Problemformulering Hvilke personlige og individuelle meninger, oplevelser og følelser opstår når monitorering og overvågning af sundhedsprofessionelle implementeres på hospitalet. Og hvordan disse aspekter inddrages i planlægningen af forandrings- og ledelsesstrategier i forbindelse med implementering af teknologien.
Praktiske oplysninger om udbredelse og anvendelse af teknologien	- Hvor mange afdelinger på IHospitalet i Horsens har teknologien implementeret? - Hvornår?

Brugerinvolvering	- Har der i forbindelse med planlægning/ implementeringen af monitorering været bruger inddragelse? - Hvis ja, hvordan? - Er der løbende brugerinddragelse? - Hvis ja, hvordan?
Effektivisering	Logning af data: - monitorering af flowet i huset - mulighed for at analysere arbejdsflow = mulighed for effektivisering Har I gjort jer tanker om hvordan data kunne bruges? - Ændring af arbejdsgange - Omplacering af udstyr Kan I se nogle fordele ved det? Hvilke udfordringer giver det ift personale? (privacy)
Dataetik	Hvem har adgang til data, etiske overvejelser - Hvordan? - IHospitalets erfaringer - Jeres overvejelser/tanker
Privacy	Præsentation af vores forståelse af privacy og de i litteraturen beskrevet problemer med opretholdelse af dette når monitorering af personalet anvendes.

		- Hvilke tanker har I gjort omkring privacy inden I tager teknologien i anvendelse? - Har man undersøgt om personalet har bekymringer ang overvågning? - Hvilke tiltag har I benyttet for at imødekomme personalets behov for privacy - Hvorfor ikke logge data og på denne måde monitorere flowet i huset = effektivisering
Implementeringsstrategi/ visioner		- Strategi - Ledelsesværktøjer
Modstand mod forandring		Præsentation af vores definition af modstand mod forandring og de i litteraturen beskrevet problemer når nye teknologier implementeres. - Modstand i opstartsfasen/ implementeringsperioden? - Løbende modstand, ny- ansatte? Er der forskel på faggruppernes reaktioner og måder at takle monitoreringen på?
Strategi og ledelsesværktøjer		- Hvilke strategi- og ledelsesværktøjer er der anvendt - Hvordan er organisationen forberedt – er organisationen specifikt forberedt på teknologien? - Modstand mod forandring – læger og sygeplejersker – som ovenfor, ikke?

Debriefing		Er der noget vigtigt vi ikke har fået med, som der ikke er spurgt ind til?

Bilag E - Meningskodning Interview 1

Effektivisering:

C: Et meget godt eksempel er altså, man kan sige du skal logge/ gemme data ellers kan du ikke lave mønster, der bliver bare nød til at være en meget høj moral omkring det her og etik. Og så skal man bare være opmærksomme på at folk snyder det her system, et helt konkret eksempel for 3 år siden var jeg i Boston på Massachusetts General og de har sådan et system, jeg står med den administrerende direktør der fortæller hvordan hun en morgen er mødt tidligt ind kl 06, hun var jogget på arbejde og havde ikke lignt en see sweet person – hun havde talt med elevatormanden som havde det her trackingudstyr, han fortalte hende at når han skulle sove til middag ligger han sig oven på elevatoren for så kører den hele tiden.

C: Det du gør er at lade være med at gå efter den enkelte person, det er mønstret der er interessant – det er massens adfærd der er interessant og måske det man skal sælge den på – man kunne ligge sikkerhed ind der sikre at enkelt personer ikke kan spores. Der er for stor risiko for fejl konklusioner når du ser på enkelt data. For det her det er BigData og BigData tankegang, men du bliver også nød til at spore på den enkelte og holde den enkeltes mønster op mod hvad personen plejer at lave.

C: Jo, det er ret store million beløb, det har vi undersøgt og det er rigtig mange penge.

C: Quick win ligger i realtid, den individuelle optimering ligger i realtid – hvor er de andre eller hvor er det udstyr jeg skal bruge.

C: De får oplysninger om hvor kollegaer eller udstyr befinder sig. Det virksomheden skal er at hente data er at se på konkrete arbejdsgange og se om en omplacering af en fx hjertestarter kan effektivisere arbejdsgangen, det skal den enkelte medarbejder ikke tage stilling til fordi de har ikke baggrund for at vide om de træffer en suboptimal løsning eller den for virksomheden samlede optimale løsning, for hvis de flytter hjertestarter eller infusionspumpe så kan det være at der er 10 andre der får længere

C: Jo, men det er da den billigste at ligge den ind på, den suverænt billigste device at ligge teknologien ind på det er en telefon Det er interessant i forhold til at vide hvornår kommer trykket hvornår kommer der rush hour i vores hus og så kan vi koble mønster genkendelsen med varmestyring i huset - det er helt oplagt og det er derfor Google går ind i den Nets virksomhed som de købte i forgårs, fordi jeg vile jo

typisk skrue ned for varmen i vores kantine 13:30 der vil CTSen normalt skrue ned for varme og ventilation, men hvis jeg nu har 40 mobiltelefoner tændt i det område så er det nok fordi der sker noget, så er det jo nok ikke fordi der ligger 40 telefoner i en kasse, hvis der kun var en er det mere sandsynligt at der er efterladt en telefon, så jeg kan bruge det til at afvige fra mønster,

C: Jamen det er det allerede, vi overvåger her 834 køleskabe i forhold til temperaturregulering fordi der ligger meget kostbart medicin som ikke tåler for store temperatursvingninger og øhh så er der også en strategi i at placere censerne i køleskabe fordi de meget sjældent flyttes og at vi på denne måde kan registrere personalets bevægelighed i forhold til køleskabene.

Det virksomheden skal er at hente data er at se på konkrete arbejdsgange og se om en omplacering af en fx hjertestarter kan effektivisere arbejdsgangen, det skal den enkelte medarbejder ikke tage sitling til fordi de har ikke baggrund for at vide om de træffer en suboptimal løsning eller den for virksomheden samlede optimale løsning, for hvis de flytter hjertestarter eller infusionspumpe så kan det være at der er 10 andre der får længere – det overblik har den enkelte medarbejder slet ikke.

Realbilledet det er den enkelte, det historiske billede det er virksomhedens.

Brugerinvolvering:

og jeg tænker at I ikke ved hvad der foregår, i stedet for at fokusere så meget på brugerne - få nu fat i de hardcore specialister, det blev en meget teknisk diskussion vi øhh, at man skulle spore på 2,4 GH båndet i stedet for på 5 GH båndet. Det er fint nok at vælge 5 GH der er bare ikke nogen leverandør

ja og ligegyldigt hvor meget du snakker med brugerne så siger de..Nå, men det lyder smart...de aner ikke hvad problemet er

men du fanger aldrig sådan en som farmakonomer.

men der er ingen der forestillede sig at de ikke var med...der er ingen der stiller spørgsmål ved det før du...og det er der hvor eksperterne skal komme ind og sige, hvem er det der er omkring de her processer

: men du ville ikke ane at de ikke havde brugerrettigheder – så ligegyldigt hvor meget bruger proces du laver på det her ville det ikke blive opdaget

, der bliver bare nød til at være en meget høj moral omkring det her og etik. Og så skal man bare være opmærksomme på at folk snyder det her system, et helt konkret eksempel for 3 år siden var jeg i Boston på Massachusettes General og de har sådan et system, jeg står med den administrerende direktør der fortæller

hvordan hun en morgen er mødt tideligt ind kl 06, hun var jogget på arbejde og havde ikke liget en see sweet person – hun havde talt med elevatormanden som havde det her trackingudstyr, han fortalte hende at når han skulle sove til middag ligger han sig oven på elevatoren for så kører den hele tiden.

: de havde sat en alarm hvis han var stille mere en 30 min...det skete jo aldrig, når man trackede ham så det ud til at han arbejdede meget, men han lå og knor sov i 3-4 timer på en vagt.

Tankerne omkring sikkerhed her er at hvis jeg tager dit adgangskort og gik op på NeuroN det var der formentlig ikke nogen der ville opdage, men jeg ville formentlig gå en anden rute end den du plejer at tage så det den skal er ...det er da spøjst at...det er rutegenkendelsen...hvorfor bevæger du dig der på det her tidspunkt, det plejer du ikke at gøre. Sætte det op som en alarm – hele denne mønstergenkendelse, når noget afviger fra det det plejer, at der så er nogle der bliver præsenteret for problemstillingen.

Privacy:

de havde sat en alarm hvis han var stille mere en 30 min...det skete jo aldrig, når man trackede ham så det ud til at han arbejdede meget, men han lå og knor sov i 3-4 timer på en vagt.

Tankerne omkring sikkerhed her er at hvis jeg tager dit adgangskort og gik op på NeuroN det var der formentlig ikke nogen der ville opdage, men jeg ville formentlig gå en anden rute end den du plejer at tage så det den skal er ...det er da spøjst at...det er rutegenkendelsen...hvorfor bevæger du dig der på det her tidspunkt, det plejer du ikke at gøre. Sætte det op som en alarm – hele denne mønstergenkendelse, når noget afviger fra det det plejer, at der så er nogle der bliver præsenteret for problemstillingen.

C: Og det syntes jeg ikke er interessant, det er masse informationen der er interessant

: De får oplysninger om hvor kollegaer eller udstyr befinder sig.

Realbilledet det er den enkelte, det historiske billede det er virksomhedens.

På tracking teknologien tror jeg, du kan godt have medarbejdere som vælger at vælge det fra, men så vælger de mobiltelefonen fra

Man skal jo ikke underkende den modstand medarbejderne kan frembringe i forhold til implementering af en så grænseskridende teknologi hvor vi holder øje med dem..... Men ingen slukker jo sin telefon når man er på færgen eller i indkøbscentre

nææ...de vælger ovenikøbet wifire til, det er jo gratis og lige som vores strategi handler det om at de vælger det til selv..så.

C:Ja men fremtiden har vi track på alt, på medarbejdere ville vi vide hvem er hvem fordi vi kender deres Mac add, når de går ind med deres udstyr, deres første arbejdsdag med telefonen, så kobler vi deres BAM og deres MAC add sammen, der er jo også en reel fejlkilde, hvis jeg låner din telefon eller hvid du går herfra uden din telefon, ser det ud somom du står stille, men det gør du jo ikke. Så det skal man jo lige huske og det er derfor man ikke skal se på enkelt data.

Dataetik:

Jeg tror det er fordi lederne ved hvad det kan bruges til, medarbejderne aner ikke hvad bagsiden af medaljen, hvad det er

I: Og hvad tænker du om det?

C:Altså hvis vi nu skal være helt ærlige, det her er mega BigBrother og i hænderne på de forkerte, enten medarbejdere, for det kan sagtens være menige medarbejdere – it-medarbejder eller i hænderne på den forkerte leder der er det her et ekstremt farligt værktøj, fordi du kan bruge Big Data til at ramme den enkelte. Et virkeligt grimt eksempel kunne være hvor der er misbrug af data, hvor der har været læk af data/information om hvem der har været sammen med hvem. På denne måde massekriminalisere du en masse mennesker hvor du vender bevisbyrden om og siger nu skal I bevise at du ikke har gjort det i stedet for jeg skal bevise at du har gjort det. Den omvendte bevisbyrde der kan blive i de her sager kan blive rigtig grim. Det der sker, hvis man passer lidt på med at drage en parallel med det der sker på 1813 i øjeblikket, hvor man faktisk får sendt forkerte dat ud, hvor mennesker der ikke skulle være hængt ud bliver hængt ud for noget de ikke har gjort. For det første at man ikke havde styr på sine data, så der var ikke så mange kald – der var kald, men ikke så mange og man får hængt en læge ud. Havde han været ansat hos os skulle vi betale et masivt beløb til ham og man kunne diskutere om det ikke var berettiget at medarbejderne nedlægger arbejdet fordi man ikke kan arbejde for sådan en ledelse.

Fordelen er at de her data er at de typisk ligger hvor meget få mennesker har adgang til dem og det vil meget ofte meget sjældent være ledere der har adgang fordi du som leder skal argumentere for hvorfor du skal have adgang til historikdata på en medarbejder. Der kan sagtens sidde menige medarbejdere på it eller datawarehouse siden som ikke kan styre deres nysgærighed og får koblet historier om det er vel nok tit den lægestuderende og sygeplejerskestuderende er sammen og så få spredt et rygte.

Vision:

C: Ja selvfølgelig, det er vores mission her på byggeriet (nye hospitalsbyggerier) I må for guds skyld ikke tro at en fastnet telefon er billigere, den koster markant mere pr. medarbejder end en mobil. En mobiltelefon, en Galaksi for 1100 kr. det koster 845kr i intern tid at flytte et nummer, bare terminalen koster 3000 kr., hvis jeg skal have folk her på stedet til at gå ned og flytte et stik og få CIMT folk til at flytte stikket det har vi målt på tid, 845 kr. på. nummer. Vi har for 2 år siden lavet nogle beregninger/tak på dette her og vi har et 2cifret millionbeløb at spare hvis vi implementere mobiltelefoner. Samtidigmed at vi implementere mobiltelefonen giver vi dem en digital platform i hånden, det er ekstremt interessant hvad det infrastruktur gør ved folk.

C:Ja men fremtiden har vi track på alt, på medarbejdere ville vi vide hvem er hvem fordi vi kender deres Mac add, når de går ind med deres udstyr, deres første arbejdsdag med telefonen, så kobler vi deres BAM og deres MAC add sammen, der er jo også en reel fejlkilde, hvis jeg låner din telefon eller hvid du går herfra uden din telefon, ser det ud somom du står stille, men det gør du jo ikke. Så det skal man jo lige huske og det er derfor man ikke skal se på enkelt data.

Implementeringsstrategi:

C: Vi har allerede været lidt inde på det i forhold til mobil telefonerne. Strategien går ud på at tænke wifi, altså for den enkelte medarbejder. Hvis den enkelte medarbejder oplever denne gevinst accepterer de teknologien, særligt hvis der arbejdes med de her indlagte sikkerheds forhold, der på en eller anden måde sikrer, at det ikke er den enkelte medarbejders data der er interessant, men massens bevægelighed, som vi allerede har talt om.

Vi arbejder med denne Troianske hest strategi, forstået på den måde at vi giver medarbejderne en telefon og dermed en MAC add og giver dem ret til at bruge den både arbejdsrelateret og privat. Når denne device er arbejdet godt ind i organisationen kører vi monitorerings muligheden ind over..altså efter en passende periode således at medarbejderne vælger monitorering til når de vælger at beholde telefonen.

Præcis, og det er det jo også ingen hemmeligheder her de vælger jo selv om de vil beholde telefonen...og det er vigtigt i forhold til modstand mod forandring, som vi talte om tidligere, hvis det er noget de selv har valgt. Der vil nok være nogle der

vælger at aflever den og det må de jo så gøre, men det er vores overbevisning at langt de fleste vil beholde den netop fordi de er blevet glade for den både arbejdsmæssigt, men også privat.

Så skal vi jo gennemtænke en plan for præsentation af monitoreringsdelen, det kan jo præsenteres på mange måder og tiden arbejder med os idet det bliver mere og mere udbredt at overvåde mennesker i forskellige sammenhæng..

Modstand:

C: Men der er også ikke kun i sundhedsvæsenet en naturlig indbygget modstand mod forandring som jo ofte er ganske sund – if it work dont fix it

Bilag F - Meningskodning Interview 2

Effektivisering:

O: Kun i vores afdeling

I: men Cetrea er på hele sygehuset og på vej i alle afdelinger i hele Region Midt og vores sygehus har vi nu fået det implementeret på alle afdelinger så alle afdelinger hænger sammen

O: Vi flytter rundt med patienterne i systemet alt efter hvor de er i huset og vi kan lave et overblik og styre flowet mellem sygehusene og der kan vi lige se hvor mange patienter de andre har. Og så er vi startede på kapacitetsflow konference, hvor så også ved lidt om hvornår vi får flere pladser,

de havde lavet sådan nogle spaghetti-diagrammer, hvor man nøjagtig registrere hvor folk de går rundt så med det her kan vi tegne sådan nogle.

I: og gør det så det (nedbringer unødvendige forstyrrelser)

O: Ja det gør det, vi har lavet jeg tror det er mere vigtigt at der på hver patient er et billede af den sygeplejerske der har denne her patient og hun har et unikt telefonnummer som så skifter med hvor hun er øh det der med bilede og telefonnummer det tror jeg er vigtigere det der er et supplement som vi bruger til nå for.hun sidder lige her over, så sidder hun bag ved væggen i stedet for at ringe og eller også hun er på stuen med en patient så ringer vi ikke lige nu eller hun sidder i personalestuen så tager jeg lige en anden patient og tager den patient bagefter hvis altså ikke det haster

I: der ligger en hel masse implicit viden og kultur i det

O: Ja men det er jo ikke noget..det er jo ikke skrevet ned i en role of tracking...det handler om at give folk gode arbejdsbetingelser hvis de skal arbejde ordentligt og effektivt og minimer antallet af forstyrrelser og ta det tilfældige variation ud og så er det jo med til, men det er

. Jeg tror at løbende overvågning af medarbejderstrøm, det er vi sådan set ligeglade med, men jeg vil da gerne være med til feks hvor vi har lavet en ændret arbejdsgang her fra januar, hvor vi i stedet for at have 6 modtagesenge og 21 observationssenge, så har vi 27 modtage og observationssenge, så patienten i højere grad bliver modtaget på den plads, hvor han/hun bliver liggende indtil han/hun forlader afdelingen. Det betyder en omlægning af nogle faglige ting og nogen der var nødt til at lære noget mere, men det giver jo helt oplagt nogle fordele. Den samme plejeperson har patienten i længere tid, den samme person skal ikke

flyttes det vinder vi helt sikkert kvalitet ved, og vi vinder forlørne tænder, punge tasker og frakker og alt sådan noget. Folk mister alt for meget her, og det siger de. Det er skide godt det her, og det siger de fordi der er en større kvalitetsoplevelse af det, det er jeg helt sikker på at der også vil være mere bevægelse, altså vi må have afskaffet nogle bevægemønstre i dette here, og det kunne have været sjovt at have set på et spagettidiagram, så vi siger, godt nu tager vi den her uge og ser hvordan det har ændret sig i forhold til en uge fra sidste år. På den måde i projektsammenhæng ville det være en rigtig god ide.

Så på den måde og i øvrigt der er nogen ting hvor det ville være en kæmpe gevinst, meget større end det er i sådan en lille afdeling som vores. Sådan noget som hvor er kirugen henne?

O: Ja, hvis hele operationsholdet står og venter på et scop der ikke er blevet steriliseret

Og jeg kan ikke se hvorfor vi skulle ryge i problemer med personale i forhold til at tage apparatur. Tværtimod de siger at vi kan måske spare 20% af visse typer materialer. De siger at her på sygehuset så ender alle vores dråbetællere oppe i tårnet, fordi de bliver sat på sengene hernede og de kører med patienten op. Så engang imellem så kommer der en portør med 10 dråbetællere. Det er jo helt oplagt. Og hvor er den derseng, når vi endelig skal bruge den?

Privacy:

fordi det her er jo det har omfattende personalemæssige konsekvenser, men det var ikke sådan de tog det bare og så sagde folk kan man så også se når jeg er på lokum, nej det kan man ikke der har vi ikke sat det op, fint så kom bare med det

O: men der er den der start fase vigtig og så har jeg siden været og så har fællestillids repræsentanten for sygeplejerskerne selvfølgelig taget det her op øh i øh hovedsamarbejdsudvalget øh og man har drøftet det og det har været i det regionale samarbejdsudvalg øh vi har haft "Sygeplejersken" på besøg som har lavet interview og alle steder har vi sagt jamen der har ikke været nogle problemer her. Vi har haft regionens juridiske kontor på besøg fordi de også er bange for at regionen kommer til at gøre noget forkert, men det har så handlet om at vi har været nødt til at garantere at data ikke bliver gemt

O: de har ikke tænkt på det ikke tænkt på at de kunne blive nakket på det og det tror jeg man kan sige..og det er jo også dumt af mig at jeg ikke har tænkt på det for så kunne vi jo forbygge det....denne artikel(viser en artikel frem) er den første

sygeplejersken skrev og uanset er det jo meget sjovt at de i sygeplejersken vælger at lave denne morsomme tilgang til det i stedet for noget med at man bliver luret på, jeg siger også når jeg fortæller om det..så folk spørg altid kan man så også se når jeg går på toilettet? Nej det kan man ikke så kommer der bare til at stå som om du ikke er i afdelingen og hvis du går i personalestuen så står der Pers nedenunder og det er ikke fordi vi vil se hvor tit du drikker kaffe nej det er fordi vi ikke vil forstyrre dig når du drikker kaffe.

O: Ja det har jeg fordi jeg tænker det altså vi snakkede om det da vi indførte det, hvad så vil folk føle sig overvåget jaaa det kan da godt være at der er nogle der vil, men det er jo ikke hensigten og der skal være flere fordele end ulemper og jeg syntes altså at fordelene er så oplagte altså det helt evident for alle i denne her afdeling hvis vi kan nedbringe alle unødvendige forstyrrelser så får vi et bedre arbejdsmiljø

kan du fiks sige noget om privacy i forhold til jeres overvågning?

Ove: Ja...

I: Er man helt uden om det, når data ikke logges?

O: Nej det skal jeg ikke garantere at man er, men jeg vil sige at det har ikke været noget problem og ikke noget der har været bragt op til drøftelse her, men det tror jeg også sådan ledelsesmæssigt vil sige...privacy det har du i princippet ikke når du er på arbejde ..altså du er selvfølgelig en hel person og du er det du har med og sådan noget, men det er jo heller ikke sådan at du bare kan gå ud på rampen og ringe hjem det må man jo klare efter arbejde med mindre du involvere din leder og får den frihed du skal have..jeg tænker lige på det er faktisk sådan, de fleste af vores sygeplejersker de spiser faktisk deres mad oppe i personalestuen og er meget lidt ude for det område hvor man bliver tagget, mens lægerne har større tradition for at gå i kantinen og de fastansatte læger har et kontor der ligger uden for afdelingen. Når man er ude for afdelingen så bliver man ikke tagget så står der bare en streg og så sidder jeg lige og tænker på at der faktisk er en læge hvor jeg har undret mig over der står meget streg på hende..og det er ikke den observation alene men sammen med nogle andre ting der har gjort at jeg har været nød til at have en snak med hende, at hun er hurtig til at gå på kontoret nå hun har taget de 2. 4 patienter der er aftalt fra morgenstunden, fordi så skal hun være klar til at tage den næste. Så det har vi så haft en snak om..så egentlig har jeg i hvert tilfælde lagt mærke til noget det ikke er beregnet til, og det tror jeg, det kan I ikke det vil jeg altså helst ikke have at jeg bliver citeret for i rapporten, men kan sige der er ikke nogen systemer af den her slags det ikke kan bruges til andet end de er beregnet til – eller ikke vil blive brugt til andet end hvad de er beregnet til. Så hvid folk ikke har rent mel i posen, så risikerer de jo i større omfang at blive opdaget.

O: det sagde hun ikke noget til, for det sagde jeg ikke til hende. Jeg sagde overhovedet ikke, at jeg havde brugt det her. Nej, jeg så bare stregen, og når man ser en streg, så er det normalt fordi de er nede på deres kontor, såee når jeg reagerer så er det ikke så meget for det, for det skal de have lov til. Så er det fordi der var nogen der sagde: hvor er NN, hun er sørme svær at finde.

O: ja, men hvis der er en der sidder meget i frokoststuen, så ville det under alle omstændigheder blive opdaget i sådan en lille gruppe her. Hvis der er nogen der går ud og ryger ude på rampen, hvad de ikke må, så er bliver det også opdaget. Ikke fordi man kan se det på tavlen, men fordi de kommer ind og lugter af røg.

I: så på den måde er der ikke så meget nyt i det?

O: nej, det tror jeg ikke og det jeg selv siger her er faktisk det første jeg har hørt om det. Jeg har ikke hørt andre sige noget om det. Men selvfølgelig, når jeg kan tænke det her, så er der selvfølgelig også andre der tænker, hvor er NN, nå personalestuen – det var hun da også for en time siden.

I: den overvågning kommer også til at ligge i de fremtidige IT systemer. Hvornår logger du dig på, og hvor længe er du inde i dialogbilledet. Så det er jo big-brother

O: ja, vi går ikke ind og siger: nå, hvordan går det med at ordinere medicin, Jens – nej vi siger: hold kæft hvor er du lang tid om at ordinere medicin, Jens...Du er fyret...

Implementeringsstrategi:

O: Så det er også det, vi har gjort. Vi har så ikke bevidst skjult det der kunne være faren. Vi er sådan set selv begyndt at kigge på det før personalet, og det synes jeg faktisk er godt, ikke? Altså, jeg er ikke utilfreds med den måde vi har håndteret det her på.

I: og der indrømmer jeg da gerne at mange af de ting som vi har implementeret her på stedet det er ikke fordi vi har lagt en strategi det er mere tilfældigt.

I: Men når de nye supersygehuse skal bygges så arbejdes der med strategier

O: Ja og det er fint så kommer de ned og ser om det virker hernede hos os og så er der sikkert nogle andre ting hvor vi sikkert er håbløst bagud, men det er sådan by chance...det vil jeg da gerne indrømme..

O: det er faktisk sådan at det er ikke altid, vi har det ikke stående hvilket er en fejl, det er noget vi har tale om, i vores introduktion af nyt personale, det er noget vi skal huske at sige. Der står intet om det her, vi fortæller dem om det når vi viser tavlerne og hvis vi glemmer det så fortæller afdelingssygeplejersken når hun kommer med den de skal have i lommen...og så snakker vi om det og det samme med lægerne, så på den måde er det jo i forhold til at tale om strategier så er det jo ikke meget værd...

I: Det kunne godt være en strategi i det der, man ser fordelene før man får tanken om at man er overvåget

O: ja ja, men jeg ville gerne have det, når vi/ledelsen hver måned har de nyansatte så ville jeg egentlig godt lige fortælle om det og der er nogle ting som jeg kan tage højde for i den snak og det er ikke fordi og det er ikke fordi og fordelene er den og den så det ..det jeg er bange for er netop at det kommer til at virke som en strategi altså det er det værste der findes, altså hvis folk de lader være med at sige noget for at det så lettere glider ned senere det går ikke i nogen sammenhæng

O: det nåede vi slet ikke, nej det er bare ledelsestalent...hi hi

I: Er Plan, do, study act en form for strategi?

O: Ja det er det. Lad os prøve og se om det overhovedet virker, vi tester teknikken af, men medens vi tester teknikken af på nogle få kommer der nogle andre og siger det er interessant, skal vi ikke have det alle sammen?

O: 11 måske endda for tracking, det var slet ikke på til at starte med, det var en ide der er kommet senere. Og så har vi i øvrigt boxet helt vildt meget med teknologien, det kan vi lige vende tilbage til, men øh da vi så sagde ok lad os da prøve det, så startede vi på den måde at jeg fortalte altså jeg aftalte med lægerne at nu skulle vi prøve at teste det her fordi så kunne sygeplejerskerne bedre finde os og så var de fri for at ringe og forstyrre os så meget og så testede vi det – vi har rigtig meget øvet os på Plan, Do, Study, act

I: Kvalitetscirklen..?

O: ja jeg ved sku ikke hvad det er, det handler sådanset bare om at sige at mange ting kan man ikke planlægge sig ud af, vi prøver og skulle det nu ikke gå så godt trækker vi det tilbage igen og så justerer vi det og prøver igen øh så det var sådan et eksempel på det. Så var der så nogle sygeplejersker der sagde, det skal vi sku da også have det der.

I: Altså tracking delen af det?

O: Ja det skal vi sku da også have, det er rigtig smart og vi behøver ikke at ringe så meget. Så fik vi snakket om det uden overhovedet at lave det til et politisk projekt, vi

havde ikke talt om det, på det tidspunkt havde jeg overhovedet ikke kontaktet tillidsværket eller noget, de er først blevet aktiveret senere og også arbejdsorganisationen og det er i virkeligheden tror jeg formelt forkert fordi men det var ikke sådan de tog det bare og så sagde folk kan man så også se nå

r jeg er på lokum, nej det kan man ikke der har vi ikke sat det op, fint så kom bare med det

I. men så er det jo også en anden sag når de selv kommer og siger vi vil også have det

O: ja det var nemlig det og det var egentlig også bare for at beskrive den der implementering foregik uden at jeg havde tænkt det færdigt altså så er der refleksion med at sige læger dem kan man altid få til sådan noget øh og så det der med at sygeplejerskerne faktisk selv meldte sig ind, det var jo super.

Da vi startede med Cetreas tavler havde vi planlagt en 14 dages overgang/ pilot fase på den ene side havde vi et whiteboard og på den anden side havde vi tavlerne og så kørte vi dobbelt registrering og det var selvfølgelig også tungt, men allerede i slutningen af første dage var der nogle der sagde, det er altså meget nemt det her skal vi ikke droppe whiteboardet, vi skal nok stå for oplæring af de andre og så kører vi bare...

Bilag G - Meningskondensering Interview 1

Interview 1:

- *Hvem passer på dine data/ anvendelse af data politi, tyveri, smittesporing, effektivisering, benchmarking*
- *Vi er nød til at give dem noget for at de accepterer overvågning*
- *Modstand mod forandring*
- *Snyd, elevatormand*
- *Trojanske hest*
- *Mobilen bliver arbejdet godt ind i organisationen og først herefter skal medarbejderne vælge monitorering til*
- *Fremtiden er der tracking på alt*

Bilag H - Meningskondensering Interview 2

Interview 2:

- *Pålidelighed, teknologien er ikke moden*
- *Samarbejdsudvalgene/ tillidsfolk*
- *Medarbejderne ved/tænker ikke på hvad man kan anvende data til*
- *Ny ansatte præsentation af teknologien*
- *Forstyrrelser og arbejdsmiljø*
- *Der er ingen privacy når du er på arbejde*
- *Overvågning i pauserne*
- *Ændre arbejdsflow og arbejdsprocesser*
- *En sidder meget i kaffestuen, det bliver opdaget*
- *Dokumentation af snyd*
- *Kan manglende information være en strategi*
- *Ses meget på kontoret*
- *Toilet og privatliv*

Bilag I - Invitation workshop

*Kom til workshop og få indblik i fremtidens
overvågningsteknologier*



Kom til workshop den 23. eller 24. april 2014 sammen med Master studerende fra Ålborg Universitet Charlotte Engvad & Karen Heilmann. Vi afholder to workshops, og du kan vælge den dato der passer dig bedst.

På workshoppen præsenteres nogle af de monitoreringsteknologier som anvendes i dag og i fremtiden i sundhedssektoren.

Monitorering af sundhedsprofessionelle handler om opsamling af alle medarbejdernes fysiske bevægelighed på hele hospitalet. Data kan gemmes og analyseres bl.a. mhp. effektivisering af arbejdsflow og arbejdsgange – kan dit arbejde udføres hurtigere og mere effektivt?

Vi er interesseret i at undersøge sundhedsprofessionelles reaktioner og holdninger til denne automatiske overvågning – hvordan kan denne overvågning accepteres som en naturlig del af arbejdsdagen?

Vi har brug for dig og dine holdninger/ meninger om at blive monitoreret i din arbejdsdag.

Program Varighed ca. 1,5 time

Kaffe og kage



Præsentation af deltagere og formål projekt og workshop

Arbejdsmetode - Case fremstilling

Arbejde med cases i grupper

Afslutning og opsamling

Bilag J - Scenarie 1

Workshop 1

Velkommen og præsentation af deltager og workshoppens formål.

Der spises kage og drikkes kaffe=)

- ✓ Deltagerne præsenteres for ledelsens tilbud om en Iphone5 til alle medarbejdere – telefonen kan bruges privat og arbejdsrelateret, under gældende regler og retningslinjer for privat telefoni i arbejdstiden. Der informeres ligeledes om taletid, brug af data mm.
- ✓ Telefonen giver mulighed for adgang til:
 - VIP 2 go
 - Akut pædiatri
 - Mails
 - Kommunikation fra ledelsen
 - Vagtplaner
 - Promedicin.dk
 - mm.
- ✓ Deltagerne kan efterfølgende stille alle tænkelige spørgsmål!
- ✓ Deltagerne præsenteres for telefonens overvågningsmulighed og at ledelsen nu(efter 3-6 mdr.) vil tage denne funktion i brug. Ledelsen informerer om, at det er frivilligt om medarbejderne vælger at beholde telefonen og dermed accepterer overvågningen.
- ✓ Deltagerne bliver bedt om at tage stilling til om de ønsker at beholde telefonen.
- ✓ Deltagerne præsenteres for case 1a i plenum.

- ✓ Case 1a udleveres efterfølgende til alle deltagere, her fremgår de allerede præsenterede spørgsmål til casen.
- ✓ Efter gennemlæsning starter brainstormprocessen. Deltagerne arbejder i fællesskab med spørgsmålene og diskuterer umiddelbare følelser, tanker og meninger. Disse skrives ned i korte formuleringer på post-it's. Hver case har egen post-it farve.
- ✓ Herefter bliver deltagerne bedt om individuelt, at tage stilling til hvert enkelt udsagn; på hvilket niveau bliver deres individuelle grænse for privacy overskredet. Dette gøres ved, at hver deltager skriver alle de fremkommende udsagn på egne post-its og placerer dem i den tilhørende privacy-kasse med et interval løbende fra 0-3. 0 = ingen overskridelse af privacy og 3 = maximal overskridelse af privacy.

0 = Du føler på ingen eller ubetydelig overskridelse af din *Privacy*

1 = Du føler lidt, men acceptabel overskridelse af din *Privacy*

2 = Du føler moderat overskridelse af din *Privacy*

3 = Du føler maximal og uacceptabel overskridelse af din *Privacy*

- ✓ En lille opsamling i plenum sikre at deltagerne er "færdige" med den første case.
- ✓ Deltagerne præsenteres for case 1b og 1c på tilsvarende måde.
- ✓ Alle cases og scenarier gennemgås på ovenstående måde
- ✓ Workshoppen afrundes med refleksion og opsamling

Bilag K - Scenarie 2

Workshop 2

Velkommen og præsentation af deltager og workshoppens formål (definition af privacy og vores niveaudeling).

Der spises kage og kaffe

- ✓ Deltagerne præsenteres for den overvågningsteknologi som ledelsen har valgt at implementere på hospitalet. Præsentationen inkluderer de artefakter som er en del af teknologien og som medarbejderne kommer i direkte kontakt med i deres kliniske arbejde. Der anvendes Power point, film og billeder for at øge deltagernes forståelse af hvad denne overvågningsteknologi indeholder og indebærer.
- ✓ Overvågningsteknologien giver mulighed for adgang til viden om:
 - Lokalisering af mobilt udstyr
 - Lokalisering af kollegaer og samarbejdspartnere
 - Telefonnumre på kollegaer og samarbejdspartnere
 - Kommunikation (chat) mellem storskærme
 - Sammensætning af vagthold
 - Vigtig information
 - mm.
- ✓ Deltagerne kan efterfølgende stille alle tænkelige spørgsmål!
- ✓ Deltagerne præsenteres for ledelsen implementeringsstrategi i forhold til brugeruddannelse og anvendelse.
- ✓ Deltagerne kan efterfølgende stille alle tænkelige spørgsmål!
- ✓ Deltagerne bliver bedt om at tage stilling til om de ønsker denne overvågning.
- ✓ Deltagerne præsenteres for case 2a i plenum.
- ✓ Case 2a udleveres efterfølgende til alle deltagere, her fremgår de allerede præsenterede spørgsmål til casen.

- ✓ Efter gennemlæsning starter brainstormprocessen. Deltagerne arbejder i fællesskab med spørgsmålene og diskuterer umiddelbare følelser, tanker og meninger. Disse skrives ned i korte formuleringer på post-it's. Hver case har egen post-it farve.
- ✓ Herefter bliver deltagerne bedt om individuelt, at tage stilling til hvert enkelt udsagn; på hvilket niveau bliver deres individuelle grænse for privacy overskredet. Dette gøres ved, at hver deltager skriver alle de fremkommende udsagn på egne post-its og placerer dem i den tilhørende privacy-kasse med et interval løbende fra 0-3. 0 = ingen overskridelse af privacy og 3 = maximal overskridelse af privacy.

0 = Du føler på ingen eller ubetydelig overskridelse af din *Privacy*

1 = Du føler lidt, men acceptabel overskridelse af din *Privacy*

2 = Du føler moderat og delvis acceptabel overskridelse af din *Privacy*

3 = Du føler maximal og uacceptabel overskridelse af din *Privacy*

- ✓ En lille opsamling i plenum sikre at deltagerne er "færdig" med det første case.
- ✓ Deltagerne præsenteres for case 2b og 2c på tilsvarende måde.
- ✓ Alle cases gennemgås på ovenstående måde.
- ✓ Workshopen afrundes med refleksion og opsamling

Bilag L - Case 1

Case 1a: Effektivisering af arbejdsgange og arbejdsflow

Data om alle medarbejdernes fysiske bevægelighed gemmes og analyseres mhp. besparelser, effektivisering af arbejdsflow og arbejdsgange – kan dit arbejde gøres hurtigere og mere effektivt?

Dette betyder at alle bevægelser fysisk rundt på afdelingen og hospitalet registreres i en database. Disse data gemmes og kan tilgås og bruges til f.eks.

- Effektivisering: f.eks. vha. omplacering af udstyr
- Aktivitetsmåling – ændring af ressourcetilførsel, eksempelvis
 - personalets mødetider tilpasses afdelingens aktivitet
 - visse aktiviteter spredes ud over døgnet
 - travle perioder spredes, så udstyret udnyttes optimalt (ex MR-scanner)
- Varme- og ventilationsstyring
- Sammenligning af produktion og økonomi mellem afdelinger og hospitaler

Spørgsmål:

Hvad er dine umiddelbare tanker om at dine bevægelser på din arbejdsplads bliver registreret og gemt, og senere tilgået med det formål at effektivisere?

Har du nogen bekymringer i forhold til at din ledelse evt kan se, hvor du fysisk befinder dig i løbet af din arbejdsdag?

Kunne du forestille dig at du, i visse tilfælde, ville ændre adfærd? – hvornår og hvorfor? Er der noget du ville afholde dig fra at gøre eller noget du ville gøre mere af?

Vil du personligt have problemer med at informationer om dine bevægelser i arbejdstiden bliver brugt til effektivisering og evt omlægning af arbejdsrutiner? – hvis ja, hvorfor

Bilag M - Case 2

Case 1B: Samtale med din leder

Ved morgenmødet kontakter din leder dig, og spørger om I kan tale sammen i løbet af dagen. I aftaler at mødes kl 12.30.

Lederen indleder mødet med at fortælle dig, at på den monitorering hospitalet løbende registrerer om dine bevægelser, kan hun se at din tilstedeværelse i teamet varierer, således at der er dage, hvor du er mindre tilstede end andre dage.

Hun beder dig redegøre for årsagen til dit intermitterende fravær.

Spørgsmål:

Hvad er dine umiddelbare tanker om at dine bevægelser på din arbejdsplads bliver registreret og gemt, og senere brugt til at tjekke og kontrollere dig?

Har du nogen bekymringer i forhold til at din ledelse evt kan se, hvor du fysisk befinder dig i løbet af din arbejdsdag?

Kunne du forestille dig at du, i visse tilfælde, ville ændre adfærd? – hvornår og hvorfor? Er der noget du ville afholde dig fra at gøre eller noget du ville gøre mere af?

Vil du personligt have problemer med at informationer om dine bevægelser i arbejdstiden bliver brugt til effektivisering og evt omlægning af arbejdsrutiner? – hvis ja, hvorfor

Bilag N - Case 3

Case 1c: Tyveri på afdelingen

Hospitalet fortsætter monitoreringen af medarbejdere på alle afdelinger, som har patient kontakt og behandlingsansvar.

Til enhver tid kan de gemte informationer hentes frem!

Der har været flere tilfælde af tyveri fra patientstuer på afdelingen, og også personalets gavekasse er stjålet.

Din leder har kaldt udvalgte medarbejdere til samtale i forbindelse med tyverisagen og du er nervøs for om han/hun vil anvende den tilgængelige information om din færden i de områder, hvor tyveriet har fundet sted.

Der er en potentiel risiko for, at du bliver mistænkt for tyveri på baggrund af din tilstedeværelse hvor tyveriet er foregået, og derved opstår mulighed for, at du skal påvise, at du ikke har begået tyveri.

Spørgsmål:

Hvad er dine umiddelbare tanker om at ledelsen anvender overvågningsinformationen som en del af grundlaget for en anklage?

Hvad er dine tanker om, at du kan komme i en situation, hvor du skal påvise, at du ikke har begået tyveri – altså bevisbyrden er vendt: i stedet for anklager beviser skyld, skal du som anklaget bevise uskyld?

Hvad vil det betyde for dig at du bliver kaldt til samtale på grundlag af monitoreringen?

Hvad vil det betyde for dig at dine kolleger bliver kaldt til samtale på grundlag af monitoreringen?

Har du nogen bekymringer i forhold til at din ledelse kan se, hvor du fysisk har befundet dig i løbet af pågældende arbejdsdag?

Har du nogen bekymringer i forhold til at din ledelse kan se, hvor dine kolleger fysisk har befundet sig i løbet af pågældende arbejdsdag?

Kunne du forestille dig at du, med ovenstående viden om overvågning og eventuel brug af denne, i visse tilfælde, ville ændre adfærd? – hvornår og hvorfor? Er der ting du ikke ville gøre, eller ting du ville gøre mere af?

Bilag 0 - VAS scala, exempel



Bilag P - PowerPoint præsentation workshop 1

31/05/14

Workshop 1 Monitorering af medarbejdere på hospitalet

Big Brother
eller
Big Benefit?



Program – varighed ca. 1,5 time

- Kaffe og kage
- Præsentation
 - Deltagere
 - Workshoppens formål & forløb
- Fremstilling af cases
- Arbejde med cases i grupper
- Refleksion og afslutning

Formål & forløb

- Formål:
 - Empiri/viden fra praksis til vores Masterprojekt
 - Undersøge reaktioner og holdninger hos sundhedsprofessionelle når overvågning implementeres i sundhedssektoren

Vi vil gerne vide noget om....

- Din personlige mening/holdning om overvågning på arbejdspladsen
 - hvad kommer det til at betyde for dig og din arbejdsdag.....?

Introduktion til case

- Hospitalsledelsen indfører fri telefon for alle medarbejdere
 - Smartphone til alle medarbejdere som led i et ønske om at digitalisere alle arbejdsgange



Introduktion til case

- Telefonen giver mulighed for adgang til:
 - VIP 2 go
 - Akut pædiatri
 - Mails
 - Kommunikation fra ledelsen
 - Vagtplaner
 - Promedicindk
 - mm.

Regler og retningslinjer

- Beskatning af fri telefon
- Nærmeste leder har pligt til at føre kontrol

- Du kan læse mere om [beskatning af fri telefon på Skats hjemmeside](#).

Alle spørgsmål er velkommen



Efter 3-6 måneder

- Alle medarbejdere informeres om telefonens overvågningsmulighed
 - Signaler fra telefon opsamles
- Ledelsen vil nu tage denne funktion i brug.
- Ledelsen informerer om, at det er frivilligt om medarbejderne vælger at beholde telefonen og dermed acceptere overvågningen
- Ønsker du at beholde telefonen?

Gruppearbejde med case

- Brainstorm
- Arbejder i fællesskab med spørgsmålene i casen og diskuterer umiddelbare følelser, tanker og meninger
- Formulerer i fællesskab alle udsagn på Post-it's. (Hver case har egen Post-it farve)
- Gruppens Post-its placeres på bordet til senere brug

Gennemgang af case 1A

- Effektivisering af arbejdsgange og arbejdsflow

Gennemgang af case 1B

- Samtale med leder

Gennemgang af case 1C

- Omvendt bevisbyrde

Privacy

- Dansk oversættes til "privatlivets fred"
- Definition: "hvert enkelt menneskes krav på selv at bestemme hvilke oplysninger om sig selv, der kan indhentes eller offentliggøres af andre"
Alan Furman Vestin's [1967]
- En værdi der skal beskyttes for at styrke tillid og tryghed blandt mennesker. Beskyttelse af privacy sættes også lig at beskytte menneskelig værdighed

Privacy-niveau

- Tage stilling til på hvilket niveau din individuelle grænse for *privacy* bliver overskredet
 - hver deltager skriver alle de fremkomne udsagn på egne Post-it's
 - Hvert udsagn placeres i den kasse der svarer til personlige niveau for overskridelse af *privacy*

Privacy-niveauer



Privacy

0 = Du føler på ingen måde, overskridelse af din *Privacy*

1 = Du føler lidt, men acceptabel overskridelse af din *Privacy*

Privacy

2 = Du føler moderat, men acceptabel overskridelse af din *Privacy*

3 = Du føler maximal og uacceptabel overskridelse af din *Privacy*

Bilag Q - PowerPoint præsentation workshop 2

31/05/14

Workshop 2 Tacking og tracking af medarbejdere på hospitalet

Big Brother
eller
Big Benefit?



Program – varighed ca. 1,5 time

- Kaffe og kage
- Præsentation
 - Deltagere
 - Workshoppens formål & forløb
- Introduktion til teknologi
- Fremstilling af cases
- Arbejde med cases i grupper
- Refleksion og afslutning

1

Formål & forløb

- Formål:
 - Empiri/viden fra praksis til vores Masterprojekt
 - Undersøge reaktioner og holdninger hos sundhedsprofessionelle når overvågning implementeres i sundhedssektoren

Vi vil gerne vide noget om....

- Din personlige mening/holdning om overvågning på arbejdspladsen
 - hvad kommer det til at betyde for dig og din arbejdsdag.....?

Introduktion til overvågningsteknologi

- Her og nu data:
 - Vagthold
 - Telefonnummer
 - Billeder
 - Lokalisation af dig og dine kollegaer

Introduktion til overvågningsteknologi

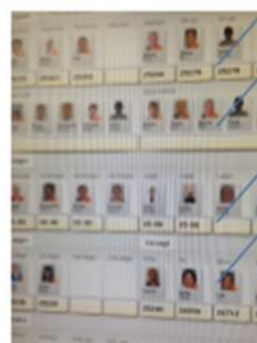
- Dataopsamling
 - Data gemmes og analyseres
 - Effektivisering
 - Besparelser
 - Kan til en hver tid hentes frem

Teknologi

Væghængt
device



Bæres i
lommen



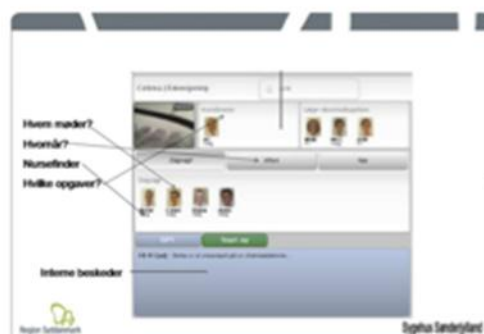
Telefon
nummer

Aktuel location

Mødetid

Billede

Overblikstavler



Overblikstavler



Alle spørgsmål er velkommen



Gruppearbejde med case

- Brainstorm
- Arbejder i fællesskab med spørgsmålene i casen og diskuterer umiddelbare følelser, tanker og meninger
- Formulerer i fællesskab alle udsagn på Post-it's. (Hver case har egen Post-it farve)
- Gruppens Post-its placeres på bordet til senere brug

Gennemgang af case 2A

- Effektivisering af arbejdsgange og arbejdsflow

Privacy

- Dansk oversættes til "privatlivets fred"
- Definition: "hvert enkelt menneskes krav på selv at bestemme hvilke oplysninger om sig selv, der kan indhentes eller offentliggøres af andre"
Alan Furman Vestin's (1967)
- En værdi der skal beskyttes for at styrke tillid og tryghed blandt mennesker. Beskyttelse af privacy sættes også lig at beskytte menneskelig værdighed

Privacy-niveau

- Tage stilling til på hvilket niveau din individuelle grænse for *privacy* bliver overskredet
 - hver deltager skriver alle de fremkomne udsagn på egne Post-it's
 - Hvert udsagn placeres i den kasse der svarer til personlige niveau for overskridelse af *privacy*

Privacy-niveauer



Privacy

- 0** = Du føler på ingen måde, overskridelse af din *Privacy*
- 1** = Du føler lidt, men acceptabel overskridelse af din *Privacy*
- 2** = Du føler moderat og acceptabel overskridelse af din *Privacy*
- 3** = Du føler maximal og uacceptabel overskridelse af din *Privacy*

Gennemgang af case 2B

- Samtale med leder

Gennemgang af case 2C

- Omvendt bevisbyrde

Bilag R - Renskrevet udsagn Workshop 1

Renskrivning udsagn workshop 1	Case 1	Case 2	Case 3
Niveauekasse 0	3 Præcist formål og resultat 2 Bevidstgørelse af adfærd til optimering af arbejdsgange 4 Ledelsen kan se hvor jeg er 4 Ændre adfærd 3 Registrering af bevægelser på arbejdspladsen 4 Smart effektivisering	3 Anerkendelse 1 Synliggørelse af toiletbesøg 1 Adfærdsændring	3 Medvirke til opklaring 3 Præventiv virkning
Niveauekasse 1	2 Bevidstgørelse af adfærd til optimering af arbejdsgange 1 Smart effektivisering 1 Præcist formål og resultat 1 Registrering af bevægelser	3 Synliggøre ineffektiv kollega 2 Mårrette indsats fra ledelsen 2 Adfærdsændring 2 Synliggørelse af ikke at lave det der forventes	

Niveauekasse 2	1 Varighed af pauser 1 Formål at spare sygeplejersker 4 Jeg havde lavet mit arbejde(samtale med leder) 2 Måltrettet indsats fra ledelsen 1 Synliggørelse af jeg laver ikke det der forventes 1 Synliggørelse af jeg laver ikke det der forventes 1 Adfærdsændring 1 Synliggørelsen af ineffektiv kollega 1 Anderkendelse	Synliggørelse af af jeg laver ikke det der forventes	2 Ført bag lyset 2 Generel mistillid 1 Mistænkeliggørelse af mig
Niveauekasse 3	3 Varighed af pauser 2 Formål at spare sygeplejersker	4 Mistillid til min evne til at prioritere min tid 1 Synliggørelse af at jeg laver ikke det der forventes 4 Data misbruges 3 Synliggørelse af toilet besøg	3 Uretmæssig anklage 1 Ført bag lyset 1 Generel mistillid 2 Mistænkeliggørelse af mig

Bilag S - Renskrevet udsagn Workshop 2

Renskrivning udsagn workshop 2	Case 1	Case 2	Case 3
Niveauekasse 0	3 Planlægning af forstyrrelse af andre 4 Skaber tryghed 4 Leder efter hinanden 1 Toiletbesøg 1 Stressfaktor	1 Renset for mistanke	
Niveauekasse 1	2 Toiletbesøg 1 Forkorte pauser 1 Planlægning af forstyrrelser af andre 1 Man bliver nødt til at lave mere på stille vagter	2 Ændre adfærd 2 begrænser spontan udfoldelse af faglighed	3 Forandre inter kollegiale forhold 2 Potentiel ændret forhold til leder
Niveauekasse 2	1 For korte pauser 1 Man bliver nødt til at lave mere på	2 Mistænkeliggørelse 2 Mistillid 2 Begrænse spontan	3 Mistænkeliggørelse 1 Forandre inter kollegialt forhold

	stille vagter 	udfoldelse af faglighed 1 Ændre adfærd 1 Sladrehank	3 Rense for mistanke 2 Potentielt ændret forhold til leder
Niveaueksempel 3	2 Forkorte pauser 1 Toiletbesøg 3 Stressfaktor 2 Man bliver nødt til at lave mere på stille vagter	3 Sladrehank 2 Mistillid 2 Mistænkeliggørelse 1 Ændre adfærd	4 Falsk anklage 1 Mistænkeliggørelse

Bilag T - Renskrevet affinitetsdiagram Workshop 1

Affinitetsdiagram - Workshop 1		
Anvendelse til angreb på personlighed	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Generel mistillid 7p Uretmæssig anklage 9p Ført bag lyset 7p Mistænkeliggørelse af mig 8p Data misbruges 12p Mistillid til min evne til at prioritere min tid 12p Jeg havde lavet mit arbejde(samtale med leder) 8p	Præventiv virkning 0p Synliggørelse af toiletbesøg 9p Varighed af pauser 11p Ændre adfærd 4p Synliggørelse af ikke at lave det det der forventes 15 p Ledelsen kan se hvor jeg er 0p	Mårrette indsats fra ledelsen 6p Præcist formål og resultat 1p Bevidstgørelse af adfærd til optimering af arbejdsgange 2p Smart effektivisering 1p Synligøre ineffektiv kollega 5p Formål at spare sygeplejersker 8p Anerkendelse 2p Medvirke til opklaring 0p
Gul 8 point Blå 24 point Pink 31 point 63 point	Gul 11 point Blå 28 point Pink 0 point 39 point	Gul 18 point Blå 7 point Pink 0 point 25 point

For hvert udsagn i privacy kasse 0 gives 0 point

For hvert udsagn i privacy kasse 1 gives 1 Point

For hvert udsagn i privacy kasse 2 gives 2 point

For hvert udsagn i privacy kasse 3 gives 3 point

Et udsagns point ganges med det antal gange det forekommer i kassen

Bilag U - Renskrevet affinitetsdiagram Workshop 2

Affinitetsdiagram – Workshop 2		
Personligt	Adfærdsændring	Præcist formål og resultat
Stressfaktor 9 point Sladrehank 11 point Falsk anklage 12 point Mistænkeliggørelse 10 point Mistænkeliggørelse 9 point Mistillid 10 point Skaber tryk 0 point	Begrænser spontan udfoldelse af faglighed 6 point Forandre interkollegiale forhold 5 point Potentielt ændret forhold til leder 6 point Ændre adfærd 7 point Forkorte pauser 9 point Toiletbesøg 5 point Man bliver nødt til at lave mere på stille vagter 9 point	Planlægning af forstyrrelser af andre 1 point Renset for mistanke 6 point Leder efter hinanden 0 point
Gul point 9 Blå point 10 Pink point 42 Point 61	Gul point 23 Blå point 11 Pink point 13 Point 37	Gul point 1 Blå point 6 Pink point 0 Point 7

For hvert udsagn i privacy kasse 0 gives 0 point

For hvert udsagn i privacy kasse 1 gives 1 Point

For hvert udsagn i privacy kasse 2 gives 2 point

For hvert udsagn i privacy kasse 3 gives 3 point

Et udsagns point ganges med det antal gange det forekommer i kassen