


STANDARD FORSIDE TIL EKSAMENSOPGAVER

Fortrolig

Ikke fortrolig

Prøvens form (sæt kryds)	Projekt	Synopsis	Portfolio	Speciale X	Skriftlig hjem- meopgave
-----------------------------	---------	----------	-----------	----------------------	-----------------------------

Uddannelsens navn	It, Læring og Organisatorisk Omstilling	
Semester	10. semester	
Prøvens navn/modul (i studieordningen)	Kandidatspeciale	
Gruppenummer	Studienummer	Underskrift
Navn Iren Martirosyan* *Jeg er blevet gift d. 22/7 og ændret navn til Irina Martirosyan Danesh	20125569	
Afleveringsdato	31. juli 2017	
Speciale-titel	Sundhedsplatformen	
I henhold til studieordningen må opgaven i alt maks. fylde antal tegn	192.000	
Den afleverede opgave fylder (antal tegn med mellemrum i den afleverede opgave) (indholdsfortegnelse, litteraturliste og bilag medregnes ikke)	144.042	
Vejleder (projekt/synopsis/speciale)	Lars Birch Andreasen	

Jeg/vi bekræfter hermed, at dette er mit/vores originale arbejde, og at jeg/vi alene er ansvarlig for indholdet. Alle anvendte referencer er tydeligt anført. Jeg/vi er informeret om, at plagiering ikke er lovligt og medfører sanktioner. Regler om disciplinære foranstaltninger over for studerende ved Aalborg Universitet (plagiatregler): <http://www.plagiat.aau.dk/regler/>

English Summary

This master thesis concerns a study of a new IT healthcare system, known as *Sundhedsplatform*, which is currently being implemented among the public hospitals in two Danish regions, in the Capital Region of Denmark and in Region Zealand. This study focuses on the healthcare personnel's experience and their practical use of Sundhedsplatform. The healthcare personnel in this study includes nurses, doctors, secretaries, social- and healthcare assistants and students. In addition, this study also gathers opinions of other informants, such as consultant from a Danish Nursing Council (Dansk Sygeplejeråd), Sundhedsplatform's Implementation Consultants and Sundhedsplatform's Application Manager. Therefore, this study examines and analyzes the different challenges, that occur in practice while using the IT-system. It also investigates to what extent there is a need to modify or customize the Sundhedsplatform in order to optimize the healthcare personnel's workflows.

This study is investigated methodologically through qualitative research, that consists participant field observations across five different hospital departments and through interviews with five informants. The combination of participant field observations and interviews has enabled to explore a nuanced insight of the IT-systems implementation process across the healthcare personnel's different working practices. Moreover, the investigation is conducted theoretically based on an Actor-network theory (ANT) approach as well as on Etienne Wenger's communities of practice approach. The Actor-network theory is used as a theoretical tool for mapping the network and identifying the current actors located in the field. In addition, I have chosen to combine ANT with Wenger's theoretical approach to pinpoint which communities of practice, the healthcare personnel interact in and to study their negotiation processes in the communities. The combination of both theories enables a deeper study of Sundhedsplatform's implementation and the healthcare personnel's use of the IT-system across the various actor-networks and communities of practice in which the personnel interacts among.

Finally, the analytical results have displayed various challenges which the healthcare personnel experiences with the Sundhedsplatform, such as the lack of usability and consistency, the technical system challenges, the lack of introduction training, that has a dominant influence and impact for the personnel's adaption to the new IT-system. In addition to this, the master thesis concludes that currently there is a great need to adjust and modify the Sundhedsplatform, since these challenges are preventing the healthcare personnel from carrying on with their regular working procedures. Therefore, there is a need for further adjustments, so that the healthcare personnel's workflow can be optimized.

Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Indledning	4
Problemformulering	5
Behovet for et nyt sundhedssystem (State of the art).....	6
Teoretiske tilgange.....	11
Aktør-netværksteori	12
Netværk	14
Aktør	14
Translation	15
Praksisfællesskabsteori	16
Meningsforhandling.....	17
Gensidigt engagement.....	18
Fælles virksomhed	19
Fælles repertoire.....	19
Grænse.....	20
Metodisk tilgang.....	21
Etablering af kontakt og valg af informanter	21
Deltagende observationer.....	23
Feltrolle og påvirkning af felten som deltagende observatør	24
Dataindsamlingsmetoder under observationsstudierne.....	26
Semistrukturerede interviews.....	28
Valg af interviewinformanter	29
Udførelsen af interviewene	29
Transskribering	29
Metode til analyse.....	30
Analyse af udfordringerne	31
Manglende brugervenlighed	31
Manglende ensartethed	34
Systemtekniske udfordringer	36
Sundhedsplatformens mobile applikation "Rover"	39
Sundhedsplatformens "Opgaveliste"	42
Opsummering af udfordringerne	44

Diskussion.....	45
Undervisningsproces	45
Tilvænningsproces.....	48
Konklusion.....	51
Bilag.....	53
Litteraturliste.....	54

Forord

Nærværende speciale drejer sig om en undersøgelse af et nyt it- og sundhedssystem, i offentligheden kendt som Sundhedsplatformen. Sundhedsplatformen er i øjeblikket ved at blive implementeret på offentlige hospitaler og sygehuse i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Denne undersøgelse koncentrerer sig om sundhedspersonalets oplevelse og praktiske anvendelse af Sundhedsplatformen. I nærværende speciale består sundhedspersonalet af sygeplejersker, læger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejerskestuderende og sekretærer. Denne undersøgelse er udarbejdet i perioden fra februar 2017 til juli 2017. Baggrunden for, at jeg har valgt at lave denne undersøgelse, er min tiltagende og personlige interesse for sundhedspersonalets anvendelse af it-systemer på de danske hospitaler. Jeg har således tidligere beskæftiget mig med to undersøgelser i løbet af min Teknoantropologi bacheloruddannelse, som begge handlede om sundhedspersonalets brug af de daværende it-systemer. Det drejer sig om to semesterprojekter *“Early Warning Score - Udfordringer i praksis”* og *“Deltagende observation i teknologikulturer - Interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle & it-systemerne på afdeling X”* (Martirosyan, Ghiouane, & Steenhold, 2014 og 2015), hvor jeg sammen med to andre medstuderende undersøgte den praktiske brug af de daværende it-systemer ved at følge og observere sundhedspersonalets arbejdsgange. Disse undersøgelser gav mig en dybdegående indsigt i nogle af de problematikker og udfordringer, som sundhedspersonalet oplevede. Disse problemer og udfordringer bestod blandt andet af: langsomme it-systemer, driftsforstyrrelser, dobbeltregistrering, systemsvigt og manglende kommunikation mellem de separate it-systemer (Martirosyan, Ghiouane, & Steenhold, 2014 og 2015). På baggrund af disse projekter og min tidligere erfaring ønsker jeg derfor at undersøge, om Sundhedsplatformen har imødegået disse problematikker, eller om der stadig er brug for forbedringer, der kan optimere sundhedspersonalets arbejdsgange, både for at lette deres arbejdsgange, men også for at kunne yde patienterne de mest effektive og optimale behandlingsforløb.

Derudover vil jeg gerne benytte dette forord til at takke alle dem, der har medvirket og hjulpet under udarbejdelsen af dette speciale. Jeg vil først og fremmest takke de medvirkende informanter fra forskellige hospitalsafdelinger i Region Sjælland og Region Hovedstaden for deres imødekommenhed. På trods af den ekstraordinære travle tid, som personalet pt er underlagt på grund af implementeringen af Sundhedsplatformen, har de givet sig tid til at berige denne specialeundersøgelse med mangfoldige og nutidsrelevante aspekter af Sundhedsplatformen. Dernæst vil jeg takke sygeplejerskernes fagforening Dansk Sygeplejeråd (DSR) for deres interesse og lyst til at bidrage med deres særlige synspunkter og oplevelser af Sundhedsplatformen. Herudover vil jeg takke Center for It, Medico og Telefoni (CIMT) for deres samarbejdsvillighed i forbindelse med at etablere kontakt til potentielle informanter. Sidst, men ikke mindst, vil jeg takke min dygtige vejleder Lars Birch Andreasen for hans entusiasme, interesse og engagement under udarbejdelsen af dette speciale samt for hans inspirerende rådgivning. Uden alle disse medvirkende parter havde det ikke været muligt at udarbejde nøjagtig denne ønskværdige undersøgelse vedrørende Sundhedsplatformen.

Indledning

Region Sjælland og Region Hovedstaden har dannet et fælles regionalt samarbejde, der blandt andet omfatter indførelsen af et nyt digitalt sundhedssystem kaldet Sundhedsplatformen, der indtil udgangen af 2017 implementeres på alle offentlige hospitaler på tværs af regionerne:

“Sundhedsplatformen er en ny digital løsning, der samler alle informationer om patienten i én elektronisk journal. Der er tale om Danmarks største sundheds-it-projekt, der moderniserer hospitalernes it, forenkler arbejdsgange og samler informationer for patienter ét sted” (Læger, s.d.).

Sundhedsplatformen erstatter de forhenværende it-systemer, som var forældet og usammenhængende (Region Hovedstaden, 2016). Sundhedsplatformen er en ny fremgangsmåde, der forventes at modernisere, systematisere og effektivisere det praktiske samt det organisatoriske arbejde i hospitalsvæsenet på tværs af begge regioner. Formålet med indførelsen af Sundhedsplatformen er blandt andet at minimere sundhedspersonalets dobbeltarbejde med at dokumentere i forskellige usammenhængende it-systemer samt at tilbyde patienterne større patientsikkerhed og sammenhængende behandlingsforløb (Region Hovedstaden, 2016). Hensigten er endvidere, at sundhedspersonalet kan fokusere mere på patienterne, da implementeringen af Sundhedsplatformen medvirker til, at personalet *kun* skal logge ind på ét it-system (Region Hovedstaden, 2016). Derudover har patienterne også mulighed for selv at følge med i deres behandlingsforløb, hvor de blandt andet selv kan læse svar på prøver og komme i kontakt med sundhedspersonalet ved at logge ind på Min Sundhedsplatform (Region Hovedstaden, 2016).

Softwaresystemet bag Sundhedsplatformen er baseret på Epic Electronic Health Record System, der er et gennemprøvet it-sundhedssystem, som er udviklet af den amerikanske softwareleverandør Epic, og som anvendes globalt på talrige hospitaler (Epic, s.d.). Epic er en af de førende softwareleverandører på markedet indenfor udvikling og implementering af sundheds-it-løsninger. De leverer skræddersyede og tilpassede sundheds-it-løsninger til mere end 1.100 hospitaler på verdensplan (Region Hovedstaden, 2016). Softwareleverandøren Epic udvikler en række sundhedssoftwareløsninger med henblik på at effektivisere sundhedsvæsenet samtidig med, at de arbejder ud fra at have patienten i centrum: *“Build software that reduces screen time and increases face time (...) Improve workflows through a user-centric approach (...) Learn and understand our users' needs through immersion and observation”* (Epic, s.d.). Siden 2014, hvor beslutningen om implementeringen af Sundhedsplatformen blev vedtaget, har talrige it-specialister, klinikere, projektledere og andre personalegrupper fra hospitaler været med til at tilpasse og skræddersy Sundhedsplatformen til de danske hospitaler.

I forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen skal de forskellige personalegrupper uddannes i anvendelsen af systemet. Uddannelsens længde varierer efter, hvilken fagspecifik baggrund den enkelte person har (Region Hovedstaden, 2016). Uddannelsen tilrettelægges med henblik på de forskellige personalegrupper, som sundhedspersonalet hører til, og består af e-læring og undervisningskurser, hvor sundhedspersonalet har mulighed for at øve sig i et tilsvarende system som Sundhedsplatformens system ved navn *SP-træningsmiljø* (Region Hovedstaden, 2016).

Indførelsen af et nyt it-system på de danske hospitaler medfører en omfattende omstilling af sundhedspersonalets arbejdsgange, da personalet skal lære at anvende og stifte bekendtskab med et helt nyt system på relativ kort tid. Samtidig skal kvaliteten af patientbehandlingen opretholdes. Region Hovedstaden er bevidst omkring dette, idet de blandt andet udtrykker:

”Det kræver, at personalet yder en ekstraordinær indsats i en periode, og den krævende omstillingsproces kan skabe frustrationer blandt personalet. (...) Systemet er indført med succes i både USA og Europa. Erfaringerne viser, at især de tre første måneder er krævende, når et hospital tager Sundhedsplatformen i brug, fordi medarbejderne skal udføre arbejdsopgaverne på nye måder. Det tager ofte et år, før alle ansatte kender systemet ud og ind, og alle muligheder udnyttes fuldt ud” (Region Hovedstaden, 2016).

I ovenstående citat sættes der fokus på, at implementeringsprocessen ved indførelsen af Sundhedsplatformen kan være omfattende, udfordrende og langsommelig, før sundhedspersonalet kan få gavn af systemet og alle de fordele, den forventes at medføre. Disse aspekter vil blive undersøgt nærmere i dette speciale, hvilket leder frem til følgende problemformulering:

Problemformulering

Hvad er sundhedspersonalets udfordringer i praksis ved anvendelsen af Sundhedsplatformen, og i hvilket omfang er der behov for tilpasning af Sundhedsplatformen med henblik på at optimere sundhedspersonalets arbejdsgange?

Behovet for et nyt sundhedssystem (State of the art)

For at redegøre for Region Hovedstadens og Region Sjællands beslutning om at indføre et nyt it-sundhedssystem vil jeg benytte dette *State of the Art* afsnit til både at forklare, hvad begrundelserne er for et nyt sundhedssystem på de offentlige hospitaler, og til at redegøre for hvilken litteratur og hvilke meninger, der hidtil er offentliggjort om Sundhedsplatformen i Danmark. I forbindelse med beskrivelsen af dette, benytter jeg adskillige søgemetoder til at finde litteratur om emnet. Disse metoder indebærer kædesøgning, systematisk søgning og bevidst tilfældig søgning på diverse søgeord på tværs af forskellige databaser såsom Aalborg Universitetsbibliotek, Google, ProQuest, Google Scholar og Bibliotek.dk.

I forbindelse med en udtømmelig litteratursøgning af Sundhedsplatformen har det vist sig, at der endnu ikke er blevet foretaget større videnskabelige undersøgelser af Sundhedsplatformen eller dens anvendelse efter implementeringen i Danmark. Dette kan til dels skyldes, at Sundhedsplatformen kun for ganske nyligt er blevet indført på tværs af de danske hospitaler. Det kan også skyldes, at Epics mange sundhedssystemer på det globale plan har forskellige systemnavne alt afhængig af, hvilket land eller hospital der har valgt at indføre Epics sundhedssystem. Størstedelen af hospitalerne i USA vælger at bibeholde navnet Epic Electronic Health Record System, hvilket er i modsætning til Danmark, hvor sundhedssystemet har fået navnet Sundhedsplatformen. Dette blev tydeliggjort gennem en mailkorrespondance jeg har haft med en teknisk kundekonsulent fra Epic: *"Every organization (in the US or outside it) has the ability to change the name of our software, if they want. However, most organization (both in the US and outside it) don't change the name. So, for most organizations, it should still be Epic Electronic Health Record System or just Epic"* (Bilag 1 – Mailkorrespondance med Epic). Efter denne underretning foretog jeg en litteratursøgning af Epics sundhedssystem på det globale plan for at få en dybere indsigt i sundhedssystemet. Dette resulterede i, at jeg fandt frem til en række forskellige offentliggjorte videnskabelige undersøgelser.

I Danmark har systematisk journalisering i sundhedsvæsenet eksisteret siden 1700-tallet. Det var dog først i løbet af 1970'erne, at den første elektroniske patientjournal udkom, hvor det var muligt at dokumentere patienternes helbredstilstand og stamoplysninger (Hunniche & Olesen, 2014). I takt med det voksende behov for digitalisering og dokumentation for flere forskellige oplysninger i den elektroniske patientjournal blev diverse systemer løbende udviklet. Behovet for et nyt sundhedssystem i Region Sjælland og Region Hovedstaden har været efterspurgt og tiltrængt i mange år. De daværende it-systemer var gamle, usammenhængende, langsomme, præget af en besværlig brugerflade og kunne ikke opfylde sundhedspersonalets behov til fulde (Region Hovedstaden, 2016). Det er blandt andet disse aspekter, som Sundhedsplatformen har til hensigt at erstatte og rette op på, hvilket fremgår af det følgende citat:

"SP erstatter en masse gamle systemer, som lægerne i årevis har været frustrerede over. (..) Log-in-tider, under hvilke man bed sig i knoerne af frustration, efterfulgt af følelsen af afmagt og raseri, når programmet efter kort tid enten 'laggede' eller gik ned, hvorefter man kunne starte forfra. Når det endelig kørte, gik det ofte langsomt, og brugerfladen var besværlig. (..) Søgefunktioner var stort set ikke eksisterende, så det kunne kræve gennemsyn af uendelige mængder af notater for at få en idé om, hvad patienten egentlig fejlede, og hvorfor han var kommet. (..) Når en patient var i fuld narkose, blev alt dokumenteret på papir med håndskrift og efterfølgende manuelt skannet ind. Der var ikke indbygget nogen sikkerhed for, at ordinationer blev fulgt og prøvesvar set" (Lind et al., 2017).

Sundhedsplatformen har medført en del omtale i de danske medier, fordi Sundhedsplatformen har påvirket talrige aktører og dermed deres arbejdsfunktioner. Selvom forhåbningerne ved indførelsen af Sundhedsplatformen var positive og høje, blandt andet fordi Epics sundhedssystem er det mest udbredte og gennemførte sundhedssystem i USA, har en så gevaldig it-omlægning i Danmark medført en del kritik. I forlængelse af dette kan Sundhedsplatformen karakteriseres som: *"SP er ikke bare et it-system. Det er også en anden måde at arbejde på for læger og sygeplejersker"* (Lind et al., 2017). Derudover er undervisningen i Sundhedsplatformen af sundhedspersonalet et af de mange områder, der har været præget af negativ omtale, da Sundhedsplatformen ikke var færdigudbygget før, sundhedspersonalet blev undervist i systemet:

"Undervisning, som var præget af, at man dybest set havde dårligt overblik over systemet, som var under fortsat opbygning. Det betød, at de læringsmiljøer, personalet kunne træne i, ændrede sig konstant og ikke afspejlede det færdige system. Vi forstod grundlæggende ikke systemet før implementeringen og havde dermed begrænset rum for forberedelse" (Lind et al., 2017).

Når et nyt og gennemprøvet sundhedssystem indføres, plejer man som regel at have store forventninger, men når det allerede *fejler* i begyndelsen i forbindelse med undervisningen, kan det medføre nogle forkerte signaler, hvilket dermed kan ændre sundhedspersonalets opfattelse og lysten til tilvænningen til systemet fremover forsvinder. Derudover mener professor Jørgen Bansler, fra Datalogisk Institut, at indførelsen af et amerikansk sundhedssystem i Danmark har været risikofyldt:

"(..) fordi man har valgt et amerikansk system - et system, der er udviklet til et sundhedsvæsen, der er helt anderledes skruet sammen end det danske (..) Det danske sundhedsvæsen er meget anderledes organiseret, styret, ledet og finansieret, så derfor arbejder vi på en anden måde her. Selv om teknologien måske grundlæggende er god nok, så er der ingen der siger, at den passer til det danske sundhedsvæsen" (Bansler, 2016).

Jørgen Bansler stiller spørgsmålstejn ved regionernes valg af et amerikansk sundhedssystem, fordi sundhedsvæsenet i USA og i Danmark adskiller sig på flere forskellige arbejdsområder, hvilket kan være en forklaring på de mange problemer, der løbende er opstået med Sundhedsplatformen i Danmark. Det er dog ikke kun selve it-systemet, som kritikken retter sig mod, en del af kritikken omhandler også sundhedspersonalets ændrede arbejdsfunktioner. Den største ændring af arbejdsgange sket hos lægerne, hvilket fremhæves i det følgende af Michael Vestergaard, der er chef for Klinik for Plastikkirurgi, Brystkirurgi og Brandsårsbehandling på Rigshospitalet: *"Man har lagt en ny arbejdsfunktion ind til lægerne i ambulatoriet. Den forsvinder ikke, ligegyldigt hvor smart systemet er. Den går ikke væk (..) Vi kan ikke nå at få det samme antal patienter igennem som før"* (Vestergaard, 2017). Michael Vestergaard understreger, at lægerne har fået lagt en ny arbejdsfunktion ind i ambulatoriet, der forårsager at lægerne ikke kan nå at tilse det samme antal patienter, som før Sundhedsplatformen. Dette er blandt andet sket på grund af nedlæggelsen af lægesekretærstillingen, der blev vedtaget i forbindelse med indførelsen af Sundhedsplatformen. Det har medført en række ekstra sekretæropgaver for lægerne, fordi lægerne selv skal foretage bestilling af prøver og selv stå for al dokumentering, hvor det førhen var lægesekretærernes opgaver, hvilket pointeres af Michael Vestergaards kollega Hans Stimpel i det følgende: *"Lægernes tidsforbrug er blevet højere, fordi de selv skal løse opgaver, som før blev varetaget af sekretærer eller sygeplejersker. I stedet for at diktere skal de selv skrive ind i journalen, og de skal selv bestille undersøgelser"* (Stimpel, 2017).

Derudover er der fornylig blevet lavet en spørgeskemaundersøgelse af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), som er en paraplyorganisation for de forskende læger i Danmark (Lægevidenskabelige Selskaber, 2017). Spørgeskemaundersøgelsen omhandler lægernes oplevelser og erfaringer med Sundhedsplatformen. I det følgende gives eksempler på lægernes negative og positive kommentarer, som de kommer til udtryk i spørgeskemaundersøgelsen:

Positive: *"Ét log-in er tidsbesparende (..) Man kan fx se, hvilke aftaler der er lavet med patienten andre steder (..) Man kan bedre se data fra tidligere indlæggelser og andre sygehuse mv (..) SP er et stabilt system, som sjældent går ned. Det er nemmere at vise patienten data (fx røntgenbilleder) under samtalen (..) Der kan skrives direkte til patienterne via E-Boks (..) Der er sket forbedringer, bl.a. efter brugerne har fået mulighed for at få indflydelse på funktionaliteterne i systemet"* (Lægevidenskabelige Selskaber, 2017).

Negative: *"SP er generelt tungt og ikke tilpasset det danske sundhedsvæsen (..) mange klik for at nå frem til det væsentlige, og "hard stops" gør det umuligt at gå videre, før der er klikket (..) Det er svært at nå at dokumentere alting, mens man sidder overfor patienten. Det giver risiko for dårligere patientkontakt (..) Der er så store forskelle i skærbilleder alt efter situationen (fx indlæggelse vs. ambulante besøg), og det forvirrer og giver dårligere overblik (..) Der er problemer*

med kommunikation til FMK¹. Det giver risiko for fejl i medicineringen og for vanskeligere kommunikation med fx hjemmeplejen (...) Læger bruger nu tid og ressourcer på at lave meget af det arbejde, sekretærer tidligere lavede og var eksperter i” (Lægevidenskabelige Selskaber, 2017).

Ud over disse pointer er lægerne frustrerede over Sundhedsplatformens ringe brugervenlighed:

”Lægerne er i dyb frustration over at blive bremset i deres arbejde. Problemet er, at det (...) er så ’skide ulogisk’ Hvorfor kan man ikke bare skrive ’gastroskopi’ i et dertil indrettet felt, når man vil bestille en kikkertundersøgelse af maven, men skal huske det ellers ikkeeksisterende kodeord ’procedurepas’? Hvorfor er der fem forskellige valgmuligheder, der ser helt ens ud, når man skal bestille en blodprøve? Hvorfor kræver systemet så mange museklik og indtastninger, at de ansatte er begyndt at få museskader og får udleveret elastikker til at træne hænderne med? En direkte bivirkning af det nye system er også, at man på de enkelte afdelinger er nødt til at omgå det for at få det til at fungere, så man opfinder sine egne journalskabeloner og nye procedurer” (Brock, 2017).

Det ovenstående uddrag fra en kronik belyser en del af de udfordringer, som læger og sygeplejepersonale oplever i forbindelse med anvendelsen af Sundhedsplatformen. Dokumentationen og indtastningen, bestillingen af prøver, de mange museklik, der medfører museskader, er blot nogle af de mange eksempler på udfordringer, som sundhedspersonalet oplever i forbindelse med tilvænningen til det nye sundhedssystem. Derudover er det særligt opsigtsvækkende, at enkelte afdelinger bevidst undgår brugen af Sundhedsplatformen for at kunne foretage deres reelle arbejde.

Derudover har implementeringen af Epics Electronic Health Record System medført en del omtale på de amerikanske hospitaler i USA, hvilket er blevet afdækket i en række undersøgelser, som jeg kort vil komme ind på i det følgende. En af disse undersøgelser omhandler således en vurdering af Epics sundhedssystem på universitetshospitalet *University of Virginia Health System* (Davis & Khansa, 2016). Undersøgelsen belyser en række områder, der skal forbedres, således at it-sundhedssystemets potentiale kan realiseres, som det oprindeligt var tænkt, hvilket følgende uddrag belyser:

“During our thorough evaluation, it became clear that the Epic EMR system is both a tool that can improve care and a barrier to care when its lack of usability consumes healthcare personnel’s time and effort and keeps them away from their patients. (...) The evaluation of the Epic EMR system has highlighted many areas that could be changed in order to meet the goals of increasing patient safety/decreasing medical errors, improving inter-disciplinary collaboration (...). Due to the importance of EMR systems, usability is key. To increase EMR system usability

¹ FMK: Fælles Medicinkort er et online register som både kan tilgås af sundhedspersonalet og borgerne for at se borgerens aktuelle medicinering.

and improve the overall EMR functionality, major changes must be implemented. It is a fact that EMR systems will be a part of the future of healthcare, but their potential have yet to be realized” (Davis & Khansa, 2016, 71-72).

Det ovenstående uddrag pointerer, at der er et behov for at forbedre Epics sundhedssystem blandt andet på grund af systemets manglende brugervenlighed og funktionalitet, der medvirker til, at sundhedspersonalet bruger mere tid på systemet end på patienterne. Dette viser behovet for at forbedre systemet med henblik på at tilvejebringe systemets oprindelige formål, nemlig blandt andet at øge patientsikkerheden og reducere fejlmedicineringer. Der er også blevet foretaget en undersøgelse af sundhedspersonalets oplevelser af Epics sundhedssystem på *Brigham og Women's Hospital* i Boston. I denne undersøgelse udtrykker Judy Lydon, som er barselsygeplejerske, sine frustrationer ved anvendelsen af systemet:

“It’s a huge change. It’s not an intuitive program, it’s incredibly complex (..) it has an insatiable demand for information that, keystroke by keystroke, click by click, overwhelms the already tightly wrapped day inside a hospital, eats away at time with patients, and sometimes forces them to work longer shifts. Simple tasks like ordering medications and tests can take several minutes longer, forcing patients to wait around while staff navigate the system” (Lydon, 2016)

Barselsygeplejerskens frustrationer belyser en række udfordringer og problemer, der er med til at besværliggøre hendes arbejdsgang. Barselsygeplejerskens frustrationer og udfordringer skyldes blandt andet en besværlig navigation og manglende brugervenlighed. Disse udfordringer og frustrationer kan endvidere sættes i relation til og parallelliseres til sundhedspersonalets oplevelser af anvendelsen af Sundhedsplatformen i Danmark. Det er blandt andet disse udfordringer og aspekter, som vil blive undersøgt i dette speciale.

Teoretiske tilgange

Jeg har i dette speciale anvendt to teoretiske tilgange: Aktør-netværksteori (ANT) og Etienne Wengers teori om praksisfællesskaber. Aktør-netværksteorien anvendes som et teoretisk redskab til at kortlægge netværket og identificere de gældende aktører, der befinder sig i Sundhedsplatformens krydsfelt. Herved muliggør aktør-netværksteorien en undersøgelse af, hvorledes aktørerne interagerer på tværs af netværket. Dette er særdeles interessant og væsentligt at undersøge, da Sundhedsplatformen rummer en stor mængde aktører, der alle beskæftiger sig med Sundhedsplatformen på en eller anden måde. Aktørernes beskæftigelse samt deres interaktion med Sundhedsplatformen er et af flere områder, der vil blive behandlet i analyseafsnittet. Derudover har jeg valgt at kombinere aktør-netværksteorien med Wengers praksisfællesskabsteori for at konkretisere, hvilke praksisfællesskaber aktørerne interagerer i og for at undersøge menneskets meningsforhandlingsprocesser i et praksisfællesskab. Kombinationen af aktør-netværksteorien og praksisfællesskabsteorien muliggør en dyberegående undersøgelse af Sundhedsplatformens implementering og anvendelse på tværs af de forskellige personalegrupper, der beskæftiger sig med Sundhedsplatformen på hver sin måde.

Det er væsentligt at påpege, at ANT'en og praksisfællesskabsteorien afspejler to forskellige videnskabsteoretiske retninger og dermed to divergerende forståelser af verdenen. Videnskabsteoretisk kan ANT siges at bygge på et fænomenologisk perspektiv, mens praksisfællesskabsteorien bygger på et socialkonstruktivistisk perspektiv. Helt grundlæggende tager fænomenologien afsæt i at undersøge fænomener ud fra et erfaringsperspektiv, for at give en større forståelse for den enkelte persons konkrete livsverden: *"Det er med udgangspunkt i livsverdenen, at vi kan beskrive forskellige fænomener og gå bag om fordomme, stereotyper, sociale og kulturelle påvirkninger, vi tager for givet i dagligdagen, og som kan have en betydning for, hvordan vi opfatter verdenen"* (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010, s. 188). Med udgangspunkt i citatet kan der belyses ligheder mellem ANT og fænomenologi, idet fænomener og aktører kan undersøges i en social kontekst, så man kan tilegne sig en bredere forståelse af aktørernes dagligdag og/eller livsverden i netværket. Et vigtigt begreb inden for fænomenologien og aktør-netværksteorien er et 'socioteknisk netværk', der betegner, hvordan sociale og teknisk-materielle fænomener skal ses som sammenvævede: *"Populært sagt er hverken samfund, teknologi eller videnskab virkningsfulde fænomener i sig selv, de er sociotekniske emner, når de studeres gennem en socioteknisk optik. Det er kun igennem praktiske aktiviteter, hvor teknisk, videnskabelig og social virkelighed er vævet sammen på specifikke måder, at de har virkninger og dermed forskningsrelevans"* (Huniche & Olesen, 2014, s. 21). Det er netop denne forståelsesramme, der tages udgangspunkt i i undersøgelsen af Sundhedsplatformen samt de dertilhørende sociale og teknisk-materielle fænomener.

I modsætning til ANT hører praksisfællesskabsteorien til under socialkonstruktivismen, der tager udgangspunkt i at undersøge sociale konstruktioner mellem mennesker (Justesen & Mik-Meyer, 2010). Socialkonstruktivismen adskiller sig fra fænomenologien, både ved at socialkonstruktivismen antager, at al menneskelig erkendelse af verden er socialt betinget, men også ved at socialkonstruktivismen ikke vægter/prioriterer artefakter, i form af fysiske genstande, i lige så høj grad, som fænomenologien gør: *"Den sociale virkelighed består hverken af objekter eller subjekter "i sig selv", men af mening. Socialkonstruktivismen vil for så vidt ikke afvise, at objekter (fysiske genstande) og subjekter (tanker, bevidsthed) ontologisk set eksisterer i sig selv. Pointen er blot, at objekter og subjekter i sig selv bogstavelig talt er meningsløse"* (Esmark, Laustsen & Andersen, 2005, s. 17). Som citatet pointerer, har socialkonstruktivismen fokus på at undersøge de relationer og den mening, der skabes mellem mennesker igennem daglige interaktioner, og som derved udgør en fælles konstruktion af den sociale virkelighed uden at fokusere på fysiske fænomener og genstande (Esmark, Laustsen & Andersen, 2005). Da der i praksisfællesskabsteorien tages udgangspunkt i, at læring og mening skabes igennem en social handlingsproces sideløbende med praksisfællesskabets meningsforhandlingsprocesser, kan praksisfællesskabsteorien placeres under socialkonstruktivismen.

I de følgende afsnit bliver begge teoretiske tilgange belyst ud fra teoriernes centrale begreber. Afslutningsvis bliver specialets teoretiske tilgange opsummeret og sat i relation til hinanden for at give en uddybende forståelse af teoriernes anvendelse i denne specialeundersøgelse.

Aktør-netværksteori

Aktør-netværksteorien (ANT) blev grundlagt i løbet af 1980'erne af den franske antropolog og filosof Bruno Latour i tæt samspil med den britiske sociolog John Law og den franske sociolog og ingeniør Michel Callon (Jensen, 2005). I fællesskab formulerede de ANT's fundamentale positioner samt grundbegreberne netværk, aktør/aktant og translation (Jensen, 2005). ANT positionerer sig indenfor forskningsfeltet Science and Technology Studies (STS), som er et internationalt anerkendt forskningsfelt, der rummer en bred vifte af sociologiske teoretiske tilgange (Jensen, Lauritsen & Olesen, 2007). Forskningsfeltet STS er et tværfagligt, interdisciplinært og mangfoldigt felt, der er forholdsvist nyt og stadig under udvikling: *"Feltet åbner op for både detaljerede studier af videnskabelig, teknologisk og organisatorisk praksis og for at udvikle mere sensitive begrebsrammer for at forstå sådanne sammenhænge"* (Jensen, Lauritsen & Olesen, 2007, s. 12). Som det belyses i citatet, dækker STS over et mangfoldigt felt, der har fokus på at undersøge og få en detaljeret forståelse af relationer og forhold mellem videnskab, teknologi og samfund/organisation.

Helt grundlæggende tager ANT udgangspunkt i at undersøge relationer og forbindelser i et netværk bestående af menneskelige og ikke-menneskelige aktører. ANT kan derfor beskrives som en sociologisk analyse af teknologi, sociale aktører, videnskab og samfund (Jensen, 2005). Det essentielle ved ANT som en teoretisk tilgang er at ophæve alle skarpe skel mellem de materielle og sociale aktører, hvori de non-humane og humane aktører bliver opdelt efter forudbestemte kategorier (Olesen & Kroustrup, 2007). Dette kan også beskrives som følger: *"(..) it is a process of "heterogeneous engineering" in which bits and pieces form the social, the technical, the conceptual and the textual are fitted together, and so converted (or "translated") into a set of equally heterogeneous scientific products"* (Law, 1992, s. 381). For at tydeliggøre dette kan man sige, at ved anvendelsen af ANT handler det om at tænke i netværksrelationer frem for i forudbestemte kategorier af eksempelvis humane eller non-humane karakterer. I forlængelse af dette anses de humane og non-humane aktører derfor som infiltrerede entiteter i netværket, der både konstituerer og samtidigt konstitueres af netværket (Gad & Jensen, 2007). Derudover bliver aktør-netværksteorien ofte anset som en tilgang, der ligger imellem en metodisk og en teoretisk arbejdstilgang, i og med at der ved anvendelsen af ANT kan genereres beskrivende historier om netværkets dannelse og interaktion:

"The actor network approach is not a theory. Theories usually try to explain why something happens, but actor network theory is descriptive rather than foundational in explanatory terms (..) Instead it tells stories about "how" relations assemble or don't (..) it is better understood as a toolkit for telling interesting stories about, and interfering in, those relations" (Law, 2009, s. 141).

ANT's fremgangsmåde, der belyses i det ovenstående citat, stemmer overens med specialets valgte dataindsamlingsmetoder, der blandt andet består af at observere aktør-netværket med det formål at generere beskrivende fortællinger af aktørerne og de gældende netværksrelationer. ANT er blevet valgt i dette speciale for at foretage en bred undersøgelse af teknologikulturer på tværs af de forskellige hospitalsafdelinger, som undersøgelsesfeltet byder på, hvilket også kan beskrives som følger: *"Technologies play such an important role in mediating human relationships, Latour argues, that we cannot understand how societies work without an understanding of how technologies shape our everyday lives"* (Bijker & Law, 1992, s. 151). Teknologikulturen på hospitalsafdelingerne udgør et netværk, som er sammensat af talrige sociale og materielle aktører, forstået på den måde at sundhedspersonalet til dagligt anvender teknologiske artefakter i deres arbejdspraksis.

Netværk

Netværksbegrebet, med vægt på det heterogene netværk, er et centralt begreb indenfor ANT. Det består af forskellige aktører, der hver især påvirker og definerer hinanden: *“Netværk dannes gennem en vedvarende sammenvævning af menneskelige og ikke-menneskelige aktører i knuder og forbindelser”* (Olesen & Kroustrup, 2007, s. 72). Selvom netværksbegrebet er et meget åbent begreb, kan et netværk kendetegnes ud fra følgende aspekter: Som regel består et netværk af flere forskellige typer af relationer, derudover er der ingen forhåndsantagelser om netværkets stabilitet eller størrelse (Jensen, 2005). Dette forholder sig således, da de humane og non-humane aktører er i konstant bevægelse med det formål at danne nye eller opretholde de nuværende netværksrelationer.

Det heterogene netværk i dette speciale består hovedsageligt af: sundhedspersonalet, forskellige it-systemer, teknologiske artefakter, patienter, hospitalsafdelinger og andre humane og non-humane aktører. Disse andre humane og non-humane aktører kan, som det fremgår af det følgende citat, beskrives som værende hvad som helst, der er med til at danne et netværk ud fra en række interagerende netværksrelationer:

“(..) the actor network approach thus describes the enactment of materially and discursively heterogeneous relations that produce and reshuffle all kinds of actors, including objects, subjects, human beings, machines, animals, “nature” ideas, organizations, inequalities, scale and sizes, and geographical arrangements” (Law, 2009, s. 141).

I det ovenstående citat gives der udtryk for en række aktører, elementer og/eller entiteter der tilsammen danner et relationelt netværk. Det er også væsentligt at påpege, at intet objekt kan stå alene i ANT, alle humane og non-humane aktører i det heterogene netværk defineres udelukkende ud fra deres netværksrelationer til andre aktører og/eller objekter i netværket (Jensen, 2005).

Aktør

Aktør er et grundbegreb i ANT, der anvendes synonymt med begreberne aktant samt entitet og karakteriseres som følger: *“En ‘aktør’ i ANT er en semiotisk definition - en aktant, dvs. noget, der handler, eller som får aktivitet fra andre. “Aktøren” i ANT er således ikke nødvendigvis en person. En semiotisk aktør er det, der tilskrives handling, hvilket bogstaveligt talt kan være hvad som helst”* (Jensen, 2009, s. 189). Som det belyses i citatet, kan aktanter både fremtræde som humane og non-humane aktører eller entiteter. Den væsentlige pointe er dog, at disse aktører eller aktanter rummer en agens i sig selv: *“Pointen i ANT’s aktørbegreb er, at der aldrig er nogen kerne, hvorfra handling eller agency strømmer”* (Jensen, 2009, s. 190). Som det fremgår af citatet, kan aktanterne handle eller få tilskrevet handlinger fra deres relationelle forbindelser i netværket, dette muliggør, at de forskellige aktanter kan interagere mellem hinanden på tværs af

netværket. I dette speciale består aktør-netværket blandt andet af følgende aktører og/eller aktanter samt netværksrelationer: sygeplejersker, læger, patienter, applikationskoordinatorer, superbrugere, it-systemer, computere, dokumentation, frustrationer og vanesager. Disse og mange andre aktanter udgør tilsammen aktør-netværket, der vil blive analyseret i dette speciale.

Translation

Translation er et kernebegreb i aktør-netværksteorien, der beskriver netværkets opbygning og de dertilhørende translationsprocesser, som består af aktanternes konstruktions- og forhandlingsprocesser. Det er i løbet af disse translationsprocesser, at aktør-netværket løbende stabiliserer og destabiliserer sig. Translationsbegrebet anvendes synonymt af Latour som *displacement*, *translation*, *delegation* og/eller *shifting* (Latour, 1992). Aktør-netværkets translationsprocesser kan karakteriseres som følger:

“In short, it is to explore the process that is often called translation which generates ordering effects such as devices, agents, institutions, or organizations. So “translation” is a verb which implies transformation and the possibility of equivalence, the possibility that one thing (for example an actor) may stand for another (for instance a network)” (Law, 1992, s. 386).

Som det belyses i det ovenstående citat, kendetegnes translation som netværkets forhandlingsprocesser med det formål at skabe orden og lighed mellem netværkets aktanter. Det er gennem netværkets konstruktions- og forhandlingsprocesser, at aktanterne har mulighed for at danne relationer og forbindelser til andre aktanter i netværket og dermed indgå i nye sammenhænge for at forsøge at opretholde en orden eller lighed i netværket. Dette forsøg på at vedligeholde en orden i netværket kan anses som, at netværket har stabiliseret sig, indtil der forekommer en ændring i netværket, der medfører, at aktør-netværket kortvarigt destabiliserer sig. I dette tilfælde skal aktanterne forhandle på ny og indgå i nye translationsprocesser for at danne nye netværksrelationer og dermed skabe en lighed: *“Translation indebærer at noget flyttes eller erstattes, og dermed skabes et mønster, som rummer både orden og uorden (..) Helt grundlæggende indebærer translationsprocessen, at der skabes en lighed og en forbindelse mellem to ting, som før var forskellige” (Jensen, 2009, s. 190).* I forlængelse af dette anses aktør-netværkets translationsprocesser derfor som vedvarende og næsten uendelige, da aktanterne er i konstant bevægelse i netværket: *“In other words, when humans are displaced and deskilled, nonhumans have to be upgraded and reskilled. This is not an easy task (...)” (Latour, 1992, s. 157).* Netværkets konstruktions- og forhandlingsprocesser udgør i dette speciale sundhedspersonalets udfordringer med Sundhedsplatformen i deres arbejdspraksis. Når og hvis sundhedspersonalet oplever, at de ikke kan komme videre med deres arbejde pga. en systemudfordring med Sundhedsplatfor-

men, forekommer der formentlig en kortvarig destabilisering i netværket, der højst sandsynligt er fyldt med følelser som blandt andet frustration, indtil sundhedspersonalet får løst udfordringen ved at danne relationer til andre aktanter i netværket for at spørge om hjælp og dernæst få mulighed for at komme videre med deres andre arbejdsopgaver.

Praksisfællesskabsteori

Etienne Wengers teori om praksisfællesskaber er en social læringsteori, der tager udgangspunkt i, at læring foregår i en social samt kollektiv kontekst, og at læring skabes mellem mennesker (Wenger, 2004). Helt grundlæggende anses læring ifølge Wenger som en social proces mellem mennesker, der foregår gennem deltagelse og sociale interaktioner i flere forskellige praksisfællesskaber:

“Denne kollektive læring resulterer med tiden i praksisser, der både afspejler udøvelsen af vores virksomhed og de dermed forbundne sociale relationer. Disse praksisser tilhører således en form for fællesskab, skabt over tid gennem langvarig udøvelse af en fælles virksomhed” (Wenger, 2004, s. 60).

Citatet pointerer, at den kollektive læring foregår i forbindelse med menneskets interaktioner i et eller flere praksisfællesskaber. Læring skabes altså gennem menneskets erfaringer og deltagelse i den sociale verden. Ifølge Wenger er praksisfællesskaber noget, som vi mennesker skaber i løbet af vores dagligdag, hvorfor det er en integreret del af vores hverdag, hvor vi løbende meningsforhandler på tværs af forskellige praksisfællesskaber. Disse praksisfællesskaber kan derfor fremstå som værende alle tænkelige former for sociale fællesskaber, eksempelvis en familie, en arbejdsplads, undervisning eller et it-kursus, en loge eller en koncert. Derudover omfatter hvert praksisfællesskab ofte en række faktorer og elementer, der er specielt gældende for det enkelte praksisfællesskab, disse kan blandt andet bestå af:

“Det omfatter sprog, redskaber, dokumenter, billeder, symboler, veldefinerede roller, specificerede kriterier, kodificerede procedurer, reguleringer og kontrakter, som forskellige praksisser ekspliciterer til en række forskellige formål. Men det omfatter også alle implicitte relationer, tavse konventioner, subtile ledetråde, ikke udtrykte tommelfingerregler, genkendelige intuitive forståelser, specifikke opfattelser, velafstemte følsomheder, legemliggjorte forståelser, grundlæggende antagelser og fælles verdensbilleder” (Wenger, 2004, s. 61).

I det ovenstående uddrag gives der en detaljeret beskrivelse af en række faktorer, som et praksisfællesskab består af afhængig af, hvilken type praksisfællesskab der er tale om. Derudover kan en række af disse faktorer sammenlignes med netværkets sammensætning i aktør-

netværkstilgangen såsom non-humane aktanter i form af redskaber, dokumenter og billeder, men også i forhold til de relationer, translationsprocesser og meningsforhandlinger, der forekommer, bl.a. implicitte relationer, reguleringer, specifikke opfattelser og/eller grundlæggende antagelser. Det er blandt andet disse faktorer, der vedrører Sundhedsplatformens praksisfællesskab/netværk, som vil blive undersøgt og analyseret i dette speciale. Helt grundlæggende bliver der i dette speciale ud fra Wengers praksisfællesskabsteori taget udgangspunkt i at undersøge sundhedspersonalets meningsforhandlinger på tværs af de forskellige praksisfællesskaber, som sundhedspersonalet er en del af. Selvom sundhedspersonalet er en betydningsfuld aktør i dette speciale, beskæftiger specialet sig også med andre relevante aktører, der har en betydelig indflydelse på alt det, der omhandler Sundhedsplatformen som helhed. Disse aktører vedrører blandt andet nogle af de applikationskoordinatorer og implementeringskonsulenter, som Sundhedsplatformen har udlånt samt en faglig konsulent ved Dansk Sygeplejeråd. Det er væsentligt og interessant at inddrage disse aktører, både for at kunne få en helhedsforståelse af Sundhedsplatformens implementering, men også for at inddrage deres synspunkter og holdninger om Sundhedsplatformen, da disse aktører beskæftiger sig med Sundhedsplatformen på en anden måde end sundhedspersonalet. For at kunne foretage disse undersøgelser bliver Wengers centrale begreber fra praksisfællesskabsteorien anvendt. I forbindelse med anvendelsen af Wengers praksisfællesskabsteori bliver følgende begreber anvendt: *Meningsforhandling, gensidigt engagement, fælles virksomhed, fælles repertoire og grænser*.

Meningsforhandling

Meningsforhandling er et begreb, som Wenger benytter til at beskrive menneskets sociale interaktioner og relationer, hvorigennem vi oplever verdenen (Wenger, 2004). Ifølge Wenger ses vores meningsforhandlinger blandt andet i form af kommunikation, handlinger og tanker, de er altså baseret på menneskets daglige interaktioner og erfaringer: *“Menneskets engagement i verden er først og fremmest en meningsforhandlingsproces. (..) Den omfatter vores sociale relationer som faktorer i forhandlingen (..)”* (Wenger, 2004, s. 67). Disse meningsforhandlingsprocesser anses for at være en produktiv proces på baggrund af menneskets forskellige interaktioner. Meningsforhandlingsprocesserne er derved også konstant foranderlige, idet vi til dagligt udveksler meninger med hinanden. Enhver begivenhed eller hændelse, som vi oplever, giver anledning til et nyt indtryk, som er meningsskabende. Ud fra disse nye indtryk har mennesket mulighed for at skabe mening og dermed evnen til at påvirke eller blive påvirket på tværs af de forskellige fællesskaber, som mennesket er en del af.

Derudover består meningsforhandlingsprocesser af to sammenhængende og konstituerende processer *deltagelse* og *tingsliggørelse* (Wenger, 2004). Deltagelse refererer både til menneskets deltagelsesproces i et eller flere sociale fællesskaber, men også til gensidig genkendelse.

Når vi eksempelvis er medlem af samme praksisfællesskab, kan vi genkende noget af os selv i hinanden, da vi løbende har dannet os et billede af en specifik verden omkring os igennem samtale med andre i praksisfællesskabet. Deltagelse kan også kendetegnes som en personlig og social oplevelse af verden, der blandt andet indebærer vores handlinger, samtaler, tænkning, tilhørsforhold, følelser og krop (Wenger, 2004). Tingsliggørelse refererer til en række fysiske artefakter, men også fastlagte processer der former vores oplevelse og mening, som ofte bliver betegnet som en tingsliggørelsesproces. Denne proces omfatter blandt andet at konstruere, skabe, fremstille, designe, opfatte og fortolke (Wenger, 2004). De fastlagte processer kan i dette speciale anses for at være en form for rutineret praksis, hvor sundhedspersonalet har en række organisatoriske faste fremgangsmåder, hvorudfra de gør deres arbejde. Disse fremgangsmåder vil i dette speciale betegnes som vaner og/eller vanesager. Implementeringen af Sundhedsplatformen medfører en organisatorisk ændring for blandt andet sundhedspersonalet, da de dermed skal vænne sig til at etablere nye fremgangsmåder til at foretage deres arbejde på. Denne tilvænning kan have en afgørende betydning for de meningsforhandlinger, der forekommer i praksisfællesskabet, hvilket vil blive behandlet i analysen.

Det er i denne forbindelse væsentlig at påpege, at meningsforhandlingerne i et praksisfællesskab kun kan eksistere, hvis praksisfællesskabets tre sammenhængende dimensioner: *Gensidigt engagement, fælles virksomhed og fælles repertoire* er repræsenteret (Wenger, 2004). Disse tre centrale og uadskillelige praksisdimensioner vil blive uddybet i de følgende afsnit.

Gensidigt engagement

Den første praksisdimension er gensidigt engagement, der er karakteriseret som aktørernes vedvarende engagement og deltagelse i et praksisfællesskab. Som udgangspunkt er aktørerne medlemmer af et praksisfællesskab, som de har en stigende interesse for, hvilket gør, at de har en større lyst til at engagere sig i praksisfællesskabet: *"At være en del af det, der har betydning, er en forudsætning for at være engageret i et fællesskabs praksis, på samme måde som det er et engagement, der definerer et tilhørsforhold"* (Wenger, 2004, s. 91). Et praksisfællesskab vedligeholdes ved, at aktørerne løbende engagerer sig i de handlinger eller aktiviteter, som fællesskabet tilbyder. Uden aktørernes gensidige engagement vil praksisfællesskabet før eller senere ophøre med at eksistere. Denne fællesskabsopretholdelse kræver en del arbejde fra aktørernes side. I relation til dette speciales emne kan det eksempelvis være, at sundhedspersonalet løbende skal holde sig opdateret i forhold til nye funktions- og systemændringer, som kan forekomme i forbindelse med Sundhedsplatformen. Dette kan sundhedspersonalet gøre ved at meningsforhandle i fællesskabet både for at hjælpe hinanden, men også for at kunne lære af hinanden: *"Gensidigt engagement er ikke blot forbundet med vores egen kompetence, men også med andres kompetence"* (Wenger, 2004, s. 93). Ifølge Wenger er gensidigt engagement også forbundet med andres kompetencer, hvorfra aktørerne har mulighed for at lære af hinanden og

dermed være med til at opretholde og videreudvikle praksisfællesskabet. I forlængelse af dette skabes der gensidige relationer mellem aktørerne på baggrund af deres fælles interesser i praksisfællesskabet.

Fælles virksomhed

Fælles virksomhed er den anden praksisdimension, der indbefatter praksisfællesskabets kollektive forhandlingsproces. I denne kollektive forhandlingsproces udøver aktørerne de nødvendige aktiviteter og handlinger i praksisfællesskabet (Wenger, 2004). Dermed kan man sige, at hver aktør i praksisfællesskabet har en gensidig ansvarlighed for at opretholde praksisfællesskabet. I forlængelse af dette betragtes fælles virksomhed som praksisfællesskabets fælles formål: *“Den er resultat af en kollektiv forhandlingsproces, der afspejler det gensidige engagements fulde kompleksitet”* (Wenger, 2004, s. 95). I dette speciale kan fælles virksomhed relateres til blandt andet Region Hovedstadens og Region Sjællands overordnede formål, der ønsker at give sundhedspersonalet et *bedre og nemmere* it-system, således at sundhedspersonalet kan yde den mest optimale patientbehandling ved at have et *større* overblik i én samlet patientjournal fremfor at benytte flere forskellige it-systemer, der ikke arbejder sammen.

Fælles repertoire

Den tredje praksisdimension er fælles repertoire, der dækker over praksisfællesskabets fælles måder at tænke, handle og tale på: *“Et praksisfællesskabs repertoire omfatter rutiner, ord, værktøjer, måder at gøre ting på, historier, gestus, symboler, genrer, handlinger eller begreber, som fællesskabet har produceret eller indoptaget i løbet af sin eksistens, og som er blevet en del af dets praksis”* (Wenger, 2004, s. 101). Sideløbende med disse indbefatter fælles repertoire en række elementer, artefakter og diskurser, der anvendes som en ressource i forbindelse med aktørernes meningsforhandlinger. Disse elementer, artefakter og diskurser opnår dog ikke sammenhæng i kraft af sig selv, men i kraft af deres forbindelse eller tilhørsforhold til praksisfællesskabet. I dette speciale eksisterer der en række forskellige aspekter af fælles repertoire, eksempelvis at der forefindes en specifik brugermanual til, hvorledes Sundhedsplatformen skal anvendes; her refererer jeg til aktørernes fælles måde at tænke og handle på i forbindelse med anvendelsen af Sundhedsplatformen. Dette omhandler også aktørernes særegne og personlige rutiner i forhold til anvendelsen af Sundhedsplatformen i løbet af deres arbejdspraksis, hvilket formentligt differentierer sig fra aktør til aktør. Et andet eksempel kan være, at Sundhedsplatformens it-system er et artefakt, der kun kan opnå sammenhæng i kraft af, at sundhedspersonalet anvender systemet.

Grænse

Wenger benytter grænsebegerbet til at klargøre, at praksisfællesskaber ikke er isolerede fra omverdenen, samt at aktørerne kan deltage i mange forskellige praksisfællesskaber på samme tid (Wenger, 2004). I forbindelse med udfoldelsen af grænsebegerbet benytter Wenger to underbegreber: *Grænseobjekter* og *mægling*, som jeg finder relevant at anvende i specialet. Som det diskuteres nedenfor kan disse underbegreber desuden associeres med aktørnetværksteorien. Grænseobjekter består blandt andet af: "(..) artefakter, dokumenter, fagudtryk, begreber, og andre former for tingsliggørelse, som praksisfællesskaber kan organisere deres indbyrdes forbindelser omkring" (Wenger, 2004, s. 127). I dette speciale består grænseobjekter blandt andet af informanternes og sundhedspersonalets fagudtryk samt af en del immaterielle elementer, der blev udfoldet i forbindelse med de non-humane aktører i netværket. Mægling kan forstås som at overflytte et element fra en praksis til en anden praksis. Det kan eksempelvis være noget så simpelt som, når en sygeplejerske benytter EWS-tårnet² til at måle patienternes vitale værdier, eller når sygeplejersken skal dokumentere patienternes vitale værdier i Roveren³. Både Roveren og EWS-tårnet bliver fysisk overflyttet og mæglet mellem de forskellige praksisfællesskaber. Derudover kan mægling også beskrives som: "*Mæglere er i stand til at skabe nye forbindelser mellem praksisfællesskaber, muliggøre koordination og - hvis de er gode mæglere - åbne nye muligheder for mening*" (Wenger, 2004, s. 131). Det er særligt denne begrebsforståelse, som er interessant at undersøge, og som jeg derfor benytter i specialet, idet den kan vise, hvorledes sundhedspersonalet mægler mellem forskellige praksisfællesskaber for at finde en løsning eller rettere sagt en mening i forbindelse med en udfordring til at fortsætte deres arbejde. I og med at der i dette speciale bliver foretaget en undersøgelse bestående af forskellige praksisfællesskaber, finder jeg det væsentligt at medtage grænsebegerbet. Derudover finder jeg det interessant, at grænsebegerbet positionerer sig forståelsesmæssigt relativt tæt på translationsbegerbet, idet aktørerne kan mægle mellem forskellige praksisfællesskaber, hvilket kan relateres til aktanternes translationsprocesser i ANT.

² EWS-tårn: EWS-tårn er en betegnelse for et plejepersonalets rullebord med forskellige måleapparater som personalet anvender i forbindelse med målingen af patientens Early Warning Score (EWS), som er en måling af patientens vitale værdier.

³ Rover er Sundhedsplatformens mobile applikation, der vil blive beskrevet nærmere i analysen.

Metodisk tilgang

I dette afsnit bliver specialets kvalitative forskningsmetoder beskrevet. I forbindelse med undersøgelsen af specialets problemstilling er den deltagende form for observation og semistrukturerede interviews blevet anvendt. Når jeg valgte at benytte mig af disse samfundsvidenskabelige kvalitative forsknings- og dataindsamlingsmetoder, var det for at muliggøre en nuanceret indsigt i Sundhedsplatformens implementeringsproces. Denne nuancerede indsigt er blevet undersøgt fra adskillige vinkler og på tværs af aktørernes forskellige arbejdspraksisser. Disse forsknings- og dataindsamlingsmetoder er blevet anvendt i forlængelse af specialets videnskabsteoretiske retning. Belyst ud fra et fænomenologisk perspektiv ønskede jeg at indsamle data: *"(...) der peger på en interesse i at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver og beskrive verden, som den opleves af informanterne, ud fra den antagelse, at den vigtige virkelighed er det, mennesker opfatter den som"* (Jacobsen, Tanggaard & Brinkmann, 2010, s. 195). I de følgende afsnit bliver det beskrevet, hvorledes jeg metodisk har bestræbt mig på at indsamle data med afsæt i det fænomenologiske perspektiv. Derudover bliver udvælgelsen af specialets informanter også beskrevet.

Etablering af kontakt og valg af informanter

Grundet ekstraordinær travlhed i Region Hovedstaden og Region Sjælland i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen har det været en indviklet og kompliceret proces at få indsamlet den empiri og de data, der er nødvendige for at kunne undersøge specialets problemstilling. Det er derfor væsentligt at forklare baggrunden for tilblivelsen af dette speciale.

I løbet af november og december 2016 forsøgte jeg ihærdigt at få etableret et samarbejde med CIMT, forskellige hospitalsafdelinger og andre relevante aktører med betydning for specialets undersøgelsesfelt. Efter en del afslag og samtaler med en del personer, der ikke vendte tilbage, formodentlig pga. ekstraordinær travlhed i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen, kom jeg heldigvis igennem til CIMT, som var i gang med at rekruttere studerende til projektet *"Optimering af arbejdsgange i Sundhedsplatformen"* (Bilag 2- Projektforslag). Under et møde med CIMT i januar 2017 fik jeg dog oplyst, at CIMT alligevel ikke kunne tilbyde dette projekt, men at de i stedet ønskede en undersøgelse af deres sagsstyringssystem ServiceNow (SNOW), hvor brugerne kan melde forbedringsønsker og udfordringer ind til alle funktioner i Sundhedsplatformen. På trods af at dette ikke var mit oprindelige fokus i specialeprojektet, udarbejdede vi en indledende forventningsafstemning, hvor begge parter ønsker kunne blive opfyldt, og dermed blev samarbejdet etableret. I fællesskab nåede vi frem til en enighed, hvor jeg skulle undersøge sager omhandlende et klinisk alarmeringsværktøj Early Warning Score (EWS) sideløbende med, at jeg skulle foretage et observationsstudie på de relevante hospitalsafdelinger for at undersøge, hvordan sundhedspersonalet oplever udfordringer med EWS i Sundheds-

platformen. CIMT oprettede brugeradgang til mig til Region Hovedstadens mailsystem og andre systemer. Derudover blev der afholdt statusmøder hver anden uge fra februar til april måned. Det var en travl periode, hvilket gjorde, at samarbejdet forløb langsommere end forventet. CIMT var behjælpelige med at formidle kontakt til og arrangere tre møder. Disse møder bestod af et interview med en implementeringskonsulent, et interview med to applikationskoordinatorer og en observationsdag ved Uddannelsescentret på Gentofte Hospital, som det fremgår af bilagene (Feltdagbog 1 og Interview 1 og 2). Dog havde jeg brug for yderligere adgang til forskellige hospitalsafdelinger for at foretage observationsstudier og gennemføre nogle interviews med sundhedspersonalet, it-konsulenter og applikationskoordinatorer. På trods af at CIMT forsøgte at få etableret denne adgang til mig, lykkedes det desværre ikke. Da CIMT ikke kunne hjælpe med at etablere den nødvendige kontakt til at kunne foretage undersøgelser omhandlende EWS og SNOW, besluttede jeg mig derfor til at fortsætte med mit oprindelige undersøgelsesfelt om, hvilke muligheder og udfordringer implementeringen af Sundhedsplatformen medfører. Kontakten med CIMT ophørte derfor i slutningen af april.

Da jeg på det tidspunkt således vidste, at der ingen muligheder var for at etablere kontakt til potentielle informanter gennem de formelle kommunikationskanaler som for eksempel CIMT, valgte jeg at benytte mig af de mindre formelle kommunikationsmedier som Facebook og LinkedIn i håb om at få etableret kontakt med mulige informanter og hospitalsafdelinger. Opslagene på henholdsvis Facebook og LinkedIn gav et godt udbytte, så mit netværk på de sociale medier satte mig i forbindelse med relevante personalegrupper. Denne fremgangsmåde resulterede i, at jeg fik adgang til at foretage observationsstudier på fire forskellige hospitalsafdelinger samt lave to interviews (Feltdagbog 2-5 og Interview 3). Det er også væsentligt at understrege, at jeg ingen relation har til disse informanter, men at vi på de anvendte sociale medier har fælles bekendte, der har sat os i forbindelse med hinanden. Informanterne er derfor ukendte for mig, hvorfor kontakten med dem ikke har påvirket dataindsamlingens validitet og troværdighed. Endelig har jeg interviewet en faglig konsulent fra Dansk Sygeplejeråd (DSR) for at undersøge, hvad en væsentlig aktør som DSR mener om Sundhedsplatformen, og dermed også hvilke holdninger deres medlemmer formodes at have. Denne konsulent etablerede jeg selv kontakt til.

Specialet tager primært afsæt i sundhedspersonalets meninger og holdninger til Sundhedsplatformen, ud fra hvordan de møder det nye it-system i deres arbejde. Specialets primære informanter er sygeplejersker, læger, sygeplejerskestuderende og social- og sundhedsassistenter (SOSU-assistenter). Jeg ville meget gerne, i langt højere grad end det har været muligt, have inddraget det lægelige niveau. Jeg har forsøgt at etablere kontakt til adskillige læger, men på grund af lægernes ekstraordinære travlhed i forbindelse med Sundhedsplatformen, har det ikke været muligt at få lægerne til at deltage i interviews. På trods af dette har der været et par tilfælde i løbet af mine observationer, hvor det var muligt at interagere med lægerne kortvarigt.

Derudover har det også været væsentligt og interessant at inkludere andre informanter, der ligeledes er berørt af Sundhedsplatformen. Disse sekundære informanter består af blandt andet en faglig konsulent fra DSR, Sundhedsplatformens implementeringskonsulenter, en applikationsmanager samt adskillige afdelingssekretærer fra diverse hospitalsafdelinger.

Deltagende observationer

I dette speciale har jeg foretaget et observationsstudie som led i specialets dataindsamlingsproces bestående af eksplorative deltagende observationer med det formål at observere sundhedspersonalets anvendelse af Sundhedsplatformen på fem forskellige hospitalsafdelinger på tværs af Region Hovedstaden og Region Sjælland. Deltagende observationsstudier tager udgangspunkt i at nærstudere og observere mennesker i deres egne omgivelser. Ved at benytte deltagende observation som et forskningsværktøj får forskeren mulighed for at: *“(..) studere grupper, organisationer eller andre sociale miljøer ud fra et procesperspektiv modsat et mere fastlåst og statisk perspektiv”* (Kristiansen & Krogstrup, s. 7, 1999). Den deltagende form for observationer giver et helhedsbillede af det sociale miljø samt de begivenheder, der løbende udspiller sig i praksis. Den deltagende form for observationer kan derfor karakteriseres som følger:

“Deltagerobservatøren indsamler data ved at tage del i dagliglivet i den gruppe eller organisation han studerer. Han iagttager de mennesker, han studerer, for at se, i hvilke situationer de sædvanligvis mødes, og hvordan de opfører sig i disse situationer. Han indgår samtale med nogle eller alle deltagerne i disse situationer og finder ud af, hvordan de tolker de hændelser, han har observeret” (Kristiansen & Krogstrup, s. 100, 1999).

Denne forskningsmetode er valgt på baggrund af dens mulighed for at bibringe og fremhæve væsentlige indsigter, der udspiller sig i de forskellige sociale kontekster på tværs af hospitalsafdelingerne, hvilket uddybes i det følgende udsagn: *“Deltagende observation gør det muligt at få indsigt i, hvordan mennesker gennem social praksis konstruerer deres verdensbillede og tilskriver mening og betydning til hændelser, handlinger og personer”* (Kristiansen & Krogstrup, s. 99, 1999). Jeg har således valgt deltagende observationsstudie for at kunne tilegne mig et helhedsbillede og få en dybdegående indsigt i personalets oplevelse af Sundhedsplatformen, idet metoden også giver mulighed for at kortlægge og nærstudere praksisfællesskabet og netværket omkring Sundhedsplatformen. Under dette observationsstudie valgte jeg at arbejde eksplorativt med det formål at lade undersøgelsesfeltet overraske mig. I løbet af de eksplorative observationsstudier var mit eneste fokusområde at undersøge praksisfællesskabet og aktør-netværket omhandlende sundhedspersonalets anvendelse af og deres meninger om Sundhedsplatformen.

Fremgangsmåden for observationsstudierne foregik ved at deltage hele dage på de pågældende hospitalsafdelinger. Observationsstudierne bestod dermed af længerevarende deltagende observationer inden for et interval på seks til ni timers observationer. De eksakte observations-tidspunkter fremgår af bilagene. Helt konkret mødte jeg op på hospitalsafdelingen, hvor jeg blev sat i forbindelse med min kontaktperson eller den ansvarshavende sygeplejerske, som jeg skulle følge i løbet af dagen. De længerevarende observationer foregik ved at iagttage sundhedspersonalets *“dag til dag rutiner”* i løbet af deres arbejdsdag på de pågældende hospitalsafdelinger. Jeg fulgte skiftevis enten en sygeplejerske, en læge, en sygeplejestuderende, en social- og sundhedsassistent eller andre relevante personalegrupper (Kristiansen & Krogstrup, 1999). Som deltagende observatør havde jeg mulighed for frit at bevæge mig rundt og ikke være bundet til at forske i bestemte sammenhænge, hvilket følgende udsagn understreger vigtigheden af: *“(..) deltageren som observatør er ikke bundet til en bestemt lokalitet eller social gruppe. Han kan frit bevæge sig rundt og følge de spor, han eller hun finder interessante”* (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 109). I løbet af observationsdagen blev jeg enten tilbudt eller spurgte selv om at få lov til at følge de forskellige personalegrupper, således at jeg på hver afdeling kunne få et helhedsindtryk af Sundhedsplatformens anvendelse for både sygeplejersker, læger, sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter.

Feltrolle og påvirkning af felten som deltagende observatør

For at kunne forstå sundhedspersonalets arbejdskultur forsøgte jeg så vidt muligt at blive en integreret del af deres praksis. Jeg ankom til de fem hospitalsafdelinger som en udefrakommen og fremmed forsker. Jeg havde minimal kendskab og viden om Sundhedsplatformen og dens anvendelse i praksis. At jeg havde påtaget mig forskerrollen som den fremmede, havde en positiv effekt, da jeg havde større mulighed for at iagttage og studere de forskellige hændelser. Hvis jeg derimod havde haft kendskab til Sundhedsplatformen, ville det muligvis have ført til, at jeg ville komme til at overse nogle ting i løbet af observationsstudiet, da jeg i forbindelse med flere af hændelserne ville risikere at være forudindtaget, da episoderne var kendte for mig. Den fremmede forsker kan blandt andet kendetegnes som en forsker, der både er omfattet af relationer sammenvævet af nærhed og distance samt deltagelse og ligegyldighed, hvilket da også belyses i det følgende citat:

“Den fremmede er ikke bundet til særlige regler og gruppens dispositioner. Den fremmede møder alt dette med en distinkt objektiv attitude, som ikke indebærer fuldstændig afsondrethed og mangel på deltagelse, men rummer både nærhed og distance, ligegyldighed og deltagelse” (Kristiansen & Krogstrup, s. 73, 1999).

I løbet af mine deltagende observationer stødte jeg ofte ind i de fire nævnte væremåder at indgå i en interaktion på. Jeg forsøgte så vidt muligt at tage højde for og balancere mellem nærhed

og distance i løbet af observationsstudierne. Dette var særligt udfordrende at tage højde for i begyndelsen af mine observationsdage, idet jeg på daværende tidspunkt ikke kendte sundhedspersonalet eller deres rutiner godt nok til at kunne skelne mellem nærhed og distance i løbet af deres arbejdspraksis. Det var først efter et par timers observation, at jeg kunne tage højde for at skelne mellem nærhed og distance, eksempelvis når sundhedspersonalet tog sig tid til at udveksle meninger med mig. Dette medførte, at jeg følte mig som en integreret del af felten, og at jeg var blevet accepteret i højere grad end i begyndelsen af observationsdagen. I forhold til lige-gyldighed og deltagelse kunne jeg ligeledes differentiere mellem disse senere på observationsdagen, da det var mere indlysende at til- og fravælge, hvilke hændelser jeg skulle lægge vægt på, og hvilke hændelser der var mere eller mindre ligegyldige i forhold til specialets dataindsamling.

I løbet af observationsstudierne påtog jeg mig *deltageren som observatør-rolle*, da denne forskerrolle muliggør at: "(..) forskeren deltager i feltet samtidig med at han eller hun observerer ved at knytte kontakter til bestemte personer i feltet" (Kristiansen & Krogstrup, s. 106, 1999). Denne forskerrolle har været optimal at benytte, idet der ofte har været brug for at interagere med de forskellige personalegrupper på hospitalsafdelingerne, således at de kunne uddybe deres arbejdspraksis i løbet af deres arbejdsgang. Det har været særligt betydningsfuldt at interagere og kommunikere med aktørerne, når de sad og dokumenterede i Sundhedsplatformen eller på Roveren, således at de kunne forklare og beskrive, hvad de foretog sig i systemet, og hvad de var frustrerede eller glade for. Dette ville ikke have været muligt at undersøge, hvis jeg havde påtaget mig rollen som *den totale observatør*, der udelukkende iagttager og observerer uden nogen form for interaktion med aktørerne (Kristiansen & Krogstrup, 1999). At påtage sig forskerrollen *deltager som observatør* kan både have fordele og ulemper. En fordel er, at observatøren har mulighed for at optrappe og nedtone sin deltagelse i løbet af observationsdagen med det formål at indsamle relevante data (Kristiansen & Krogstrup, 1999). Dette er især fordelagtigt at benytte sig af i løbet af et længerevarende observationsstudie, der har en lang tidsmæssig udstrækning, som mine observationsstudier havde. Der var behov for at optrappe og nedtone min deltagelse, idet jeg så vidt muligt forsøgte at påvirke minimalt og vise hensyn til sundhedspersonalets arbejdspraksis ved ikke at forstyrre dem mere end nødvendigt. Jeg var derfor mere deltagende, når jeg kunne mærke, at sundhedspersonalet havde bedre tid til at besvare mine spørgsmål, og mindre deltagende når sundhedspersonalet eksempelvis var optaget af at tilse patienterne.

Dataindsamlingsmetoder under observationsstudierne

I løbet af observationsstudierne benyttede jeg feltnotater for at nedskrive mine observationer og sundhedspersonalets udsagn. Mine noter skrevet i en lille notesblok bestod både af stikord, koder, udsagn og løsrevne sætninger (Bilag 3 - Feltnotater). Denne notetagning var essentiel at benytte i løbet af specialets dataindsamling for, at jeg efterfølgende kunne genskabe de forskellige observationssituationer. Nedskrivningen af feltnotater kan beskrives, som det fremgår af dette citat: *“Keeping a notebook, systematically or even sporadically, allows writers to capture observations and emotions that otherwise might dissipate”* (Sunstein & Chiseri-Strater, 2012, s. 66). Som det fremgår af citatet, er det fordelagtigt at benytte sig af en notesblok for at have mulighed for at indfange observationer og informanternes følelser, da dette ellers vil være svært at beskrive ud fra ens hukommelse. Det er ikke første gang, at jeg har brugt feltnotater, så jeg er bekendt og erfaren med fremgangsmåden. Metoden for min feltnotetagning bestod først og fremmest i at nedskrive kondenserede beskrivelser sideløbende med mine deltagende observationer. Dernæst bestod fremgangsmåden i at renskrive disse beskrivelser til læsevenlige feltdagbøger i form af *“tætte beskrivelser/thick descriptions”* som er detaljerede og uddybende genfortællinger af observationssituationerne (Rasmussen, 2007). Thick descriptions er en etnografisk arbejdsform udviklet af socialantropologen Clifford Geertz, der beskæftiger sig med at genfortælle forskerens observerede begivenheder i form af detaljerede og fortættede beskrivelser (Rasmussen, 2007). Disse genfortællinger resulterer i flere forskellige sammenhængende historier, hvilket var min intention med at udarbejde feltdagbøgerne. Renskrivningen af feltnotaterne blev udført, når observationsstudierne på de forskellige hospitalsafdelinger var overstået. Min fremgangsmåde for feltnotetagning er inspireret af følgende dataindsamlingsmetode, der ligeledes består af kondenserede beskrivelser og en udvidet redegørelse for observationssituationen:

“Den kondenserede beskrivelse indeholder løsrevne sætninger, ord og vendinger, som er nedskrevet i løbet af observationen, såfremt dette er muligt. Forskeren nedskriver hurtigt nøgleord og vendinger, som efterfølgende kan bringe ham eller hende på sporet af den oprindelige situation (...) Den udvidede redegørelse ligger i forlængelse af den kondenserede beskrivelse. Her “udfylder” forskeren huller i beskrivelsen med detaljer og erindrer sig hændelser, som ikke blev skrevet ned i første omgang” (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 154).

Formålet med at udarbejde feltdagbøgerne er at give læseren en indsigt i observationssituationerne og de hændelser, der udspillede sig i felten, men også for at jeg kan bruge anvendelige uddrag fra feltdagbøgerne i dette speciale. Derudover er det interessant at påpege væsentligheden af feltnotater eller feltdagbøger i løbet af observationsstudier, hvilket understreges i det følgende uddrag:

“The difference between doing fieldwork and just “hanging out” is the writing. Without the writing, the sharp, incisive details about people, places, and cultures are lost to us. The overhead conversation, the aftereffect of an image, or the undertone of an encounter with an informant dissipates unless it is written down. Fieldworkers turn hanging out into a scholarly art form” (Sunstein & Chiseri-Strater, 2012, s. 56)

Uddraget fremhæver, at anvendelsen af feltnotater og feltdagbøger er den afgørende forskel mellem blot at iagttage og observere og så at indsamle detaljerede og omhyggelige data i forbindelse med et feltarbejde. Uden udarbejdelsen af feltdagbøgerne ville det have været vanskeligere nøjagtigt at forstå aktør-netværket eller praksisfællesskabet omkring anvendelsen af Sundhedsplatformen samt de hændelser, der udspillede sig i felten. Dette vil kun tilnærmelsesvis kunne undersøges ved brug af interviews. I forbindelse med min indsamling af data, der udgør en helhedsopfattelse og en helhedsforståelse af Sundhedsplatformens netværk/praksisfællesskab, har jeg derfor valgt at kombinere deltagende observationer med semi-struktureret livsverdensinterviews. Denne kombination af dataindsamlingsmetoder supplerer hinanden med det formål at give en større og mere virkelighedsnær indsigt i Sundhedsplatformens praksisfællesskab/netværk.

Sideløbende med mine feltobservationer indsamlede jeg data i form af fotografiske feltnoter på tværs af de forskellige hospitalsafdelinger. Fotografiske feltnoter består af billeder eller fotografier, der bliver taget i løbet af et observationsstudie (Rasmussen, 2007). Ifølge kultursociologen Kim Rasmussen kan fordelene ved anvendelsen af fotografiske feltnoter beskrives som følger:

“De fotografiske feltnoter rummer informationer, ligesom skrevne noter, der først hen ad vejen i forskningsprocessen viser sig at have enten blivende eller blot midlertidig værdi” og “Fotografiske feltnoter kan bidrage til at gøre en beskrivelse “tættere” (..) Fotografiske feltnoter velintegreret i den tykke beskrivelse kan bringe en tættere på det fænomen, der undersøges” (Rasmussen, 2007, s. 16 og 29).

Som det fremgår af ovenstående citat, benyttes de fotografiske feltnoter sideløbende med feltnotaterne og feltdagbøgerne med det formål at hjælpe forskeren med at genskabe eller huske de forskellige hændelser i løbet af observationssituationen. Derudover anvendes fotografiske feltnoter også for at informere læseren om, hvad der præcist er tale om i tilfælde, hvor det kan være svært at beskrive en hændelse eller et fænomen. Jeg har benyttet fotografiske feltnoter i mine feltdagbøger for at uddybe og illustrere de forskellige fænomener og hændelser, der udspillede sig på tværs af hospitalsafdelingerne.

Semistrukturerede interviews

I forbindelse med specialets dataindsamlingsproces er der foretaget semistruktureret livsverdensinterviews. Denne form for interviews gør det muligt at få en dybere indsigt i informanternes livsverden og dermed i deres praksisfællesskab. Med informanternes livsverden menes der den verden og den arbejdspraksis, som informanterne befinder sig i og arbejder i til dagligt: Ved hjælp af semistrukturerede livsverdensinterviews forsøges det i specialet at indhente empiri vedrørende informanternes umiddelbare hverdagsvirkelighed. Det semistrukturerede livsverdensinterview kendetegnes af Kvale og Brinkmann som følger:

“Et semistruktureret livsverdensinterview forsøger at forstå temaer fra den daglige livsverden ud fra interviewpersonernes egne perspektiver. Denne form for interview søger at indhente beskrivelser af interviewpersonernes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45).

For at kunne undersøge anvendelsen af Sundhedsplatformen så udførligt som muligt, har det været væsentligt og nødvendigt at kombinere deltagende observationer med semistrukturerede livsverdensinterviews. Disse dataindsamlingsmetoder har været fordelagtige at kombinere i dette speciale, idet det ved brug af deltagende observationer bliver undersøgt, hvordan sundhedspersonalet agerer og handler i praksis, og hvordan livsverdensinterviews bidrager med at udfolde og konkretisere, hvorfor sundhedspersonalet agerer og handler, som de gør. Sociologen William Whyte skriver om væsentligheden i at kombinere observationer og interviews: *“I stress the importance of linking interviewing and observation. Observation guides us to some of the important questions we want to ask the respondent, and interviewing helps us to interpret the significance of what we are observing”* (Whyte, 1984, s. 96). Det fremgår af citatet, at hverken observationer eller interviews kan stå alene, hvis man vil foretage en udførlig sociologisk undersøgelse, da det er nødvendigt at undersøge, både hvordan og hvorfor informanter handler, som de gør. De semistrukturerede interviews har derfor en supplerende funktion til mine deltagende observationer: *“Interview kan være en vigtig supplerende dataindsamlingsmetode, eftersom det ikke altid er åbenlyst, hvad der foregår blandt mennesker i bestemte situationer”* (Kristiansen & Krogstrup, 1999, s. 155). Ud fra denne metodiske kombination af observationer og interviews har jeg udarbejdet personlige interviewguides, som er tilpasset hver informant. De består blandt andet af en række spørgsmål angående deres oplevelser af, holdninger til og meninger om Sundhedsplatformen (Bilag 4 - Interviewguides). Det var nødvendigt at udarbejde særskilte interviewguides, fordi specialets informanter interagerer med Sundhedsplatformen på hver deres måde. De anvendte interviewguides består af ca. 7-15 semistrukturerede, korte og enkle spørgsmål, således at der var mulighed for at stille andre uddybende og opfølgende spørgsmål. Interviewspørgsmålene i de forskellige interviewguides varierer afhængig af, hvilken faglig baggrund informanten har.

Valg af interviewinformanter

I forlængelse af specialets teoretiske tilgange var mit ønske at interviewe aktører med forskellige faglige baggrunde, der alle beskæftiger sig med Sundhedsplatformen på hver deres måde for at få en bred forståelse af Sundhedsplatformens aktør-netværk og praksisfællesskab. Som tidligere forklaret har det været udfordrende at etablere kontakt til potentielle hospitalsafdelinger og interviewinformanter. Det har desværre ikke været muligt at interviewe alle de ønskede faggrupper, som jeg havde stræbt efter. Specialets interviewinformanter består af: Sundhedsplatformens kliniske it-konsulent for uddannelsesadministration Ane Lind Møldrup, Sundhedsplatformens applikationskoordinatorer Karin Selmer Thomsen og Jette Pihl, psykiatrisygeplejerske ved Bispebjerg Hospital Rikke Lindqvist, medicinsk sygeplejerske Ditte (anonym) og faglig konsulent Lars Bertelsen fra DSR. Alle informanter har således forskellige faglige baggrunde, hvilket har været givende og fordelagtigt for specialet, idet det igennem de semistrukturerede interviews har været muligt at indsamle data i form af forskellige oplevelser, meninger og holdninger vedrørende Sundhedsplatformen. Disse data omhandler blandt andet informanternes nuværende arbejdspraksis og arbejdsmiljø, frustrationer og udfordringer med Sundhedsplatformen, oplevelser omkring hele implementeringsforløbet samt forbedringsforslag til ændringer. Disse holdninger vil blive uddybet og behandlet i løbet af specialets analyse.

Udførelsen af interviewene

De semistrukturerede livsverdensinterviews blev hovedsageligt foretaget i informanternes arbejdstid og på deres arbejdsplads. Interviewet med Ditte blev dog foretaget uden for hendes arbejdstid på Facebook ved hjælp af opkaldsfunktionen FaceTime. Interviewenes varighed var mellem 45-75 minutter afhængigt af, hvor lang tid informanterne havde til rådighed, men også afhængigt af længden på informanternes besvarelser og deres engagement i løbet af interviewet. Interviewene blev diskret optaget på min smartphone, således at optagelsen ikke påvirkede informanten. Før interviewets start blev informanterne oplyst om informeret samtykke, der indebar en kort præsentation af specialets overordnede formål samt mit ønske om at optage interviewet, hvorfor de også fik tildelt en fortrolighedsaftale for at beskytte og sikre informanternes privatliv (Bilag 5 - Fortrolighedsaftale). I fortrolighedsaftalen skulle informanterne enten give samtykke til at fremstå som anonyme eller ikke.

Transskribering

Optagelserne af interviewene gjorde det muligt at transskribere dem efterfølgende og anvende empirien til at fortolke og analysere: *”Desuden kommer man dybt ind i sit materiale ved at transskribere det, og ofte opstår gode ideer til analyse i denne fase, hvorfor det kan være velinvesteret tid”* (Brinkmann & Tanggaard, 2013, s. 43). Som det fremgår af citatet, og som var grunden til, at jeg transskriberede interviewene, indeholder en transskriptionsproces ofte en optakt til, hvilke emner eller temaer der kan benyttes til at analysere, idet man som forsker får

en dyb indsigt i ens indsamlede empiri i løbet af transskriberingen. At transskribere et interview kan derudover karakteriseres som følger: *“Interviewet er en samtale, der udvikler sig mellem to mennesker ansigt til ansigt; i en transskription bliver samtalen mellem to mennesker, der er fysisk til stede, abstraheret og fikseret i en skriftlig form”* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 199). I forbindelse med transskriberingen af interviewene har jeg valgt at benytte mig af transskriptionsmetoden *talesprog til skriftsprog*. At transskribere fra talesprog til skriftsprog betyder at oversætte informantens talesprogsstil til skriftsprogsstil, hvilket indebærer en række valg, der skal træffes, da man som forsker skal være påpasselig med ikke at ændre for meget for at bevare informantens oprindelige mening (Kvale & Brinkmann, 2009).

I løbet af transskriptionsprocessen stødte jeg på nogle udfordringer, idet der var passager, hvor det var svært at høre og forstå meningen. Det skete blandt andet i løbet af transskriberingen af Karin og Jettes interview, hvor der til tider blev svaret samtidigt på nogle af spørgsmålene, hvilket gjorde det udfordrende at transskribere, høre og sammenflette deres besvarelser i kronologisk rækkefølge. På trods af dette tog jeg et bevidst valg ved at transskribere det efter bedste evne. En anden udfordring forekom under transskriberingen af interviewet med Lars, hvor der til tider var for meget byggestøj i baggrunden. I tilfældet med Lars og i andre lignende situationer har jeg alligevel forsøgt at skrive i parentes, hvad jeg mener, der blev sagt. Da skriftsprog kan opfattes på en anden måde end talesprog, har jeg forsøgt at notere i parentes informanternes handlinger, følelser og måder, som de udtrykte sig på.

Metode til analyse

For at kunne få overblik over feltdagbøgerne og de transskriberede interviews har jeg benyttet mig af undersøgelsesmetoden *meningskodning* (Kvale & Brinkmann, 2009). Anvendelsen af meningskodning indebærer: *“(..) at der knyttes et eller flere nøgleord til et tekstafsnit med henblik på senere at kunne identificere en udtalelse”* (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 223). I forbindelse med meningskodning af empirien har jeg tilknyttet forskellige nøgleord, temaer og begreber til specialets feltdagbøger og transskriberinger. Et eksempel herpå er temaer og nøgleord som brugervenlighed, utilfredshed, ensformighed, tilvænning, brug af Rover, systemtekniske udfordringer og undervisning. Disse temaer og nøgleord er blevet opsamlet og fordelt på skematisk vis med overskrifter og sidetal for, hvor disse temaer og nøgleord kunne fremfindes i bilagene. Denne undersøgelsesmetode har muliggjort, at jeg efterfølgende har kunnet danne mig et overblik over empirien på relativ kort tid og derfor har kunnet udarbejde en sammenhængende analyse og diskussion, der er opbygget på solidt grundlag på baggrund af de tilknyttede nøgleord, temaer og begreber.

Analyse af udfordringerne

Ud fra mine undersøgelser af sundhedspersonalets oplevelser og holdninger til anvendelsen af Sundhedsplatformen vil der i dette afsnit blive foretaget en analyse af, hvilke udfordringer sundhedspersonalet oplever i praksis ved anvendelsen af Sundhedsplatformen. Sideløbende med dette vil sundhedspersonalets udfordringer blive sat i relation til specialets teoretiske tilgange for at vise, hvorledes disse udfordringer kan påvirke det netværk eller det praksisfælleskab, som sundhedspersonalet interagerer og meningsforhandler i. Analysen af udfordringerne er opdelt i fem underafsnit, der indebærer fem forskellige områder, hvori sundhedspersonalet oplever udfordringer; *manglende brugervenlighed, manglende ensartethed, systemtekniske udfordringer, Sundhedsplatformens mobile applikation "Rover" og Sundhedsplatformens "opgavet-liste"*.

Manglende brugervenlighed

Sundhedsplatformens brugervenlighed er et af de væsentlige aspekter for sundhedspersonalets mulighed for den mest optimale anvendelse af systemet. Brugervenligheden af sundhedssystemet spiller ligeledes en afgørende rolle for henholdsvis de meningsforhandlingsprocesser, der foregår i sundhedspersonalets praksisfælleskab samt aktanternes netværksrelationer i netværket. I løbet af min dataindsamling har flere informanter udvist frustrationer over Sundhedsplatformens manglende brugervenlighed. Denne frustration spiller en afgørende rolle for deres daglige arbejdspraksis med at tage sig af patienterne. Med det følgende udsagn giver jeg et eksempel på en SOSU-assistents frustrationer i forbindelse med en overflytning af patientens medicin fra Fælles Medicinkort til Sundhedsplatformen, hvilket foretages i forbindelse med en patientindlæggelse i Sundhedsplatformen.

"Hvorfor kan jeg ikke få lov til at overflytte og indlægge patienten? Det forvirrer mig, at der er så mange klik, som man skal igennem. Hvorfor skal jeg trykke på acceptere, når jeg allerede har gjort det? Det forvirrer jo også, på et højere plan, især når systemet er nyt (...) Jeg kan jo ikke komme videre med denne patient, før dette er blevet afklaret" (Feltbog 3, s. 15).

SOSU-assistentens udsagn viser adskillige problematikker, blandt andet at der er rigtig mange steder, hvor der skal klikkes af, og at der gentagne gange skal trykkes på accepter i systemet. Disse problematikker kan kendetegnes som en del af SOSU-assistentens tingsliggørelsesproces, der omhandler en dokumentationsproces. Da fremgangsmåden for at udføre dokumentationsprocessen ikke er intuitivt genkendelig og forståelig, kan det antages, at systemets opsætning ikke er blevet udviklet på en særlig brugervenlig måde. SOSU-assistenten oplyser endvidere, at hun ikke har mulighed for at komme videre med denne patient, før problemet er blevet løst. Det kan karakteriseres som en kortvarig destabilisering af netværket, hvorfor SOSU-assistenten er

nødt til at forhandle og interagere med andre aktører i netværket for at skabe orden og lighed igen og dermed få mulighed for at arbejde videre med denne patient. Problematikken med de mange klik i systemet er et af de mest genkommende problemer indenfor brugervenligheden af Sundhedsplatformen blandt specialets informanter. Et eksempel herpå er sygeplejerskens frustration over de mange uforståelige klik: *“Ej hvor er der åndssvagt mange klik jeg skal igennem, jeg er lige ved at brække mig over det. Jeg har sagt “ja” 15 gange til det her”* (Feltdagbog 5, s. 25). En faglig konsulent fra DSR belyser ligeledes dette problem, idet han udtaler: *“De der historier om at det tager 50 klik for at give patienten to panodiler, som er et problem”* (Interview 5, s. 63). For yderligere at fremhæve denne problematik har jeg valgt at benytte et udsnit fra feltdagbogen for at tydeliggøre, hvor krævende dokumentationsprocessen er i forbindelse med ordinerer af medicin til en patient:

“Først finder hun (sygeplejersken) oplysninger om patientens ordinerede medicin i Sundhedsplatformen, dernæst noterer hun det tidspunkt, hvor medicinen skal gives på, kl. 9:00, derefter finder hun medicinen frem for at scanne æsken (...) Når medicinen er blevet scannet, dukker der et lille vindue op i systemet, hvor Mia skal angive og acceptere dosis af medicinen, selvom dette allerede er blevet indtastet af lægen, der har ordineret medicinen. Når dette er gjort, skal der trykkes på “accepter” i det lille vindue efterfulgt af “godkend” i det store vindue” (Feltdagbog 2, s. 8).

Det ovenstående uddrag fra feltdagbogen belyser en langsommelig og besværlig dokumentationsproces. Ud fra en helhedsbetragtning er fremgangsmåden hverken brugervenlig eller funktionel på sigt, da processen skal udføres for hver eneste af patientens medikintyper. Desuden skal sygeplejersken angive medicindosis, selvom den allerede er blevet angivet af lægen. Et af formålene med indførelsen af Sundhedsplatformen var netop at gøre arbejdsgangene lettere for sundhedspersonalet ved at afskaffe dobbeltregistreringer og dermed spare tid, men dette er tilsyneladende ikke sket på nuværende tidspunkt, i hvert fald ikke i forbindelse med dokumentationsprocessen for medicinering. Et andet eksempel på dobbeltregistreringer er, når en sygeplejerske skal genindtaste patientens oplysninger, selvom patienten tidligere har været indlagt på samme afdeling: *“Det er bare åndssvagt at indtaste alt det, når patienten i forvejen er kendt hos os og skal tilbage til plejehjemmet snart”* (Feltdagbog 5, s. 23). Disse forskellige former for dobbeltregistreringer kan anses for at påvirke sundhedspersonalets engagement i praksisfællesskabet i forhold til, at sundhedspersonalet skal kunne vedligeholde deres deltagelse og lyst til at engagere sig, når de løbende støder på udfordringer. For at uddybe dette nærmere kan det jo slås fast, at sundhedspersonalet er blevet lovet og har set frem til et nyt og mere fordelagtigt sundhedssystem end de ældre usammenhængende it-systemer. Dermed har sundhedspersonalet i begyndelsen haft et engagement og fælles repertoire i form af forventninger til systemets implementering, men da flere af forbedringspåstandene ikke stemmer overens med den virke-

lighed, personalet oplever, kan det have en påvirkning på sundhedspersonalets fremtidige engagement i praksisfællesskabet. Denne antagelse kan belyses ved hjælp af følgende stemningsbillede: *"Stemningen på kontoret er i det hele taget meget opgivende, sundhedspersonalet giver udtryk for at de bare prøver lykken og håber på, at det, som de dokumenterer, havner det rigtige sted"* (Feltdagbog 5, s. 23). Ud fra denne observation kan læseren nærmest fornemme sundhedspersonalets frustrerede stemning og manglende lyst til at dokumentere i Sundhedsplatformen. Et andet eksempel på brugervenligheden er, når en SOSU-assistent skal tilføje nogle oplysninger til en tidligere dokumentation i Sundhedsplatformen:

"Han forsøger først at notere det på computeren ved at klikke forskellige steder, men ligegyldig hvor han klikker, kan han ikke få lov til at indtaste det. Han bliver frustreret og holder op med at forsøge (..) Sygeplejersken fortæller og viser ham, at han blot skal trykke på dato og tidspunktet for at kunne få lov til at redigere de allerede registrerede værdier (..) "Nå, så du også det? Det var noget nyt, som jeg også lige har lært i dag". Han var meget overrasket over, hvor nemt værdierne kunne redigeres, når man først ved, hvordan det virker" (Feltdagbog 4, s. 19).

Det ovenstående uddrag understreger, at Sundhedsplatformens opsætning ikke lægger op til nem brugervenlighed, medmindre brugeren på forhånd ved, hvordan systemet skal anvendes. Ydermere synliggør dette uddrag en meningsforhandlingsproces mellem praksisfællesskabets medlemmer, hvori der skabes læring, da sygeplejersken hjælper SOSU-assistenten ved at vise, hvorledes efterdokumenteringen skal gøres. Omkring denne situation kan det slås fast, at det er forholdsvis nemt at redigere og tilføje nogle oplysninger til en tidligere dokumentation i Sundhedsplatformen, men kun hvis brugeren på forhånd har lært, hvorledes dette skal gøres. Et eksempel på en lignende situation er sekretærens dokumentation for en overflytning af en patient til et andet hospital:

"Det er som om, at den skal vide, hvad jeg skal indtaste, før det virker. Fuck det her system, jeg er så træt af det her lort. Jeg gider ikke spille min tid på det mere. Jeg skal overflytte en af vores patienter til et andet hospital ved at lave en henvisning i systemet, men intet af det, som jeg indtaster i feltet for "henvisende sygehusafsnit", virker" (..) Jeg kan ikke komme videre, før jeg ved, hvad jeg skal indtaste i det her felt, systemet vil ikke acceptere, at jeg indtaster navnet på hospitalet" (Feltdagbog 2, s. 9).

Sekretærens udsagn belyser endnu en gang, at Sundhedsplatformens opsætning ikke er så hensigtsmæssig og brugervenlig, som det kunne være ønskeligt, idet brugeren på forhånd skal vide, hvilken type information der skal indtastes i feltet *henvisende sygehusafsnit*. Når en person melder sig ind i et praksisfællesskab, er der som regel et sæt fastlagte kodificerede procedurer og specificerede kriterier, som er med til at opretholde og vedligeholde praksisfællesskabet,

hvorudfra personerne handler. I sekretærens tilfælde er disse procedurer og kriterier ikke blevet fastlagt på forhånd, hvilket gør, at hun ikke har de nødvendige værktøjer eller den nødvendige viden til at kunne deltage i praksisfællesskabet. Sekretærens deltagelse i praksisfællesskabet ville blive en del nemmere, hvis feltet *henvisende sygehusafsnit* havde en eller anden form for hentydning til, hvilken type oplysninger der skal indtastes i feltet. Da dette ikke er tilfældet, er sekretæren nødt til at meningsforhandle i praksisfællesskabet, hvor hun bliver hjulpet af en afdelingssekretær, der fortæller hende, at det er en hospitalskode, der skal indtastes og ikke navnet på det pågældende hospital: *"Hvordan skulle jeg nogensinde finde ud af, at det var en hospitalskode, der skulle indtastes?"* (Feltdagbog 2, s. 9). I dette tilfælde forefindes der ingen hentydninger i systemet, der kan vejlede og hjælpe brugerne med at komme videre hurtigt, hvilket kan ses som et tegn på mangelfuld brugervenlighed. Brugerne er således nødt til at indgå i forskellige meningsforhandlingsprocesser i håb om, at der er nogen i fællesskabet, der har tid og mulighed for at hjælpe, men dette er ikke altid tilfældet.

Manglende ensartethed

Et andet fremherskende aspekt, som sundhedspersonalet betragter som en udfordring, er den manglende ensartethed på Sundhedsplatformen hos de forskellige personalegrupper: *"Vores (sekretærernes) skærbillede af Sundhedsplatformen ser helt anderledes ud end lægernes og sygeplejerskernes"* (Feltdagbog 3, s. 15). Den manglende ensartethed indebærer både en forskelligartet layout af skærmopsætningen og forskelligartede muligheder for at dokumentere i Sundhedsplatformen. I forlængelse af disse udfordringer pointerer en læge: *"Det er også frustrerende, at de personaliserede faner er forskellige på alle pc'er, det er ikke det samme billede, som vi alle har"* (Feltdagbog 2, s. 10). En sygeplejerske og en sekretær er enig med lægen:

"Hvorfor er det ikke bare ens, det er fair nok, at man har adgang til forskellige ting, men det kunne gøre, at man bare havde en lille chance for at kunne sige: Prøv lige at gøre det her eller gå ind på det her, fordi det virker for os (...) Jeg synes, at det gør det hele mere kompliceret" (Interview 4, s. 57). og *"Nogle gange beder sundhedspersonalet os (sekretærerne) om hjælp til Sundhedsplatformen, da vi også fungerer som superbrugere, men det er ikke altid, at vi kan hjælpe, da vi ikke har lært at dokumentere de samme ting, som de har"* (Feltdagbog 3, s. 15).

At opsætningen af sundhedspersonalets skærbilleder er personaliseret og indbyrdes forskellige for forskellige personalegrupper, kan medføre frustrationer og besværliggøre sundhedspersonalets arbejdsgange, da de har mindre mulighed for at hjælpe hinanden. Derudover fremhæver de ovenstående citater, at sundhedspersonalet mægler på tværs af forskellige arbejdspraksisfællesskaber med det formål, at meningsforhandle og vidensdele for at hjælpe hinanden. Afslutningsvis påpeger sekretæren, at de forskellige personalegrupper er blevet undervist i for-

skellige dokumentationsområder, hvilket også har en afgørende indflydelse på mulighederne for at kunne hjælpe hinanden. Undervisningsaspektet af de forskellige personalegrupper på Sundhedsplatformen vil blive uddybet og diskuteret senere i specialet. Det kan formodes, at sundhedspersonalet som helhed er medlem af et stort praksisfællesskab, men at der forefindes mindre praksisfællesskaber for de enkelte personalegrupper, da det ikke er alle medlemmer i det store praksisfællesskab, der har fået tilegnet nøjagtigt de samme kompetencer i forbindelse med anvendelsen af Sundhedsplatformen.

Udover forskellige skærbilleder er der også forskel på, hvad de forskellige personalegrupper har mulighed for at dokumentere og bestille på Sundhedsplatformen: *”Der er en forskel på, hvad sygeplejersker og sygeplejerskestuderende kan gøre, og hvad de hver især har adgang til i systemet. (...) det samme gælder ved bestillingen af blodprøver, det er ikke alle blodprøver, som sygeplejerskestuderende kan bestille”* (Feltdagbog 2, s. 10). Dette skyldes højst sandsynligt sikkerhedsmæssige årsager hos Epic, hvilket både kan anses som en fordel, men også en ulempe, da de studerende på hospitalsafdelingerne ofte skal afbryde sygeplejerskernes arbejdspraksis for at kunne komme videre med deres arbejdspraksis. På trods af sygeplejerskernes og de studerendes tætrelaterede arbejdspraksisfællesskab har de ikke det samme fælles repertoire, når de studerende ikke har adgang til de nødvendige elementer for at kunne handle eller fuldføre deres arbejdspraksis. Når sygeplejersken skal hjælpe de studerende med at foretage en handling, translaterer de en række fastlagte processer fra sygeplejerskernes praksisfællesskab til de studerendes, hvilket gør, at de studerende kan arbejde videre. Der forekommer dog en kortvarig destabilisering af sygeplejerskernes netværk, idet de skal hjælpe de studerende.

For at give et forklarende og detaljeret eksempel på, hvorledes manglende ensartethed på Sundhedsplatformen anses for at være en udfordring for sundspersonalet, er følgende observationsuddrag fra feltdagbogen valgt:

”En af vores sygeplejersker, som er superbruger, blev forleden udlånt til et andet hospital for at hjælpe dem i to uger. Hun var ikke særlig glad for hele forløbet, mens hun var der. Hospitalsafdelingen var ikke enig i hendes fremgangsmåde til at anvende Sundhedsplatformen. Jeg (sygeplejerske) fik at vide, at de på et tidspunkt sagde til hende: ”Du siger hele tiden, at vi skal gøre sådan og sådan, men det er ikke den måde, vi plejer at gøre tingene på” Til det svarede vores sygeplejerske: ”Jamen det er jo sådan, at vi plejer at gøre på vores afdeling” (Feltdagbog 4, s. 19).

Det ovenstående uddrag fremhæver den manglende ensartethed og de forskelligartede anvendelsesmuligheder, som Sundhedsplatformen tilbyder, hvilket kan være udfordrende, når de forskellige hospitalsafdelinger har deres egne fremgangsmåder at anvende Sundhedsplatformen på. Sygeplejersken, der blev udlånt til et andet hospital, har mæglet til et andet praksisfællesskab

med det formål at hjælpe dem og dermed skabe nye forbindelser mellem begge praksisfælleskaber ved at meningsforhandle. I denne meningsforhandling opstår der uenighed mellem medlemmerne, da praksisfællesskabernes tingsliggørelsesproces differentierer sig. I dette tilfælde består tingsliggørelsesprocesserne af hospitalsafdelingernes forskellige fremgangsmåder og verner at anvende Sundhedsplatformen på. Den manglende ensartethed på Sundhedsplatformen kan dermed betragtes som en udfordring, når en udefrakommende sygeplejerske ankommer til en anden hospitalsafdeling for at hjælpe og vejlede dem. Sygeplejersken udtrykker samtidig et håb om, at der bliver taget en lokal beslutning om fremover at bygge på en mere ensartet systemanvendelse: *"Ja, der skal stadig besluttes, hvordan man skal gøre tingene lokalt på de enkelte afdelinger. Der er ikke ensformighed i Sundhedsplatformen. Vi kan dokumentere på så mange måder"* (Feltdagbog 4, s. 20). Derudover kan den manglende ensartethed påvirke de andre medlemmers engagement i praksisfællesskabet, hvilket er tilfældet i det ovenstående observationsuddrag, hvor en anden sygeplejerske ytrer: *"Jeg havde ellers tænkt mig at tage til et andet hospital for at være superbruger, men jeg kan mærke at mine pædagogiske evner eller at min tålmodighed ikke vil række særligt langt i sådanne situationer"* (Feltdagbog 4, s. 20). Sygeplejerskens ændring af mening om at engagere sig i et andet praksisfælleskab beror på en meningsudveksling i hendes arbejdspraksisfælleskab om den manglende ensartethed i anvendelsen af Sundhedsplatformen. At sundhedspersonalet allerede på nuværende tidspunkt fravælger at engagere sig i tætrelaterede praksisfælleskaber under henvisning til Sundhedsplatformens opsætning, kan få en omfattende indflydelse på personalets engagement fremover.

Systemtekniske udfordringer

På det systemtekniske niveau er der også nogle udfordringer med Sundhedsplatformen. Med de systemtekniske udfordringer refererer jeg til de problemer, som sundhedspersonalet ikke har mulighed for selv at løse, blandt andet på grund af fejlopsætninger af de bagvedliggende it-programmer i Sundhedsplatformen. Ifølge en læge forekommer en af disse udfordringer blandt andet, når patienterne bliver overført fra de tidligere it-systemer til Sundhedsplatformen: *"Der er udfordringer med de patienter, som er blevet overflyttet fra det gamle system til Sundhedsplatformen"*. (Feltdagbog 3, s. 12). Overflytningen af patienterne er en proces, der foregår bagved systemet og er derfor ikke en proces, som sundhedspersonalet har indflydelse på, medmindre de bliver nødsaget til at overflytte patientens oplysninger til Sundhedsplatformen manuelt. Denne overflytningsproces relateres til netværkets translationsproces, hvor netværkets aktanter (patienterne) bliver translateret (overflyttet) til et nyt it-system (Sundhedsplatformen) for at kunne stå til rådighed og dermed indgå i nye forhandlingsprocesser. Et andet eksempel på en systemteknisk udfordring, hvor systemerne ikke samarbejder, er, når sundhedspersonalet tilgår Fælles Medicinkort (FMK) via Sundhedsplatformen. Dette fungerer ikke, som systemet ellers var opsat til, hvilket pointeres af en faglig konsulent fra DSR: *"En af de store frustrationer, som vi hører hele tiden, er det med FMK, altså de kan jo ikke samarbejde. (..) det burde være sådan, at*

når man ordinerer noget i Sundhedsplatformen, så burde det være tilgængeligt i FMK” (Interview 5, s. 63). Som tidligere påpeget i litteratursøgningsafsnittet kan det manglende samarbejde mellem FMK og Sundhedsplatformen medvirke til fejl i patienternes medicinering. For at undgå dette er sundhedspersonalet derfor nødsaget til at tilgå FMK udenom Sundhedsplatformen, hvilket er en ændring af deres oprindelige forhandlingsprocesser i praksisfællesskabets fælles virksomhed.

En anden udfordring, der har en betydelig indflydelse på sundhedspersonalets arbejdspraksis, er i forbindelse med sundhedspersonalets manglende mulighed for at dokumentere doseringen af medicinen i Sundhedsplatformens medicinmodul Medicindispensering og Administration (MDA). I det følgende uddrag bliver denne udfordring fremhævet af en sygeplejerske:

“Jeg har et stort ændringsønske til, at det i MDA skal være muligt at dosere medicin variabelt. Lige nu kan vi kun vælge det antal af gram/milligram eller liter/milliliter som systemet foreslår, vi har ikke mulighed for selv at skrive værdierne i tilfælde af, at patienten skal have en højere eller en lavere dosis. Jeg skal eksempelvis ordinere en lavere dosis medicin til patienten nu, og det kan jeg ikke registrere nogen steder i systemet. Derfor har jeg rent fysisk lavet en forkert medicinering på baggrund af, hvad der står, at patienten skal have udleveret, medmindre jeg skriver det i patientnotaterne, således at lægen kan ændre medicinordinationen på et tidspunkt. Men jeg ved, at han skal have en lavere dosis af denne medicin, da han også har fået ordineret noget andet medicin” (Feldagbog 4, s. 21).

Det fremhæves i ovenstående citat, hvorledes sygeplejersken er nødsaget til at notere en *forkert medicinering* i MDA. Sundhedsplatformen er ikke sat op til, at sygeplejersker skal kunne redigere i patienternes medicindosering, da det kun er læger, der har mulighed for at ordinere medicin til patienterne. Ydermere fremhæver citatet et af de fagområder, hvor sundhedspersonalet er blevet stillet overfor nye og forandrede arbejdsfunktioner, fordi Sundhedsplatformens opsætning er udviklet på denne måde. Sundhedspersonalets nye og forandrede arbejdsfunktioner er ikke hensigtsmæssigt anlagt og stemmer ikke overens med sundhedspersonalets arbejdsfunktioner på tværs af de danske hospitalsafdelinger. Som det fremgår af sygeplejerskens udsagn, har sygeplejersken en solid viden om, at patienten har fået ordineret anden medicin, hvorfor medicindoseringen på den første medicin skal nedjusteres. Men da sygeplejerskens systemopsætning ikke tillader dette, er hun derfor nødsaget til at anføre en forkert dosering i patientnotaterne, indtil lægen får mulighed for at ændre medicinordinationen.

De systemtekniske udfordringer omhandler også sundhedspersonalets behov for at kunne dokumentere i Sundhedsplatformens patientjournal samtidig med andre personalegrupper. I nedenstående citat ytrer en sygeplejerske sit ønske om at kunne arbejde med en journal samtidig

med, at andre personalegrupper arbejder med den samme patientjournal:

"Jeg kunne godt tænke mig, at når man går ind på patienten, så skal alle kunne arbejde derinde. (..) lægen kan ikke sidde og rette i medicinen samtidigt med, at jeg sidder og booker en blodprøve. Det kan den ikke, så blokerer den. (..) Så siger den ved en alarm, at du ikke kan gøre det, da den person allerede er i gang med noget i systemet. (..) det gør bare, at man sidder og venter på hinanden nogle gange, i stedet for at tiden blev brugt effektivt" (Interview 4, s. 55).

At Sundhedsplatformens opsætning ikke tillader, at flere personalegrupper dokumenterer på samme patient samtidigt, må siges at være uhensigtsmæssig udnyttelse af tiden og dermed tidsspild. Sundhedspersonalet skal således ofte vente på, at enten en læge eller en sygeplejerske bliver færdig med at dokumentere i en patientjournal. Uhensigtsmæssig udnyttelse af tiden kan sættes i relation til forskydninger eller forsinkelser af sundhedspersonalets praksisfællesskab, da det begrænser sundhedspersonalets meningsforhandlinger i praksisfællesskabet. Et andet eksempel, der belyser, hvordan sundhedspersonalet forhindres i at arbejde videre i systemet er, når der løbende dukker advarselstegn op om, at der mangler nogle oplysninger, før der kan trykkes på accepter og signere for at afslutte dokumentationsprocessen. Dette fremgår af følgende udtalelse fra en sygeplejerske:

"Men jeg har rigtige mange problemer lige nu. Altså lige nu har jeg et par journaler, der er åbne, fordi når jeg signerer, så siger den for eksempel "du skal tilknytte en kontakt" eller "der er ikke et relevant notat". Når jeg så går ind for at prøve at skrive et notat, bliver den ved med at sige "der er ikke noget relevant notat" eller "du skal tilknytte en kontakt". Derudover er kontakten, som vi i øvrigt har brugt flere gange på den patient, ja den kan man så, af en eller anden årsag, ikke bruge alligevel, og så popper der en gul trekant eller et rødt udråbstegn op. Der er også ting, der har virket på den samme patient, der lige pludselig ikke virker, så blokerer det bare, og så kan du bare ikke komme videre" (Interview 4, s. 51).

Disse forskellige systemtekniske udfordringer, som jeg har nævnt i dette afsnit, giver sundhedspersonalet mange frustrationer, da de er uddannet til det kliniske arbejde med at undersøge, pleje og behandle patienterne, hvorfor de har mindre forståelse for det tekniske fagområde. I forlængelse af dette nævner en sygeplejerske: *"(..) det er for teknisk til mig, så det ville være dejligt hvis det var mere simpelt"* (Interview 4, s. 56). Sygeplejerskens ønske om en mere simpel fremgangsmåde til at interagere i Sundhedsplatformen og dermed meningsforhandle ved at udføre sit kliniske arbejde i praksisfællesskabet kan være med til at stabilisere både hendes, men også de andre personalegruppers arbejdspraksis.

Sundhedsplatformens mobile applikation "Rover"

Roverenheden er en mobil applikation, der er knyttet til Sundhedsplatformen, og som bliver anvendt på en iPod touch med en indbygget scanner. Roveren henvender sig primært til plejepersonalet, som blandt andet består af sygeplejersker og SOSU-assistenten, der har behov for at dokumentere eller slå information op i patientjournalen (Epic Systems Corporation, 2014). Selvom Roveren er blevet vældig godt modtaget af plejepersonalet, eksisterer der en række områder, som kan forbedres.

I dette afsnit vil der blive foretaget en analyse af Roverens fordele og ulemper med udgangspunkt i plejepersonalets arbejdsgange. Ud fra specialets anvendte teorier kan Roveren karakteriseres som en non-human aktør i sundhedspersonalets netværk, der har en ligeså stor indflydelse på deres arbejdsgange som de humane aktører i netværket.

Ifølge en sygeplejerske er Roveren med til at gøre hendes arbejdsgang lettere og hurtigere, da hun kan dokumentere patienternes neurologiske tilstand, Glasgow Coma Scale (GCS), direkte på Roveren fremfor at vente med at gøre dette på computeren: *"Jeg kan faktisk godt lide systemet. Det er meget nemmere at indtaste GCS på Rover og ikke på PC. Det går meget hurtigere at indtaste de neurologiske værdier på Rover. Men jeg har dog oplevet før, at registreringen ikke altid bliver overført til computeren"* (Feltdagbog 2, s. 10). Dog påpeger hun i citatet, at der engang imellem forekommer udfordringer i forbindelse med overførelsen af disse registreringer til Sundhedsplatformen på computeren. Hvis registreringen ikke bliver overført, kan sygeplejersken være nødsaget til at tilse patienten endnu engang for at foretage en ny vurdering af patientens neurologiske tilstand for derefter at dokumentere dette på computeren. Denne udfordring medvirker derfor både til en forsinkelse i sygeplejerskens arbejdsgang, men også til endnu en forstyrrelse af patienten.

I modsætning til Sundhedsplatformens opsætning og brugervenlighed på computeren, er Roveren blevet opsat på en mere brugervenlig måde, der er nemmere at anvende, hvilket fremgår af den følgende observationssituation: *"Sideløbende med hendes (sygeplejerskens) vurdering af patienten dokumenterer hun i Roveren. (...) Lige så snart den ene valgmulighed er blevet valgt, hopper systemet videre til den næste kategori, der ligeledes foreslår nogle valgmuligheder, som der skal vælges imellem"* (Feltdagbog 2, s. 8). Som det belyses i uddraget, består dokumenteringen på Roveren af mere flydende overgange, hvor systemets opsætning vejleder brugeren til at indtaste de forskellige oplysninger. I forlængelse af denne observationssituation skulle sygeplejersken afslutningsvis gemme sine registreringer ved at trykke på udført, hvilket dog gav en systemteknisk udfordring:

"Jeg (Irina) lægger mærke til, at Mia (sygeplejersken) bliver ved med at trykke på udført, men

systemet reagerer ikke. (...) Mia trykker på knappen flere gange og meget hurtigt, hun fortæller mig, at systemet driller engang imellem, og at det er irriterende, at den ikke vil gemme med det samme. Et par minutter senere reagerer systemet og gemmer hendes dokumentation” (Feltdagbog 2, s. 8).

Den ovenstående observationssituation beskriver sygeplejerskens frustration over den langsomme reaktion på Roveren. For at sygeplejersken kan få en glidende arbejdsgang, vil det være fordelagtigt, hvis Roveren kunne gemme hendes dokumentation med det samme. En anden sygeplejerske udtrykker sin tilfredshed over muligheden for at kunne dokumentere på Roveren: *“Dengang noterede vi patientens EWS-værdier først på papir og derefter på pc. Det er blevet meget nemmere med Roveren nu” (Feltdagbog 4, s. 21).* Det kan således antages, at Roveren har gjort plejepersonalets arbejdsgange lettere ved at reducere tidsforbruget til at dokumentere patientens EWS-værdier direkte på Roveren fremfor på papir og derefter på pc.

Et andet område, der kan forbedres i forbindelse med anvendelsen af Roveren, er at oprette log-in til sygeplejerske- og SOSU-assistentstuderende, da disse personalegrupper ikke har brugeradgang til Roveren: *“Kan vi ikke lige få din (afdelingssygeplejerskens) log-in, vi (studerende) har jo ikke log-in til Roveren?” (Feltdagbog 3, s. 12).* At sygeplejerske- og SOSU-assistentstuderende ikke har brugeradgang til Roveren, medfører afbrydelser i deres arbejdsgange. For det første skal de studerende finde en sygeplejerske, som kan logge ind på Roveren for dem, for det andet bliver sygeplejerskens arbejdsgang også afbrudt, hvilket må anses for at være en kortvarig destabilisering af netværket. For det tredje vedrører problematikken et væsentligt etisk aspekt, der beror på misbrug af sygeplejerskens brugeradgang, da det i realiteten ikke er hende selv, der efterfølgende dokumenterer på Roveren.

Udover ovenstående udviser plejepersonalet utilfredshed med Roverens hardware design. Som tidligere beskrevet er Roveren konfigureret på en iPod touch (hardware), som er på størrelse med nutidens almindelige smartphones, men den fylder mere, fordi hardwaren er blevet opgraderet med en scanner. Ydermere er iPod touchen og scanneren blevet anbragt i et beskyttelsescover. I de følgende citater belyser en sygeplejerskestuderendes sin irritation over størrelsen og vægten af Roveren: *“Kan du (Irina) holde Roveren i et øjeblik, den falder altid ud af min lomme? (...) De (Rover-apparaterne) er meget tunge. Det er lige før, at jeg (sygeplejerskestuderende) hellere ville ønske, at vi (plejepersonalet) havde det på vores egne telefoner” (Feltdagbog 3, s. 12-13).* På grund af Roverens vægt og størrelse har sygeplejerskestuderende et ønske om at kunne tilgå den mobile applikation fra sin egen telefon. Ønsket om dette bliver højst sandsynligt vanskeligt at imødekomme, da scanneren på iPod touch'en spiller en væsentlig rolle for patientsikkerheden, når der blandt andet skal dokumenteres på Roveren, og når patienten skal have udleveret sin medicin (Feltdagbog 4). Scanningsfunktionen på Roveren bruges ved at scanne patien-

tens indlæggelsesarmbånd. Derudover er scanningsfunktionen en af de funktioner, som plejepersonalet ligeledes ytrer tilfredshed over, hvilket fremgår af en sygeplejerskestuderendes udsagn: *“Dengang kunne vi komme til at registrere scorerne på de forkerte patienter. Nu scanner vi patienternes armbånd og kan derfor være sikre på, at det er den rigtige patient, vi registrerer værdierne på”*. (Feltdagbog 5, s. 24). For at undgå fejlmedicinering og fejlregistreringer er scanningsfunktionen derfor et nødvendigt værktøj i plejepersonalets arbejds gange.

En af de mest tilfredsstillende funktionsløsninger på Roveren, som plejepersonalet har stor gavn af, og som har en positiv indvirkning på hele sundhedspersonalets arbejds gange, er muligheden for at tage et billede af patienten. Billedet af patienten bliver efterfølgende tilgængelig på Sundhedsplatformen for hele sundhedspersonalet. I de følgende citater udtrykker en SOSU-assistent og en sygeplejerske deres begejstring over patientbillede-funktionen:

“Det er meget smart, at vi nu har mulighed for at tage et billede af patienten med Roveren. Så husker man bedre, hvilken patient det er, man sidder og læser journal på” (Feltdagbog 4, s. 20).
“Jeg (sygeplejerske) kan også godt lide at tage billeder af patienterne. Hvis jeg skal sidde på kontoret og læse patientens journal, så hjælper det at have et billede af patienten for at huske, hvem det er, man læser op på” (Feltdagbog 5, s. 24).

Patientbilledefunktionen kan også sættes i relation til sundhedspersonalets meningsforhandlinger i deres arbejdspraksisfælleskab ved, at der ved hjælp af billedefunktionen muliggøres en genkendelse af patienterne. Disse genkendelser af patienten gør, at sundhedspersonalet hurtigere kan danne sig et overblik over, hvilken patient der præcis er tale om, når de sidder med patientjournalen på Sundhedsplatformen. Det er dog ikke alle hospitalsafdelinger, der har fået tilbudt Roveren, selvom dette ville have været hensigtsmæssigt ifølge en sygeplejerske, hvilket understreges i det følgende citat:

“Det har vi desværre ikke fået lov til. Så vidt jeg ved, er det den, der kan tage billeder, jeg ville vildt gerne have haft den på vores afdeling, det giver større patientsikkerhed. Jeg har vildt svært ved at se en patient for mig, når jeg bare læser et navn. Når det er et ambulat forløb, for eksempel til konferencen, der vil det jo være genialt, at man kunne genkende patienterne, hvis der var et billede af dem” (Interview 4, s. 54).

Sygeplejerskens udtalelse beror på et ønske om at få indført Roveren på hendes afdeling også, blandt andet begrundet med det praktiske ved at have patientbilleder ved de konferencer, der bliver afholdt, ikke mindst hvor det drejer sig om patienter, der behandles ambulant, og derfor ikke er indlagt. I en konference deltager som regel patientens læge, fysioterapeut og sygeplejerske. Formålet med patientkonferencen er at diskutere patientens behandlingsforløb. Det er ikke

i alle tilfælde, at patienten indkaldes til konferencen, hvorfor et billede af patienten ville være hensigtsmæssigt at have for at kunne genkende patienten i løbet af sundhedspersonalets meningsforhandlingsproces til konferencen.

Sundhedsplatformens "Opgaveliste"

Sundhedsplatformens implementering har medført en ny måde at strukturere sundhedspersonalets arbejdsgang på. En af disse nye fremgangsmåder er *opgavelisten* i Sundhedsplatformen, hvoraf udvalgte opgaver fremgår (Sundhedsplatformen, s.d.). Det er muligt at personalisere og specificere opgavelisten til en vis grad afhængig af, hvad sundhedspersonalet ønsker at kunne have et overblik over. Opgavelisten kan derfor indeholde udvalgte opgaver, der knytter sig til én eller flere patienter, eller som er rent personalespecifikke opgaver. Derudover har sundhedspersonalet mulighed for selv at tilføje adskillige former for opgaver til opgavelisten og tildele opgaver til andre personalegrupper (Sundhedsplatformen, s.d.). På nuværende tidspunkt er der delte meninger om opgavelisten og dens anvendelse. Ifølge én af Sundhedsplatformens applikationskoordinatorer, giver opgavelisten bedre overblik: *"Det, som er rigtig godt, er de steder, hvor man ude på hospitalerne har lært at håndtere opgavelisten og samtidigt forstå den (...). Det giver et bedre overblik for dem, der har lært at arbejde med opgavelisten"* (Interview 2, s. 39). Ud fra dette citat tyder det på, at ikke alle hospitalsafdelinger har lært at anvende og forstå de grundlæggende funktioner ved opgavelisten. Det skal man have in mente ved læsningen af dette afsnit, der sætter fokus på sundhedspersonalets forskellige meninger og brugeroplevelser af opgavelisten. En af de positive tilbagemeldinger ved anvendelsen af opgavelisten udtrykkes af en sygeplejerske i det følgende citat:

"Jeg (sygeplejerske) må indrømme, at jeg rigtig godt kan lide opgavelisten. Den giver et godt overblik over alle mine patienter, og hvad der skal nås på hver patient i løbet af min vagt. Før næste vagtskifte skal min opgaveliste være ryddet, således at den næste vagthavende sygeplejerske ikke skal tage sig af opgaver, der skulle have været gjort under min vagt" (Feltdagbog 4, s. 21).

Sygeplejersken fremhæver, at opgavelisten giver et godt overblik over de patientopgaver, som hun skal have udført. Endvidere viser citatet en positiv holdning til vedligeholdelsen af sundhedspersonalets arbejdspraksisfællesskab ved, at den vagthavende sygeplejerske udfører opgaverne på opgavelisten i løbet af sin vagt, således at opgaverne ikke bliver videreført til den næste vagthavende sygeplejerske. Dermed udviser sygeplejersken et engagement og en aktiv ansvarlighed i den kollektive forhandlingsproces for at opretholde praksisfællesskabet. I modsætning til dette skabes der frustrationer hos det vagthavende sundhedspersonale, hvis opgavelisten ikke bliver ryddet inden næste vagtskifte:

“De (opgaverne) bliver ved med at være der, indtil nogen gør noget ved dem. De forsvinder ikke bare af sig selv, og det er superirriterende, da jeg (sygeplejerske) selv skal scrolle hele vejen ned for at se dagens opgaver” (Feltdagbog 5, s. 26) ”Opgaver på patientens personlige opgaveliste bliver stående, indtil de bliver aktivt registreret for at dokumentere, at dette er blevet gjort” (Feltdagbog 2, s. 10).

Den manglende udførelse af opgaverne kan medvirke til at besværliggøre arbejdsgangen hos det næste vagthavende sundhedspersonale, da næste vagthavende skal scrolle ned for at kunne tilgå dagens opgaver. Dette kan skabe forvirring og medvirke til manglende overblik over opgavelisten. Medmindre den næste vagthavende har tid og mulighed for at gennemse de tidligere opgaver for at godkende dem, således at de forsvinder fra opgavelisten.

Som tidligere beskrevet indeholder opgavelisten en række forskellige opgaver, der blandt andet kan være praktiske opgaver, der blot skal godkendes af patientsikkerhedsmæssige årsager. Et eksempel på denne type opgave er, at den vagthavende sygeplejerske skal godkende sygeplejerske- og SOSU-assistentstuderendes registreringer i Sundhedsplatformen: *“Alt det som SOSU-studerende og sygeplejestuderende dokumenterer og gemmer i Sundhedsplatformen, skal jeg (sygeplejersken) eller deres ansvarlige sygeplejerske godkende efterfølgende. Vi får rapporter om det i vores opgaveliste”* (Feltdagbog 4, s. 21). Dette er desuden et eksempel på en af de nye arbejdsgangrutiner, som sygeplejerskerne skal inkorporere i deres arbejdsgang efter Sundhedsplatformens indførelse.

Opgavelisten kan være stressfremkaldende, hvis sundhedspersonalet tildeles flere opgaver, end hvad der i realiteten er tid og mulighed for at udføre. Et eksempel på denne udfordring fremgår af følgende observationssituation, hvor en læge føler sig stresset: *“Ninna (læge) føler sig stresset, da hun ikke har nået alle de opgaver, der var på hendes opgaveliste og fortæller: “Med det her system kan vi ikke opretholde vores maksimum, som vi gerne ville. På et eller andet tidspunkt bliver vi nødt til at stoppe. Det er fuldstændigt håbløst”* (Feltdagbog 5, s. 27). Lægens frustration og utilfredshed beror ikke kun på opgavelisten, men også på en række andre faktorer, der skyldes Sundhedsplatformen. En af disse faktorer er, at lægerne har fået flere arbejdsopgaver at tage sig af end tidligere, hvilket kan forklare lægens frustration over ikke at kunne opretholde den planlagte maksimumsbehandling. Alligevel kan opgavelisten betragtes som et positivt element i hendes arbejdsgang og i netværket, da lægen tager udgangspunkt i opgavelisten, når hun skal se, hvilke opgaver hun skal udføre i løbet af sin vagt.

Et andet væsentligt aspekt, der kan være udfordrende i forbindelse med anvendelsen af opgavelisten, er sundhedspersonalets digitale kompetencer, som varierer efter, hvilken aldersgruppe

sundhedspersonalet hører til. Denne udfordring fremhæves af en afdelingssygeplejerske, der følte sig nødsaget til at varetage én af overlægens opgaver i forbindelse med en patients medicinordination: *“Nej men det kommer han (overlægen) ikke til at gøre eller følge op på. Han er en ældre mand, jeg tvivler på, at han kigger i sin opgaveliste. Derudover har han rigeligt at se til i forvejen. Det MÅ en anden gøre for ham”* (Feltdagbog 3, s. 16). Dette citat belyser to essentielle aspekter først og fremmest afdelingssygeplejerskens antagelse om, at overlægen ikke benytter opgavelisten på grund af sin alder, dernæst overlægens mange arbejdsopgaver, der gør, at han ikke har tid til at løse udfordringen med medicinordinationen, hvorfor sygeplejersken hjælper overlægen med hans mange arbejdsopgaver.

Opsummering af udfordringerne

Den ovenstående analyse af sundhedspersonalets udfordringer har afdækket, hvilke udfordringer personalet oplever i løbet af deres arbejdspraksisfælleskab, og hvorledes disse udfordringer påvirker deres meningsforhandlinger i praksisfælleskabet. Manglende brugervenlighed og ensartethed i Sundhedsplatformen er med til at besværliggøre sundhedspersonalets arbejdsgang, dels fordi de ofte har udfordringer med at forstå, hvorledes forskellige dokumenteringsprocesser skal udføres, og dels fordi der er forskellige måder, hvorpå Sundhedsplatformen kan anvendes. De systemtekniske udfordringer er derved også med til at besværliggøre sundhedspersonalets arbejdsgang ved, at der blandt andet ikke er mulighed for at arbejde og dokumentere samtidigt i Sundhedsplatformens forskellige moduler. Dette medfører oftest, at sundhedspersonalet er nødsaget til at vente på, at enten en læge eller en sygeplejerske bliver færdig med at dokumentere for derefter at kunne fortsætte sin arbejdsgang med at dokumentere. Denne uhenigtsmæssige udnyttelse af tiden kan derfor være med til at skabe et større arbejdspress på sundhedspersonalet. Uhenigtsmæssig udnyttelse af tiden blev endvidere også belyst i forbindelse med de studerendes manglende brugeradgang til Roveren, hvilket medførte, at de studerende blev nødsaget til at forstyrre en sygeplejerske for at låne hendes/hans log-in til Roveren. Ydermere har analysen belyst, at der er brug for bedre oplæring i Sundhedsplatformens opgaveliste, således at opgavelisten kan blive benyttet, som den oprindeligt var tænkt.

Diskussion

I forlængelse af specialets analyse af sundhedspersonalets udfordringer i praksis ved anvendelsen af Sundhedsplatformen vil der i dette afsnit blive foretaget en diskussion af undervisnings- og tilvænningsprocessen. For at få en større indsigt i, hvorfor sundhedspersonalet oplever de påviste udfordringer samt for at tilvejebringe, i hvilket omfang der er behov for at tilpasse Sundhedsplatformen, er det først og fremmest væsentlig at afdække og diskutere aktørernes oplevelser og meninger om, hvorledes uddannelsen i Sundhedsplatformen er blevet afviklet. Endvidere foretages en diskussion af Sundhedsplatformens tilvænningsproces for at belyse og påpege, hvor krævende tilvænnning til et nyt og omfangsrigt system som Sundhedsplatformen er.

Undervisningsproces

Et af de grundlæggende aspekter ved at kunne anvende et nyt it-system er, at brugerne har fået tilstrækkelig information og viden om, hvordan systemet skal anvendes. For at undersøge, hvorfor sundhedspersonalet oplever udfordringer ved anvendelsen af Sundhedsplatformen, er det derfor først og fremmest væsentligt at afdække, hvorledes uddannelsen i Sundhedsplatformen bliver afviklet. Uddannelsen af sundhedspersonalet i Sundhedsplatformen afvikles og tilrettelægges i form af e-læring og tilstedeværelsesundervisning, der ifølge en klinisk it-konsulent for uddannelsesadministrationen har til hensigt at uddanne sundhedspersonalet: "(..) så godt at de er klædt på til at kunne varetage overgangen til Sundhedsplatformen" (Interview 1, s. 29). Sundhedspersonalets tilstedeværelsesundervisning kan relateres til Wengers syn på læring, idet han mener, at læring skabes mellem mennesker igennem interaktioner i et praksisfællesskab. Ét af sundhedspersonalets praksisfællesskaber er derfor, at meningsforhandle i et uddannelsespraksisfællesskab. Ud fra disse meningsforhandlinger i et uddannelsespraksisfællesskab har sundhedspersonalet mulighed for at lære samt tilegne sig viden om Sundhedsplatformens anvendelse. Sundhedspersonalets optimale læringsproces skabes, hvis uddannelsespraksisfællesskabets gældende faktorer og elementer er tilstede. Eksempler på manglende faktorer og elementer i et læringsmiljø kan blandt andet være, som nedenstående citat belyser:

"Vi (DSR) har hørt historier om forholdsvis trange undervisningslokaler, dårlig luft i undervisningslokalet, eller få pauser" (Interview 5, s. 62) "Underviseren havde udfordringer med at få internettet til at virke, og det tog tid. Derefter havde hun ikke så lang tid igen, derfor gik hun hurtigt igennem Sundhedsplatformen, og man kunne ikke rigtigt følge med. Jeg (sygeplejerskestuderende) kunne godt tænke mig mere undervisning" (Feltdagbog 3, s. 13).

Sideløbende med uddannelsespraksisfællesskabets gældende faktorer og elementer skal det læringsmiljø, hvori undervisningen skal foregå, indeholde de nødvendige læringsredskaber for at

skabe det mest optimale læringsmiljø for sundhedspersonalet. For at tilvejebringe en dybdegående indsigt i hvilke forbedringer, der er behov for for at skabe en optimal læringsproces for sundhedspersonalet, er det blandt andet disse læringsredskaber, der bliver gennemgået og diskuteret i dette afsnit ud fra sundhedspersonalets meninger og oplevelser af undervisningen.

Undervisningen bliver afviklet i sundhedspersonalets arbejdstid, hvilket betyder, at tiden tages fra sundhedspersonalets kliniske arbejdstid. Dette fremhæves af den kliniske it-konsulent: *"Undervisningen er i deres arbejdstid, men det er tid, der bliver taget fra den tid, som man ellers har til rådighed i klinikken, og det kliniske arbejde er jo det vigtigste, så det skal hænge sammen. Så jo mere uddannelse ens medarbejdere skal have, jo større pres kommer der på klinikken"* (Interview 1, s. 29). I og med at undervisningen tilrettelægges i løbet af sundhedspersonalets arbejdstid, samt at uddannelsesforløbene for de enkelte personalegrupper varierer efter deres faglighed, kan det medføre et stort pres på det kliniske arbejde. Dette påvirker ikke kun sundhedspersonalet, men også patienterne, hvilket ikke er særligt hensigtsmæssigt, da sundhedspersonalets kerneopgave er at passe patienterne. Et eksempel herpå er, at der næsten ikke afvikles undervisning i anvendelsen af Roveren: *"De (plejepersonalet) får stort set ingen undervisning i Roveren overhovedet. Det tror man bare, at sygeplejerskerne kan, de skal selv gå ind og læse Rovers manual og se en e-læring"* (Interview 2, s. 37). At plejepersonalet ikke får undervisning i et så vigtigt arbejdsværktøj som Roveren, kan medføre frustrationer og påvirke deres arbejdsgang, da plejepersonalet blandt andet skal bruge længere tid på at finde ud af, hvorledes Roveren skal benyttes, medmindre plejepersonalet har haft tid og mulighed for at læse Roverens manual og se den dertilhørende e-læringsvideo i løbet af den travle implementeringsperiode. Omvendt fremhæver den kliniske it-konsulent, at planlægningen af sundhedspersonalets uddannelsesforløb bliver udført fornuftigt og velovervejet, hvilket fremgår af følgende citat:

"Vi starter op med uddannelsesplanlægningen cirka et år inden GO-Live på hospitalerne (..) Der er nogle grundlæggende præmisser, som skal være overholdt (..) de mere generiske overenskomstmæssige aftaler bliver overholdt. Man må maks. have otte timers arbejde om dagen, det vil sige syv timers undervisning, fordi der også er en times frokostpause. Der skal gå minimum 11 timer, fra man har haft undervisning den ene dag, til man skal have undervisning dagen efter" (Interview 1, s. 29).

Citatet belyser både en omhyggelig planlægning af undervisningsforløbet, men også at der tages hensyn til sundhedspersonalets overenskomstmæssige aftaler. På trods af forsøget på at overholde sundhedspersonalets overenskomstmæssige aftaler er disse ikke blevet overholdt ifølge en DSR-konsulent:

”Det kan ikke lade sig gøre, det er min bedste overbevisning. Man kan ikke sende samtlige kolleger eller medarbejdere til undervisning og så samtidig sige, at det skal foregå i arbejdstiden, det kan driften bare ikke holde til. Så der har selvfølgelig været mange tilfælde, rigtig mange tilfælde, hvor arbejdstidsaftalen er brudt. Der har været planlagt delte vagter med, at du kommer lige i dagvagt først til klokken 15, og så møder du ind igen klokken 20 til undervisning. Der har været mange frustrationer over, at weekenderne også har været taget i brug, at sygeplejersker som aldrig, aldrig nogensinde har arbejdet i weekenderne, jamen de skulle pludseligt deltage i undervisningen i weekenden. Det har selvfølgelig skabt frustrationer, og der har hospitalerne, set fra vores synspunkt, helt klart fejlet. De har undervurderet opgaven, de har virkelig prøvet at strække arbejdstidsaftalerne til det yderste, de har prøvet at få det her igennem” (Interview 5, s. 65).

Ifølge DSR-konsulenten har hospitalerne undervurderet størrelsen af opgaven og fejlet i afviklingen af undervisningen blandt andet ved, at arbejdstidsaftalen er blevet brudt, hvilket har medført, at undervisningen er blevet afviklet anderledes, end det oprindeligt var planlagt.

Specialets dataindsamling har endvidere vist, at der er delte meninger omkring uddannelsesforløbet i Sundhedsplatformen, hvilket har påvirket sundhedspersonalets efterfølgende anvendelse af Sundhedsplatformen i praksis. Dette skyldes, at der er forskel på, hvorledes planlægningen og tilrettelæggelsen af undervisningen udtænkes, og hvordan den rent praktisk er blevet udført. Årsagen til dette er blandt andet, at der ofte er opstået nogle uforudsigelige hændelser. Et eksempel er, at Sundhedsplatformen ikke var færdigudviklet og færdigtilpasset før ibrugtagningen på de danske hospitaler. Dette har medført frustrationer hos sundhedspersonalet, idet den undervisning, som personalet havde modtaget, op til Sundhedsplatformen blev taget i brug på hospitalerne, afveg fra, hvordan Sundhedsplatformen rent faktisk var, da den var færdigudviklet, hvilket belyses af en applikationskoordinator i nedenstående citat:

”Vi (udviklerne bag Sundhedsplatformen) sad og byggede systemet til klokken 23:00 om aftenen, hvor det gik i luften. Så underviserne kunne ikke undervise i det, der faktisk var, fordi der kom hele tiden noget nyt. Det var ikke godt, og det kan vi se i dag ved, at brugerne laver rigtig mange overspringsting i systemet, fordi at de ikke har lært det ordentligt, og fordi det, som vi ligesom har fået puttet på, som de har manglet fra start, det er aldrig gået op for dem, at nu virker det faktisk, som det skal” (Interview 2, s. 40).

At Sundhedsplatformen ikke var færdigudviklet før undervisningsforløbets begyndelse, har medført nogle af de udfordringer, som sundhedspersonalet oplever på nuværende tidspunkt ved anvendelsen af systemet. En sygeplejerske udtrykker for eksempel sin mening om undervisningen på denne måde:

”Vi (sygeplejerskens hospitalsafdeling) har været ude på Gentofte hospital, hvor vi har haft nogle meget korte seancer, som gik meget stærkt (..) Overhovedet ikke, på ingen måde har jeg fået de rette kompetencer. Slet, slet, slet ikke. Jeg føler, at jeg fik en lille smagsprøve og mange af de billeder, som findes derude, hvor man bliver undervist, de er blevet lavet om mange gange siden. Det (undervisningen) varede så kort tid, at hvis du for eksempel skulle på toilettet, så kunne du ikke nå at lave de der øveopgaver færdige, før de andre gik videre. (..) Men jeg vil sige, at det eneste, som dog var godt, det er, at man har hørt ting, og at man kan genkende nogle af siderne og blive mindet lidt om det, når man stod med det i praksis. (..) Men alle i min afdeling følte sig stadig meget grønne, da det var, at vi gik i gang med det i praksis” (Interview 4, s. 50).

Sygeplejersken giver udtryk for, at hendes oplæring i Sundhedsplatformen ikke har været særlig optimal, og at hun ikke har fået tilegnet sig de nødvendige kompetencer for at anvende systemet, da undervisningen bestod af korte undervisningsforløb, som blev gennemgået for hurtigt. Derudover påpeger hun problemerne med at blive undervist i nogle funktioner, som ikke stemmer overens med Sundhedsplatformens praksis, udover at nogle af funktionerne virkede genkendelige. En afdelingssekretær er enig i, at undervisningen har været præget af korte undervisningsgange, som ikke har været meget lærerige:

”Det (undervisningen) har været alt for koncentreret, os, der er sekretærer, fik kun to undervisningsgange á fem timers varighed. Det gik alt for stærkt, og jeg føler ikke rigtigt, at jeg lærte meget. Man lærer mere af at bruge systemet selv efterfølgende” (..) Selvom at alle ting er besværlige og tager frygtelig længere tid at ordne nu end de gjorde før, så er det jo en tilvænningsproces” (Feltdagbog 2, s. 9).

Afdelingssekretærens udsagn understreger, dels at hun efterfølgende selv har lært at navigere i systemet ved at anvende det i praksis, og dels at det drejer sig om en tilvænningsproces at lære og vænne sig til at anvende et nyt it-system.

Tilvænningsproces

Som specialet har belyst, har sundhedspersonalet haft mange udfordringer med implementeringen af Sundhedsplatformene. Alligevel viser specialets dataindsamling dog også, at personalet er opmærksomme på, at det tager tid at vænne sig til et nyt system, hvilket blandt andet bliver belyst af en sekretær og en læge:

Men vi skal nok vænne os til Sundhedsplatformen, det er stadig meget nyt for os, og det tager tid at vænne sig til et nyt system” (Feltdagbog 3, s. 15) ”Jeg (lægen) synes, at jeg støder ind i problemer ved hver eneste medicinordination, jeg laver. Jeg bliver nok bedre til det om et halvt år, men det tager bare lang tid at vænne sig til” (Feltdagbog 5, s. 25).

Ud fra disse holdninger til tilvænnning må man konstatere, at sundhedspersonalet er engageret i praksisfællesskabet, da de udviser lyst til at meningsforhandle og dermed lære at anvende Sundhedsplatformen. Ifølge Epics tidligere implementeringsprocesser på forskellige hospitalsafdelinger tager det omkring et år at vænne sig til Epics sundhedssystem: *”Det tager ofte et år, før alle ansatte kender systemet ud og ind, og alle muligheder udnyttes fuldt ud”* (Region Hovedstaden, 2016). En tidsperiode på et år, fyldt med sundhedspersonalets ændrede arbejdsgange samt særdeles mange udfordringer, der både påvirker sundhedspersonalet og patienterne, kan dog medføre en række komplikationer. De ændrede arbejdsgange og de udfordringer, som sundhedspersonalet dagligt oplever, kan være konfliktfyldt at leve med i længere tid og medfører et stort arbejdspress. Fem måneder efter implementeringen af Sundhedsplatformen oplever en sygeplejerske stadig store udfordringer med Sundhedsplatformen, der både påvirker hende og resten af sundhedspersonalet psykisk, hvilket pointeres i det følgende citat:

”(..) altså min film knækkede fuldstændig i sidste uge, der var jeg simpelthen ”fed up”. Altså så kommer der en til og siger ”kan du ikke lige booke for mig”, bare det at nogen siger ”kan du ikke lige” til mig, så er man ved at tude. På det tidspunkt havde jeg siddet og knoklet i forvejen helt frem til klokken 12, hvor jeg stadig ikke var nået til at komme ud til en patient (..) Hvis jeg så alligevel skal hjælpe en, så skal jeg ud af det billede, som jeg sidder i og ind i et andet for at hjælpe med at booke, så går det tabt, som jeg er i gang med. Derefter skal jeg så tilbage til mit eget arbejde, hvor jeg tænker: ”hvor var det nu, at jeg var nået til” (tænkepause). (..) Når vi så går ind til hinanden for at bede om hjælp (..) Så siger sekretæren ”Jamen jeg ved ikke, hvad jeg skal”, hvor jeg så siger til hende ”Jamen det skal du bare, det skal løses, fordi jeg kan ingenting, før det virker”. Så man får helt ondt i maven, når man ser hinanden, fordi vi presser hinanden. (..) Fordi man bliver jo også træt af at rykke på sine kolleger hele tiden, man begynder nærmest at sige undskyld til dem, hver gang man har brug for hjælp, man ved jo godt, at de bliver stresset af, at vi kommer og beder om hjælp, men samtidigt skal vi jo have det løst” (Interview 4, s. 58).

Sygeplejersken påpeger, hvor krævende tilvænningsprocessen har været for hende og hendes kollegaer. At sygeplejersken har siddet på kontoret og dokumenteret i systemet indtil klokken 12, må betyde at sygeplejersken ikke har været ude at tilse patienterne i flere timer, da plejepersonalets arbejdsvagt som regel begynder omkring kl 7:00. Det må derfor også antages, at der forekommer længere destabiliseringer af netværket, og i oftere forekommende perioder, da personalet på hendes afdeling er psykisk belastede i større omfang, idet de har svært ved at hjælpe hinanden, fordi de selv skal arbejde videre med egne arbejdsopgaver. Citatet påpeger en række arbejdsområder, der kan forbedres i Sundhedsplatformen, som for eksempel at personalet ikke skal føle det som et problem at bede hinanden om hjælp eller føle, at de er nødsaget til at undskylde, hver gang de beder hinanden om hjælp. Derudover kan det store arbejdspress for-

årsage stress hos sundhedspersonalet og lyst til at skifte branche, som samme sygeplejerske ligeledes ytrede i løbet af interviewet:

"Jeg har selv været meget tæt på at gå ned med stress, og jeg har en veninde, som er på (hospitalsnavn udeladt), der er gået ned med stress, og der er i øvrigt mange andre sygeplejersker, der er gået ned med stress" (Interview 4, s. 58). "(..) men jeg vil sige, at hvis det bliver ved, som det er nu, så er det et spørgsmål om tid, før jeg skifter branche, i det hele taget væk fra Sundheds-væsenet, men vi må se, hvad tiden bringer" (Interview 4, s. 60).

Ved indførelsen af et så omfangsrigt system som Sundhedsplatformen ville det have været hensigtsmæssigt, hvis Epic og Sundhedsplatformens udviklere havde taget større højde for omfanget af implementerings- og tilvænningsprocessen for at undgå, at flere personalegrupper skulle gå ned med stress på grund af de udfordringer og det arbejdspress, som sundhedspersonalet dagligt oplever med Sundhedsplatformen.

Konklusion

Ved hjælp af specialets forsknings- og dataindsamlingsmetoder, den deltagende form for observation og semistrukturerede interviews, er der blevet foretaget en dybdegående undersøgelse af, hvilke udfordringer sundhedspersonalet oplever i praksis ved implementeringen og anvendelsen af Sundhedsplatformen. Specialets analyse af disse udfordringer har vist, hvordan disse udfordringer påvirker personalets arbejdspraksisfællesskab. Der er blevet foretaget en diskussion af sundhedspersonalets undervisnings- og tilvænningsproces, der blandt andet påpeger sundhedspersonalets ønske om at modtage en undervisning, der er mindre koncentreret, mere detaljeret og svarer bedre til praksis, end hvad personalet på nuværende tidspunkt er blevet tilbudt og oplever. Såfremt sundhedspersonalet havde fået en bedre oplæring i Sundhedsplatformen, ville nogle af de udfordringer, specialet har afdækket er problematiske for personalet, ikke have eksisteret i samme grad som nu. I specialets analyse og diskussion kan der derfor påpeges en række områder, der har behov for tilpasning af Sundhedsplatformen med henblik på at optimere sundhedspersonalets arbejdsgange:

- ❖ Manglende brugervenlighed i Sundhedsplatformen indebærer, at sundhedspersonalet ofte har udfordringer med at forstå, hvorledes forskellige dokumenteringsprocesser skal udføres. De mange klik i dokumenteringsprocesserne begrundes den manglende brugervenlighed og medvirker til frustrationer, som derved udgør en reduktion af sundhedspersonalets engagement i praksisfællesskabet.
- ❖ Manglende ensartethed i Sundhedsplatformen indebærer en række udfordringer, da systemets skærbilleder er personaliseret og indbyrdes forskellige for de forskellige personalegrupper, hvilket medfører, at de forskellige personalegrupper har mindre mulighed for at hjælpe hinanden på tværs af deres arbejdspraksisfællesskab. Dertil kommer, at den manglende ensartethed muliggør en dokumenteringsproces for en opgave, der er forskellig fra faggruppe til faggruppe og fra afdeling til afdeling. Dette har en betydelig indflydelse på sundhedspersonalets anvendelse af Sundhedsplatformen, da de forskellige hospitalsafdelinger anvender Sundhedsplatformen på forskellig vis, hvilket skaber udfordringer og frustrationer hos sundhedspersonalet, når de bliver udlånt til andre hospitalsafdelinger.
- ❖ De systemtekniske udfordringer indebærer et manglende systemsamarbejde mellem FMK og Sundhedsplatformen. Sundhedspersonalet ønsker, at det skal kunne være muligt for alle personalegrupper at vælge og dokumentere, hvilken medicindosis patienten skal have ordineret i MDA, fremfor at det på nuværende tidspunkt kun er lægerne, der har mulighed for at ændre i patienternes medicinordinationer. Den manglende mulighed for at kunne arbejde og dokumentere samtidigt i de forskellige moduler i Sundhedsplatformen medfører, at sundhedspersonalet ofte venter på hinanden.

- ❖ I forbindelse med Roveren opstår der udfordringer ved overførelsen af dokumenteringer fra Roveren til Sundhedsplatformen på pc. Det ville være mere hensigtsmæssigt, hvis alle personalegrupper havde brugeradgang til Roveren, således at for eksempel de studerende ikke skal være nødsaget til at bruge andres brugeradgang. Derudover udtrykte sundhedspersonalet et ønske om at indføre Roveren på flere hospitalsafdelinger, end hvad der på nuværende tidspunkt er blevet tilbudt.
- ❖ Sundhedspersonalet mangler oplæring i opgavelisten således, at alle personalegrupper kan benytte sig af opgavelisten på den måde, den var tænkt, uden for eksempel at skulle scrolle ned for at se dagens arbejdsopgaver eller undgå at bruge tid på manuelt at fjerne de tidligere arbejdsopgaver.
- ❖ Undervisningsdelen bør tilpasses den praksis, som personalet møder i deres dagligdag. Undervisningen bør tilrettelægges mere hensigtsmæssigt, så der dels bruges den nødvendige tid på undervisningen, dels at undervisningen ikke kun ligger i arbejdstiden, hvilket belaster de enkelte afdelinger og kan afstedkomme stress hos resten af personalet.

Ud fra sundhedspersonalets nævnte udfordringer i praksis ved anvendelsen af Sundhedsplatformen kan det konkluderes, at der på nuværende tidspunkt eksisterer et stort behov for at foretage en tilpasning af Sundhedsplatformen. Dette er væsentligt at tage højde for, så sundhedspersonalets arbejdsgange kan optimeres i modsætning til deres nuværende arbejdspraksisfællesskab, der består af en lang tilvænningsproces, som er konfliktfyldt med diverse udfordringer, hvilket i værste fald kan medføre, at sundhedspersonalet går ned med stress, eller – næsten endnu værre - søger over i helt andre brancher.

Bilag

Specialets interviews, feltdagbøger og andre bilag kan fremfindes i den vedhæftede fil.

Litteraturliste

Litteratur:

Bijker, W. E. & Law, J. (1992): Introduktion til: Latour, B.: Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. I W. E. Bijker & J. Law, *Shaping Technology-Building Society, Studies in Sociotechnical Change*, s. 151-180. Cambridge: MIT Press.

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, *Kvalitative Metoder* s. 29-54 (1.udgave, 5. oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Davis, Z. & Khansa, L. (2016): Evaluating the epic electronic medical record system: A dichotomy in perspectives and solution recommendations I W. K. Redekop (red.) *Health Policy and Technology* s. 65-73. (5.udgave, 1. bind).

Epic Systems Corporation. (2014) *Sundhedsplatformens Rover Manual*. Region Hovedstadens & Region Sjællands fortrolig dokument.

Esmark, A., Laustsen, B. C. & Andersen, Å. N. (2005): Socialkonstruktivistiske analysestrategier – in introduktion. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å. Andersen, *Socialkonstruktivistiske analysestrategier* s. 7-30. Roskilde Universitetsforlag.

Gad, C. & Jensen B. J. (2007): Post-ANT i C. B. Jensen, P. Lauritsen, & F. Olesen, *Introduktion til STS: Science, Technology, Society* (s. 93-102). København: Hans Reitzels Forlag.

Hunice, L., & Olesen, F. (2014): Introduktion. I L. Hunice, & F. Olesen, *Teknologi i Sundhedspraksis*. København: Munksgaards forlag.

Jacobsen, B., Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2010): Tilgange: Fænomenologi. I S. Brinkmann & L. Tanggaard, *Kvalitative Metoder*, s. 185-205 (1.udgave, 5. oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, T. E. (2005): Aktør-netværksteori - Latours, Callons og Laws materielle semiotik. I A. Esmark, C. B. Laustsen & N. Å. Andersen, *Socialkonstruktivistiske analysestrategier*, s. 185-210. Roskilde Universitetsforlag.

Justesen, L. & Mik-Meyer, N. (2010): Videnskabsteori, perspektiver og kvalitative metoder. I L. Justesen & N. Mik-Meyer, *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier* s. 11-36. (1.udgave, 1. oplag). København: Hans Reitzels Forlag.

- Kristiansen, S., & Krogstrup, H. K. (1999): *Deltagende observation – Introduktion til en samfundsvidenskabelig metode* (1.udgave, 7.oplag) København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009): *Interview: Introduktion til et håndværk* (2. udg.). København: Hans Reitzels Forlag.
- Latour, B. (1992): Where Are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts I W., E. Bijker & J. Law *Shaping Technology-Building Society, Studies in Sociotechnical Change*, s. 151-180. Cambridge: MIT Press.
- Law, J. (1992): Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity I *Systems Practice*, s. 379-393. (4.udgave, 5.oplag) Springer US
- Law, J. (2009): Actor-Network Theory and Material Semiotics. I B. S. Turner, *The New Blackwell Companion to Social Theory*, s. 141-158. (3. udgave). Oxford: Blackwell Publishing Ltd
- Martirosyan, I., Ghiouane, W. & Steenhold, L. (2015): "*Early Warning Score - Udfordringer i praksis*". Aalborg Universitet, Teknoantropologi (upubliceret)
- Martirosyan, I., Ghiouane, W. & Steenhold, L. (2014): "*Deltagende observation i teknologikulturer - Interaktionen mellem de sundhedsprofessionelle & it-systemerne på afdeling X*". Aalborg Universitet, Teknoantropologi (upubliceret)
- Olesen, F. & Kroustrup, J. (2007): ANT – Beskrivelsen af heterogene aktør-netværk. I C. B. Jensen, P. Lauritsen, & F. Olesen, *Introduktion til STS: Science, Technology, Society* (s. 63-92). København: Hans Reitzels Forlag.
- Rasmussen, K. (2007): *Sociologens fotografiske feltnoter. Et bidrag til "thick description"?* Institut for psykologi og uddannelsesforskning. Roskilde Universitetscenter. Sosiologi i dag, årgang 37., nr. 1., s.13-32.
- Sunstein, B. S. & Chiseri-Strater, E. (2012): Writing Self, Writing Cultures: Understanding Field-Writing. I S. B. Sunstein, & E. Chiseri-Strater, *Fieldworking: Reading and Writing Research* (4. udg., s. 55-100). Boston, New York: Bedfords/St. Martin's.
- Whyte, W. (1984): Observational Methods. I W. Whyte *Learning from the Field. A Guide from Experience* (s. 83-96). London: Sage Publications.

Links:

Bansler, J. (8. juni 2016). *Hospitals-IT fungerer i USA, men volder store problemer i Danmark*. I TV2 Nyheder af Keld Vrå Andersen. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra nyheder.tv2.dk:

<http://nyheder.tv2.dk/samfund/2016-06-08-hospitals-it-fungerer-i-usa-men-volder-store-problemer-i-danmark>

Brock, L. (16. maj 2017). *Kronik: Fri os fra sundhedsplatform og offentligt IT*. I Politiken af L. Brock. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra bibliotek.dk:

<https://bibliotek.dk/da/overlay/infomedia/37403539>

Epic. (s.d.). *About*. Lokaliseret d. 2.7.2017 fra epic.dk: <http://www.epic.com/about>

Epic. (s.d.). *What We Do*. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra careers.epic.com:

<https://careers.epic.com/Home/WhatWeDo>

Laeger. (s.d.). *FAPS-Nyt Orientering om Region Hovedstadens overgang til Sundhedsplatformen*.

Lokaliseret d. 19.4.2017 fra laeger.dk: <https://www.laeger.dk/faps-nyt-orientering-om-region-hovedstadens-overgang-til-sundhedsplatformen>

Lind, M.; Ravn, L.; Rønholt, F.; Mejdahl, S.; Jeppesen, E. M.; Stimpel, H. R.; Iversen, K. & Usinger, L. (20. maj 2017). *Overlæger: I dag er det Sundhedsplatformens fødselsdag* I Politiken. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra politiken.dk: <http://politiken.dk/debat/art5960015/i-dag-er-det-Sundhedsplatformens-f%C3%B8dselsdag>

Lydon, J. (17. maj 2016). *New \$1.2b Partners computer system brings prescription for frustration*

I Boston Globe, Business & Tech af P. D. McCluskey. Lokaliseret d. 15.7.2017 fra bostonglobe.com: <https://www.bostonglobe.com/business/2016/05/16/partners-healthcare-new-computer-challenges-some-doctors-nurses/1I4QsWGjCJ97xFmUbcDbAJ/story.html>

Lægevidenskabelige Selskaber. (5. juli 2017). *Sundhedsplatformen - LVS har spurgt medlemmerne*. Lokaliseret d. 7.7.2017 fra selskaberne.dk:

http://www.selskaberne.dk/portal/page/portal/LVS/Forside/Nyhedsarkiv?public_visningsType=1&public_nyhedsId=3885

Region Hovedstaden. (2016). *Spørgsmål og svar om Sundhedsplatformen*. Lokaliseret d.

4.7.2017 fra regionh.dk: <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/om-sundhedsplatformen/Sider/Spoergsmaal-og-svar-om-Sundhedsplatformen.aspx>

Version2, (19. oktober 2016). *Region H bekræfter: Lægeseekretærer ryger ud, når Sundhedsplatformen kommer ind*. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra version2.dk:

<https://www.version2.dk/artikel/region-h-bekraefter-vi-fyrer-laegesekreterer-efter-indfoerelse-sundhedsplatformen-996898>

Vestergaard, M. (18. april 2017) *Læger: Sundhedsplatform betyder færre behandlinger* I Politiken af H. Drachmann & S. M. Vilsbøll. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra bibliotek.dk:

<https://bibliotek.dk/da/overlay/infomedia/37374768>

Sundhedsplatformen (s.d.). *De store forandringer med Sundhedsplatformen*. Lokaliseret d. 14.07.2017 fra regionh.dk [https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komite-er/an%C3%A6stesiologi/Documents/2016_02_24%20pkt.%20%20Herlev%20Gentofte.pdf)

[og-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komite-er/an%C3%A6stesiologi/Documents/2016_02_24%20pkt.%20%20Herlev%20Gentofte.pdf)

[komite-](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komite-er/an%C3%A6stesiologi/Documents/2016_02_24%20pkt.%20%20Herlev%20Gentofte.pdf)

[er/an%C3%A6stesiologi/Documents/2016_02_24%20pkt.%20%20Herlev%20Gentofte.pdf](https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsfaglige-raad-og-komite-er/an%C3%A6stesiologi/Documents/2016_02_24%20pkt.%20%20Herlev%20Gentofte.pdf)

Stimpel, H. (18. april 2017) *Læger: Sundhedsplatform betyder færre behandlinger* I Politiken af H. Drachmann & S. M. Vilsbøll. Lokaliseret d. 6.7.2017 fra bibliotek.dk:

<https://bibliotek.dk/da/overlay/infomedia/37374768>