

Organisatorisk implementering af Sundhedsplatformen – oplevelsen af forandringen

”ALLE VIL UDVIKLING – INGEN VIL FORANDRING”

Projektgruppe: Stella Lauenborg Hansen
Studienummer: 20155585
Vejleder: Karsten Niss
Afleveringsdato: 4. januar 2021
Master i Sundhedsinformatik
Aalborg Universitet

Abstract

Titel: Organizational implementation of Sundhedsplatformen (The healthcare platform) – the users experience of the change.

Background:

It has long been known that many implementation projects are experiencing difficulties, or complete failures, resulting in frustrated end-users and increased costs. This also applies to implementation projects in the healthcare system. When implementing – or upgrading – Electronic Healthcare Records, it is important to remember the end-users, and thereby the human factors involved in the implementation process. All too often, the significant factors such as the organizational implementation are forgotten or hidden in the technical implementation. In 2016 the Electronic Healthcare Record Sundhedsplatformen, were implemented in the Sealand Region. The implementation was the biggest of its kind in Denmark, and therefore it was scrutinized by the public. It met a lot of resistance and became quite unpopular by the end users.

Research question:

This master thesis in Health Informatics, examines the organizational implementation of Sundhedsplatformen at Rigshospitalet, based on the healthcare professionals experience of the change. Thus, the impact of the organizational implementation on the experience of the change is explored. In this project, the change is understood as the planned revolutionary change, in which a top-down approach is adopted.

Methods:

This project investigates the research question by using a method triangulation, where a combination of qualitative and quantitative methods is used. The methods of investigation are field-observations, interviews and questionnaires, performed two times over a time period of almost one year, hence giving a unique insight into the organizational implementation and the change.

Results:

The collection of data showed, that there were many key factors in the organizational implementation process that have not been completely sufficient for the end-users at bedwards at Rigshospitalet to become prepared for the change. The investigation showed that the end-users were ready for the change in an overall perspective, but the specific change caused by the implementation of the Sundhedsplatformen, led to a lot of concerns, and resistance against the change emerged.

Conclusion:

This master thesis found that the organizational implementation of the Sundhedsplatformen were deficient and that the end-users thereby experienced the change as chaotic.

Indholdsfortegnelse

Kapitel 1 - Indledning	5
Kapitel 2 - Problemanalyse	5
2.1 Digitaliseringsstrategier gennem tiden – Det digitale sundhedsvæsen	6
2.2 Elektroniske patientjournaler (EPJ) og deres implementering	9
2.2.1 Stigende behov for EPJ	10
2.3 Sundhedsplatformen – en fælles digital (amerikansk) løsning	11
2.4 Sundhedsplatformens Businesscase - den digitale forandring flytter ind	12
2.4.1 Business casens implementeringsplan – forandringen implementeres	13
2.4.2 Businesscasen forkastes	17
2.5 Modstand mod Sundhedsplatformen eller modstand mod forandringen	17
2.5.1 Kort om mediernes omtale af SP	18
2.6 Problemformulering	20
2.6.1 Begrebsafklaring	20
Kapitel 3 - Metode og undersøgelsesdesign	21
3.1 Videnskabsteoretisk tilgang	21
3.1.1 Videnskabelig metode til dataindsamling	22
3.2 Projektets overordnede undersøgelsesdesign	24
3.3 Observationsstudiet	25
3.3.1 Observationsstudie som metode	25
3.3.2 Observationsstudiet – Præsentation af designet	26
3.3.3. Behandling af observationer	27
3.3.4 Valg af aktører	27
3.4 Interviews med aktører fra observationsstudiet	28
3.4.1 Identificerede temaer på baggrund af observationsstudiet og interviews	29
3.5 Spørgeskemaundersøgelse	30
3.5.1 Spørgeskemaundersøgelse - Metoden	30
3.5.2 Spørgeskemaundersøgelsen – Præsentation af designet	31
3.5.2.1 Valg af respondenter	31
3.5.2.2 Valg af dataindsamlingsform	31
3.5.2.3 Design af spørgsmål	32
3.5.2.4 Pilottest af spørgeskema	35
3.5.2.5 Omdeling af spørgeskema	36
3.6 Præsentation af undersøgelsesenhederne	37
3.5 Ethiske overvejelser	38
3.6 Litteraturvalg	38
3.6.1 Udvælgelse af litteratur	38
3.6.2 Retrospektiv præsentation af potentielle bias	40

Kapitel 4 – Teori	41
4.1 Organisationers opbygning og struktur ifølge Leavitt og Mintzberg	41
4.2 Forandring i organisationer	46
4.2.1 Forandringsstrategier	46
4.2.2 Planlagt forandring	49
4.4 Forandring i et sundhedsinformatisk perspektiv - Peopleware	52
4.4.1 Hospitaler som organisationer	54
4.5 Modstand mod forandring	54
4.5.1 Kotter's otte trin	55
4.5.2 Lewins forandringsmodel - organisationsudvikling	58
4.6 Opsummering af teoriafsnittet	60
Kapitel 5 – Analyse og diskussion	61
5.1.Observationsstudierne	62
5.1.1 Observation Præ SP	62
5.1.1.1 Arbejdet med IT – Sygeplejedokumentation	63
5.1.1.2 Arbejdet med IT – Medicinering	64
5.1.2 Observation Post SP	65
5.1.2.1 Arbejdet med IT – Sygeplejedokumentation	67
5.1.2.2 Arbejdet med IT – medicinering	68
5.1.2.3 Øvrige observationer om Systemet SP - dialogbokse	69
5.1.3 Sammenligning af observation PRÆ og POST SP	70
5.1.3.1 Workflow-analyse af medicinmodulet	70
5.1.4 Kondensering af observationsstudierne	71
5.2 Interview med aktørerne	73
5.2.1 Interviews PRÆ-SP	73
5.2.2 Interviews POST-SP	73
5.3 Spørgeskemaundersøgelserne	74
5.3.1 Data for respondenter	74
5.3.1.1 Svarprocenter	74
5.3.1.2 Bortfald	74
5.3.1.3 Håndtering af data	75
5.3.1.4 Respondentkarakteristik, baggrundsdata	75
5.3.2 Spørgeskemakommentarer og fritekstfelter	77
5.3.2.1 Kommentarer PRÆ-SP	77
5.3.2.2. Kommentarer POST-SP	78
5.4 Analyse og diskussion af forandringen	82
5.4.1 Delkonklusion - Forandringen	86
5.5 Analyse og diskussion af IT-arbejdsgange	87

5.5.1 Delkonklusion – IT-Arbejdsgange.....	91
5.6 Analyse og diskussion af uddannelse og oplæring i SP.....	91
5.6.1 Delkonklusion – Undervisning i SP.....	94
5.7 Analyse og diskussion af øvrige relevante forhold	94
5.7.1 Den samlede tilfredshed med SP.....	95
5.7.1.1 Delkonklusion – Den samlede tilfredshed med SP	98
5.7.2 Kommunikation fra ledelsen - og firing af kolleger.....	98
5.7.3 Mediedækningens betydning	99
5.7.4 Den Organisatoriske Implementering.....	100
Kapitel 6 - Konklusion.....	106
Kapitel 7 - anbefalinger.....	108
Referencer	110
Bilag	117

Kapitel 1 - Indledning

Gennem de sidste 15 år er der sket en stigning i antallet af danskere, der har kontakt med sundhedsvæsenet. Flere personer lever længere, og har derfor også flere kroniske sygdomme. Dette betyder at mange – især ældre – er tilknyttet flere forskellige hospitaler og afdelinger. I takt med den stigende kontakt med sundhedsvæsenet, er der opstået øget behov for effektive EPJ-systemer, som kan håndtere store mængder data, og som samtidig gør det let at få overblik over den enkelte patient.

I maj 2020 kunne Danmarkshistoriens hidtil største IT-projekt – Sundhedsplatformen – fejre fire års fødselsdag. Sundhedsplatformen blev indført på Sjælland, som et samarbejde mellem Region Hovedstaden og Region Sjælland, og skulle sikre én fælles digital patientjournal, standardiserede arbejdsgange, samt fuldstændig afskaffelse af papirjournaler.

Implementeringen af sundhedsplatformen medførte nye måder at arbejde på, for det sundhedsfaglige personale, og i den forbindelse opstod der udfordringer og frustrationer på hospitalerne, som blev gengivet i medierne. Brugere af sundhedsplatformen blev beskrevet som modstandere af forandringen, og kritikken af systemet voksede. I 2019 viste en tilfredshedsundersøgelse blandt brugere af sundhedsplatformen, at 61% af lægerne fortsat var utilfredse med systemet (Epinion 2019). Adskillige studier har vist, at mange implementeringsprojekter fejler, eller oplever udfordringer, og at det især er tilfældet for projekter, som involverer IT (Decker 2012, Høstgaard 2009, Lorenzi & Riley 1995)

Dette Masterspeciale i sundhedsinformatik undersøger den organisatoriske implementering af Sundhedsplatformen med udgangspunkt i brugernes oplevelse af den forandring, som implementeringen af det nye IT-system betød.

Kapitel 2 - Problemanalyse

I dette kapitel er beskrevet den baggrund, der har ledt frem til dannelsen af problemformuleringen. Projektet blev udført på baggrund af en initierende undren over, at implementeringen af IT-systemer i det offentlige sundhedsvæsen, ofte er ramt af udfordringer. Således var det også, da Sundhedsplatformen (SP) blev indført på Sjælland i 2016. Implementeringen skabte massive forandringer for det sundhedsfaglige personale, der skulle arbejde med systemet, og SP blev hyppigt omtalt i medierne. Efter på nært hold at have oplevet implementeringsprocessen, og al den negative medieomtale, blev jeg interesseret i, hvilken indflydelse forandring havde på den organisatoriske implementering af SP.

Indledende præsenteres de forskellige digitaliseringsstrategier, der har skabt grundlaget for implementeringen af SP, og dernæst introduceres Businesscasen for SP, som danner rammen for beskrivelsen – og implementeringen – af SP. Undervejs beskrives nogle af de udfordringer, der opstod i forbindelse med den forandring, som implementeringen af SP medførte.

2.1 Digitaliseringsstrategier gennem tiden – Det digitale sundhedsvæsen

Den danske sundhedssektor har længe været præget af modernisering, som har medført forandringer i både omgivelser, arbejdsmetoder og arbejdsopgaver for det sundhedsfaglige personale. Der er blevet – og bliver stadig - bygget super-sygehuse, udvides på eksisterende matrikler, afdelinger flyttes, sammenlægges eller lukkes, og personalet omroteres, for at effektivisere, samt opnå bedre og mere sammenhængende patientforløb, bedre patientsikkerhed og generelt højere kvalitet i sundhedsvæsenet (Sundheds-og Ældreministeriet 2018, DSR 2018).

For at sikre kvaliteten af sundhedsydelserne, stilles der i sundhedsvæsenet krav til den digitale dokumentation for behandling og indlæggelser, og det skal være muligt at indberette data til Sundhedsdatastyrelsen og Landspatient Registret (LPR). Gennem tiden, er der opstået mere fokus på patientsikkerhed og kravene til journaldokumentationen, er ifølge lægerne, steget, hvilket har ført til højere tidsforbrug foran computeren (Version2 2016, Dagens medicin 2018).

Ideen om et digitalt sundhedsvæsen, har eksisteret i mange årtier. Siden indførelsen af CPR-nr¹ i 1968, blev det muligt at registrere oplysninger på borgere i Danmark, og derefter blev registreringen af persondata gradvist mere digitaliseret (HK 2018, DSSnet 2018). På tidslinjen herunder (Figur 1) præsenteres højdepunkter, som har haft betydning for digitaliseringen af sundhedsvæsenet i Danmark, frem til år 2018-2022. På bilag 1 beskrives detaljerne for tidslinjen, og referencerne til de forskellige begivenheder findes ligeledes i bilaget. Efter tidslinjen, er beskrevet hovedpunkter fra digitaliseringsstrategierne.

¹ CPR.nr oprettedes på baggrund af et øget behov for, at føre offentlige registre, bl.a. med henblik på skatteopkrævning, registrering af fødsler og dødsfald m.m. (HK 2018).



Figur 1 Tidslinje for digitalisering (egen figur)

Som det fremgår af tidslinjen herover, blev "National strategi for IT i sundhedsvæsenet 2000-2002" udgivet for første gang i 1999. Strategien blev til som et samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, daværende amter og H:S - og havde bl.a. til formål at erstatte HEP. Derudover skabte strategien øget opmærksomhed omkring IT i sundhedsvæsenet, og medvirkede til at identificere IT-initiativer, som kunne realisere sundhedsvæsenets mål. Strategien skabte udgangspunktet for implementeringen af Elektroniske Patient Journal (EPJ) systemer i det danske sundhedsvæsen, da EPJ ifølge strategien var en nødvendig forudsætning for kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet (EPJ-Observatoriet 2004). Samtidig med udgivelsen af strategien, blev Det Nationale Standardiseringsforum for EPJ nedsat. Formålet med forummet var, at fastsætte standarder for EPJ inden implementeringen af systemet (DSR 2002).

I 2001 præsenterede Sundhedsstyrelsen en grundstruktur for EPJ og i 2002 indgik daværende amter og regeringen en økonomiaftale som sikrede indførelsen af EPJ på alle hospitaler inden udgangen af 2005 (Dagens medicin 2011). Med etableringen af EPJ, var grundstenen for et digitalt sundhedsvæsen lagt.

I maj 2003 udgav Indenrigs-og Sundhedsministeriet "National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007", som koordinerede IT-indsatsen, samt skabte forudsætninger for understøttelsen af IT-anvendelse i sundhedsvæsenet. Et af målene i strategien var, at støtte mulighederne for integrerede "informationssystemer", som skulle finde sted gennem udvikling og ibrugtagning af EPJ. Der var et ønske om, at opnå datadeling mellem de forskellige IT-løsninger, der eksisterede i sundhedsvæsenet på daværende tidspunkt (Indenrigs-og Sundhedsministeriet 2003).

I slutningen af 2007 udkom "National strategi for digitalisering af sundhedsområdet 2008-2012". Denne kaldtes også for Den Nationale IT-strategi, og havde bl.a. til formål at opstille konkrete mål for anvendelsen og understøttelsen af EPJ på hospitalerne. Strategien fokuserede på, at sundhedsvæsenet skulle højne niveauet af sundhedsydelserne, hvilket blandt andet skulle finde sted gennem digitalisering, og samtidig demonstrerede den et ønske om et mere effektivt og sammenhængende sundhedsvæsen (Digital sundhed 2008).

"Digitalisering med effekt - Nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2013-2017" blev udgivet i 2013, og havde fokus på effektivisering af sundhedsvæsenet gennem omlægning og digitalisering. Således beskrev strategien hvordan det digitale sundhedsvæsen skulle sikre "(...) *bedre og mere effektiv behandling, øget patientsikkerhed og nemmere arbejdsgange for personalet*" (Regeringen, KL, Danske Regioner 2013, s.4). Samtidig beskrev strategien, hvordan papirbaserede arbejdsgange skulle afskaffes og i stedet erstattes af elektroniske journaler, som muliggjorde tidstro dataregistrering (Regeringen, KL, Danske Regioner 2013).

Den nyeste strategi, der blev udgivet var "Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - Strategi for digital sundhed 2018-2022", der udkom i 2018. Strategien havde fokus på at arbejde med en helhedsorienteret indsats, hvor alle aktører i sundhedsvæsenet arbejder sammen. Strategien beskrev, hvordan digitaliseringen skulle videreudvikles og understøtte alle dele af sundhedsvæsenet samt hvordan regionerne investerer i, at udvikle og udskifte deres elektroniske patientjournaler. Derudover, havde strategien fokus på, hvordan ambitionen om forandringen for sundhedsvæsenet skulle gennemføres (Sundheds-og Ældreministeriet 2018). Når nye digitaliseringstiltag, fx ændring i IT-systemer, implementering

af EPJ osv., skal indføres, er det nødvendigt at tage højde for den forandring, som den øgede digitalisering skaber. Temaet "forandring" havde fået sit eget afsnit, og var kontinuerligt var inkluderet i strategien. Flere steder blev desuden nævnt, at tilstrækkelig uddannelse af personalet var væsentligt, idet ikke alle personer har samme forudsætninger for at lære at arbejde med IT-systemer. Strategien fremhævede "ambitionen om forandring" som en essentiel del af det, at udvikle sundhedsvæsenet, og beskrev hvordan afsenderne af strategien ville gå "(...) *pragmatisk til opgaven. For forandring tager tid, kræver mange ressourcer (...)*" (Sundheds- og Ældreministeriet 2018, s.16).

Som det fremgik af de forskellige strategier, der er publiceret gennem tiden, blev EPJ hyppigt nævnt, som et middel til at udvikle og digitalisere det danske sundhedsvæsen. Herunder beskrives hvordan elektroniske patientjournaler karakteriseres.

2.2 Elektroniske patientjournaler (EPJ) og deres implementering

Overordnet skelnes mellem EPJ og EPJ-system. EPJ er den elektroniske patientjournal som indeholder journaldata for en patient. Et EPJ-system kan beskrives og forklares på flere måder, men i dette projekt ansues EPJ-systemet som "(...) *et klinisk informationssystem, der direkte understøtter en daglig procesorienteret undersøgelse, behandling og pleje af den enkelte patient*" (EPJ Observatoriet 2004 s.8).

Et EPJ-system er således en elektronisk database, der kan hente, lagre og tilvejebringe data om patienter. EPJ-systemer er typisk opbygget af en række moduler, der indeholder forskellige funktioner, og overordnet set, har der eksisteret to retninger for, hvordan modulerne blev indkøbt. Enten leveredes alle moduler af en leverandør, eller også leveredes modulerne af forskellige leverandører. Ved flere leverandører logger personalet ind² i mange forskellige systemer, for at få adgang til alle patientens data (Høstgaard 2009).

Formålet med EPJ-systemer er at skabe sammenhængende og effektive patientforløb, og dermed sikre en høj kvalitet og øget patientsikkerhed, hvilket ses i digitaliseringsstrategierne, hvor EPJ-systemer blev en forudsætning for effektiv sundheds-IT (Digitaliseringsstyrelsen og Høstgaard 2004). EPJ ville - ved at muliggøre kommunikation og datadeling mellem forskellige systemer - sikre kvaliteten af sundheds-IT, og samtidig ville et fuldt konsolideret EPJ i hver region skabe effektiv udnyttelse af de digitale ressourcer. Fx burde tidsforbruget til at finde informationer, blive reduceret, idet der kun skulle hentes informationer i ét system (Digitaliseringsstyrelsen 2011). Forandringen, som implementeringen af EPJ-systemer medfører, blev beskrevet således:

"The implementation of an electronic health record (EHR) is one of the most significant cultural changes a health system can experience because it fundamentally alters the work processes and habits of nearly every individual in the organization"

(Healthcare innovation 2016). Citatet viser, at implementeringen af EPJ-systemer stiller store krav til personalets forandringsevner, da indførelsen af EPJ-systemer ikke udelukkende er en implementering af et digitalt værktøj, men derimod en potentiel ændring i organisations vaner.

I Danmark har man tidligere haft mange forskellige EPJ-systemer, og således eksisterede der i 2007 23 forskellige EPJ-systemer. I 2018 var antallet af EPJ-systemer reduceret til fire regionale systemer, og der var en forventning om, at dette antal kunne reduceres yderligere, til to forskellige regionale systemer i 2021 (Danske Regioner 2018). Danske Regioner anså det i

² At logge ind, vil sige at det sundhedsfaglige personale har egen adgangskode til at få adgang til de forskellige programmer.

2018 ikke for en ulempe, at have flere forskellige systemer, fordi de forskellige systemer kunne datadele på tværs af landet, og samtidig mente regionerne, at det var en måde til at undgå monopol (Danske Regioner 2018, Sundheds- og Ældreministeriet 2018).

Tabellen herunder er opdateret til aktuel situation, hvor EPJ Syd blev udskudt fra 2020 til 2021 (Region Syddanmark 2020).

Regionernes EPJ-systemer

Region Hovedstaden og Region Sjælland bruger Sundhedsplatformen.

Region Midtjylland bruger MidtEPJ.

Region Syddanmark bruger Cosmic, men skifter fra 2021 til EPJ SYD - samme løsning som Region Midtjyllands MidtEPJ.

Region Nordjylland bruger Clinical Suite, men skifter i 2021 til samme løsning, som Region Midtjylland bruger i dag, og som Syddanmark vil bruge fra 2021.

(frit efter Danske Regioner 2018).

2.2.1 Stigende behov for EPJ

I 2015 havde 46,7% af den danske befolkning kontakt med hospitalsvæsenet, i form af enten ambulante besøg, eller indlæggelser. I 2005 var det 1/3 af borgerne som var i kontakt med hospitalsvæsenet, hvilket viser en markant stigning i antallet af personer, som havde kontakt til hospitalsvæsenet (Sundhedsdatastyrelsen 2016). Ud fra dette stigende kontakttal med sundhedsvæsenet, eksisterer også et stigende behov for EPJ. Dette er i tråd med dét Coiera har beskrevet; at folk lever længere, samtidig med, at flere sygdomme kan behandles, hvilket har betydet at mange patienter har sygdomsforløb indenfor flere forskellige specialer – og dermed på tværs af afdelinger og hospitaler (Coiera 2015).

Årsagen til implementeringen af EPJ, var ifølge Brooks, at EPJ kunne være en metode til at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenet – såfremt implementeringen udført korrekt

“If the implementation of Electronic medical records is done correctly, they will improve the quality of healthcare while lowering the costs” (Brooks 2010 s.74).

Citatet viser, at EPJ, kan være midlet til at opnå målet om mere for mindre, idet gevinsterne tæller forbedret sundhedsvæsen gennem bedre patientpleje, bedre forebyggelsesmuligheder, og lettere tilgængelighed for personalet. Det er væsentligt at bemærke, at gevinsterne ved et EPJ-system er betinget af succesfuld implementering (Coiera 2015, s. 127-143). Implementering i et sundhedsinformatisk perspektiv, kan beskrives som *“The act of fitting a technological construct such as an information system into a working setting such as an organization. Also the act of taking a design and translating it into a working system* (Coiera 2015, s.580). Denne beskrivelse af implementering anvendes som foreløbig forklaring på, hvad implementering er.

I det kommende afsnit beskrives det senest indførte EPJ-system i Danmark, Sundhedsplatformen (SP).

2.3 Sundhedsplatformen – en fælles digital (amerikansk) løsning

I marts 2012 igangsatte Region Hovedstaden og Region Sjælland samarbejdet om, at indføre et fælles EPJ-system på Sjælland; Sundhedsplatformen (SP).

Der var flere årsager til, at Region Hovedstaden og Region Sjælland, gik sammen om ét fælles IT-projekt, for at sikre ét fælles journalsystem til Sjælland.

For det første, havde regionerne hidtil behandlet hinandens patienter; ved at have et fælles elektronisk system, med fælles standarder kunne dobbeltarbejde minimeres, og patienternes behandlingsforløb gøres mere sammenhængende og sikre - også når patienterne flyttes mellem regionerne. Alle patientdata kan deles på tværs af faggrupper, afdelinger og hospitaler, og der sikres tidstro, sikker registrering og dokumentation (Region Hovedstaden 2016). Eftersom samtlige personalegrupper (læger, sygeplejersker, sekretærer osv.), altid skriver i samme journal, sikres det – teoretisk set - at patientens data altid er opdateret (Bille 2016). Således udtalte tidligere programdirektør for SP, Gitte Fangel:

”Den helt store fordel ved det her er, at sygeplejerskerne ikke har én journal, og lægerne en anden” (Bille 2016, s.1).

SP blev dermed det EPJ-system, der skulle sikre en fuldstændig digitalisering af sekundærsektoren³ på Sjælland. Før implementeringen af SP, var hospitalerne kun delvist digitaliserede, idet der eksisterede forskellige EPJ-moduler, som blev suppleret med papirskemaer (fx ernæring, væskeregnskab, mobilisering), samt papirudskrifter af journaler, der fulgte patienter, når de skulle overflyttes til andre hospitaler. Med indførelsen af SP, fik regionerne en digital journal, der kunne deles på tværs af hospitaler, og hvor der eksisterede samlet indgang til systemet, således at personalet kun skulle logge ind ét sted (single sign on), for at få adgang til alle data. Systemet bestod fortsat af en række moduler (stamdata, medicin, notat, booking, rekvisition/svar osv.), men disse var fuldt integrerede og fandtes samme sted (Region Hovedstaden 2015, okt.).

Den anden årsag til samarbejdet mellem de to regioner, var, at modernisering var blevet en kritisk nødvendighed, idet mange af regionernes IT-systemer var usammenhængende og forældede – og derfor alligevel skulle udskiftes og/eller opdateres, hvilket potentielt ville medføre store omkostninger. Samtidig blev det – på papiret - muligt at hente en økonomisk gevinst, ved at have et fælles udbud⁴, og en fælles leverandør; som blev amerikanske Epic. (Region hovedstaden 2016).

Epics platforme var på daværende tidspunkt på mere end 1100 hospitaler – i USA, England samt Holland - og mere end 250 millioner patienter, havde en EPJ hos Epic (Epic 2016). Med så mange implementeringer bag sig, var Epic et velkendt firma, og en initierende søgning på google.com ”Epic healthcare system reviews” afdækkede både positive men også kritiske brugere, der beskrev hvordan de havde oplevet tidligere implementeringer af Epics platforme. Øgede omkostninger, faldende produktion og ændrede arbejdsopgaver blev fremhævet (Lee 2016).

³ Sekundærsektoren omfatter hospitaler (inkl. Psykiatriske) og privathospitaler. Sekundærsektoren er den del af sundhedsvæsenet, som kræver en henvisning fra fx. egen læge (som hører til i primærsektoren).

⁴ Det blev på daværende tidspunkt estimeret at implementeringsomkostningerne ved SP var omkring 2,8 milliarder kroner (Region Hovedstaden 2015, okt.)

Systemerne, som Epic leverede var standardsystemer, der som udgangspunkt var designet til det amerikanske marked. Et standardsystem er

”Et system i form af et produkt som en leverandør tilbyder flere kunder (i modsætning til et skræddersyet system, som udvikles specielt i en udgave til en kunde). Standardsystemer kan ofte modificeres og tilpasses (konfigureres) i betydelig grad, og kaldes undertiden rammesystemer eller standard/rammesystemer. Standardsystemer kan fx tilpasses ved opsætning af forskellige præferencer og parametre, gennem specielle funktioner og værktøjer eller vha. tilknyttede og dedikerede programmeringssprog.”

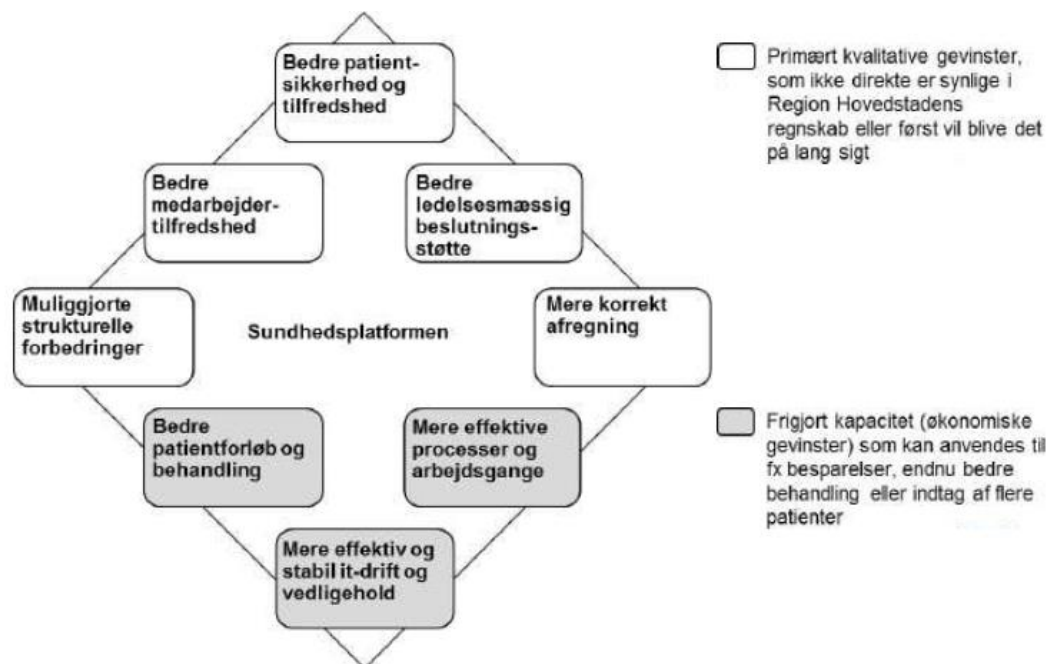
(Bødker 2008 s.41).

Som det fremgår af ovenstående beskrivelse, er et standardsystem et system, der bør tilpasses til det relevante marked, inden det tages i brug. Ifølge Jørgen Bansler – professor ved Datalogisk Institut – betød det, at der var tale om et standardsystem, at systemet ikke er tilpasset måden vi arbejder på i Danmark. Det er brugernes arbejdsgange, der skal tilpasses systemet (Københavns universitet 2016). Netop dét faktum, at brugernes arbejde skulle tilpasses systemet, havde betydning for den forandring, som indførelsen af SP medførte.

Når store projekter implementeres, oprettes typisk en businesscase, som beskriver berettigelsen af et projekts igangsættelse, baseret på estimerede omkostninger, forventet udbytte og besparelser, samt de risici, som projektet måtte indebære (Businesscase.dk 2017). For at understøtte beslutningstagningen omkring investeringen i SP, etablerede Region Hovedstaden i slutningen af 2012 et samarbejde med konsulentfirmaet Oleto, omkring udarbejdelse af en businesscase for SP. Businesscasen præsenteres herunder, og blev inkluderet i projektet for at give læseren forståelse for hele processen omkring implementeringen af SP, da forståelsen vil have betydning for den videre tolkning i projektet. Samtidig var businesscasen ideel til at give et overblik over IT-projektet SP. I dette projekt blev anvendt tredje version af businesscasen – version 2,4 – som udkom 28.oktober 2015. I denne version, var leverandøren valgt og IT-løsningens (SPs) omfang var kendt.

2.4 Sundhedsplatformens Businesscase - den digitale forandring flytter ind

Businesscasen fra 2015 beskrev baggrunden og formålet med SP, mulige gevinster, omkostninger, tidsplan for implementeringen og afsluttedes med en samlet risikovurdering. Gevinsterne som blev nævnt i businesscasen, var primært af økonomisk karakter, men der nævntes også de kvalitative gevinster, som man estimerede at SP ville medføre (Figur 2). SP blev beskrevet som *”(...) et initiativ, der understøtter kvalitetspolitikens fire værdier – sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed (...)”* (Region Hovedstaden 2015,Okt. s.6). Som det ses af figur 2, var der en forventning om, at SP ville skabe bedre patientsikkerhed samt bedre medarbejder tilfredshed. Ambitionen om at opnå disse kvalitative gevinster, stemte overens med de mål, som var blevet præsenteret i den daværende gældende strategi *”Digitalisering med effekt – Nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2013-2017”* (Regeringen, KL, Danske regioner 2013).



Figur 2 Gevinster ved SP (Region Hovedstaden 2015, okt. s.14).

Som det ses af figur 2, herover, illustrerede de grå bokse, de områder, hvor der kunne opnås direkte økonomisk gevinst og de hvide bokse, repræsenterede de kvalitative gevinster. De kvalitative gevinster, var dem, hvor der ikke direkte sås en økonomisk gevinst, men som stadig havde betydning for det personale, som skulle arbejde med systemet (Region Hovedstaden 2015, okt.). Gevinsterne som businesscasen beskrev, blev af Region Hovedstaden omskrevet og fremlagt som fire primære forbedringer, som SP ville medføre, og som skulle medvirke til at øge kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser, se tekstboks herunder (Region Hovedstaden 2016, sept.).

1. Bedre behandlingsforløb i forhold til kvalitet, sikkerhed og sammenhæng
2. Involverede patienter
3. Lettere arbejdsgange med reduktion i dobbeltarbejde
4. Bedre planlægning og beslutningsstøtte – mere sundhed for pengene

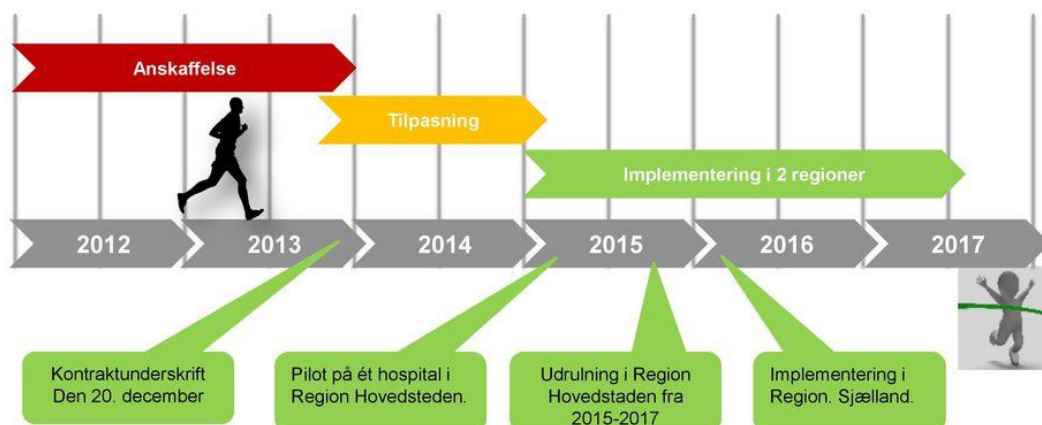
Region Hovedstaden (2016, sept.).

Flere af de (økonomiske)gevinster – de grå felter i figur 2 – var baseret på forventningen om tidsbesparelse, bl.a. på baggrund af mere effektiv patientadministration, og bedre klinisk planlægning (Region Hovedstaden 2015, okt.).

2.4.1 Business casens implementeringsplan – forandringen implementeres

Businesscasen præsenterede også strukturen for selve implementeringen, samt en tidsplan for implementeringsprocessen (Region Hovedstaden 2015, okt.). Tidsplanen ses herunder, figur 3.

Overordnet tidsplan



Figur 3 Tidsplan for SP (Region Hovedstaden 2015 s.7).

Som det fremgår af tidsplanen, figur3, bestod projektprocessen af tre overordnede trin:

- **Anskaffelse** beskrev perioden, hvor udbudsstrategien blev iværksat, og hvor den initierende behovsanalyse og kravspecifikation fandt sted. Det var i denne fase, at evalueringen af de forskellige leverandører foregik, og hvor Epic vandt. Kontrakten blev underskrevet i december 2013. Ifølge Region Hovedstaden, deltog 450 klinikere i den evaluering, som dannede grundlag for hvilken af leverandørerne, som blev valgt. Det fremhæves af Region Hovedstaden, at der var brugerinddragelse tidligt i processen (Region Hovedstaden 2016, september)⁵
- **Tilpasning**, var fasen, hvor standardsystemet som Epic leverede, blev tilpasset til danske forhold. Det indebar justering til brugerne (bl.a. skulle sproget ændres fra amerikansk til dansk, afregningsmetoder skulle tilpasses m.m.). Denne fase var dermed ekstrem vigtig for systemets opbygning og brugerflader. For at tilpasse systemet, deltog mere end 300 faglige eksperter (læger, sygeplejersker, sekretærer, IT-folk). Disse fagfolk repræsenterede slutbrugerne af SP, og de medvirkede til at stille krav til platformen. De testede systemet i forhold til arbejds gange og indhold, således at systemet levede op til danske forhold (Region hovedstaden 2016, maj).
- **Implementering i to regioner** bestod af en række faser, som skulle gennemføres inden den endelige ibrugtagning. Dette trin indeholdt derfor mange forskellige opgaver. Umiddelbart efter systemtilpasningen i designfasen, var der fokus på det indledende implementeringsarbejde, og de første pilottest af de kliniske arbejdsmiljøer fandt sted (Region Sjælland 2015). For at sikre, at personalet var forberedt på at arbejde med SP, blev der i implementeringsfasen iværksat træningsforløb, både i form af obligatoriske tilstedeværelseskurser, og e-learning, som skulle gennemføres med

⁵ I dette projekt fokuseres ikke på, hvordan leverandøren blev valgt. Selvom det er interessant, er det ikke fokus for dette projekt.

efterfølgende certificering. Kurserne var, ifølge regionerne, tilpasset personalets arbejdsopgaver, så lægerne modtog én form for undervisning, og sekretærerne en anden (Region Hovedstaden 2015).

Undervisningen af det sundhedsfaglige personale foregik gradvist således at alle ansatte i de to regioner senest seks uger inden "Go live"⁶, havde opnået certificering (Region Hovedstaden 2015). En del "almindeligt" personale blev uddannet til superbrugere, som havde til formål at assistere deres kolleger under implementeringen, og de modtog derfor mere dybdegående undervisning i SP. Superbrugerne havde meldt sig frivilligt, eller var udpegede af deres ledere (Region Hovedstaden 2015).

Selve implementeringen af SP, fandt sted i fem faser, og varede ca. halvandet år. Se figur 4.

Tidsplan for start af Sundhedsplatformen	
Maj 2016 Herlev/Gentofte	
November 2016 Rigshospitalet/Glostrup	
Marts 2017 Nordsjælland, Amager/Hvidovre, Bornholm	
Maj 2017 Bispebjerg/Frederiksberg, Psykiatri Region Hovedstaden	
November 2017 Næstved/Slagelse/Ringsted, Nykøbing F., Sjællands Universitetshospital, Holbæk, Psykiatri Region Sjælland	

Figur 4 Tidsplan (Region Sjælland 2016)

Hver fase bestod af "Go live" for minimum to hospitaler, og overgangen fra gamle systemer til SP, forgik om natten, i en weekend.

Selve ibrugtagningen af SP fandt således sted ud fra en **Big-Bang**⁷ implementering, hvilket betød at hele systemet blev taget i brug på én gang. Denne implementeringsform beskrives i bilag 2. Implementeringen af SP, blev af professor⁸ Jørgen Bansler, beskrevet som "(...) regionerne bruger en big-bang implementering hvor man fra den ene dag til den anden skifter alting ud. Det er risikofyldt" (Københavns universitet 2016, s.2). Det at overgå fra de gamle systemer til SP på en nat, krævede stor indsats fra det sundhedsfaglige personale, der skulle arbejde med systemet:

"Det kræver, at personalet yder en ekstraordinær indsats i en periode, og den krævende omstillingsproces kan skabe frustrationer blandt personalet(...). 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).

Med denne udtalelse ses det tydeligt, at Region Hovedstaden var bevidst om de forandringer, som personalet oplevede med implementeringen af SP.

Som det fremgik af figur 4 herover, var Herlev og Gentofte de første to hospitaler, som fik SP implementeret, og ifølge businesscasen blev de beskrevet som "pilothospitaler" (Region Hovedstaden 2015, okt.).

Ud over at håndtere et nyt IT-system, tog personalet sig af patienterne, og der opstod frygt for, om implementeringen af SP, ville gå ud over kvaliteten og patientsikkerheden (DR 2016,

⁶ Go live = det tidspunkt hvor der skiftes fra gamle systemer til SP.

⁷ Big bang implementering var et krav i den oprindelige kravspecifikation. Denne er ikke tilgængelig online, og jeg søgte derfor, og fik, agtindsigt i dokumenterne. På bilag 2 findes dokumentationen som uddrag.

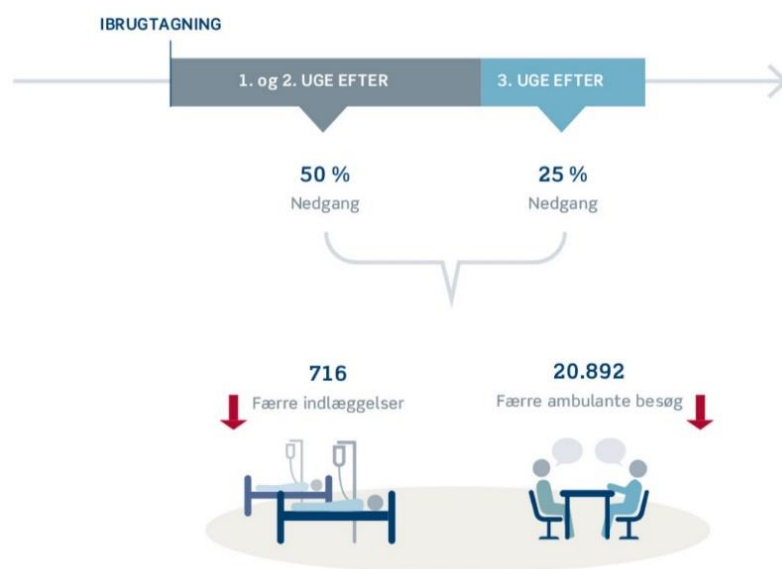
⁸ Jørgen Bansler var på daværende tidspunkt professor ved Datalogisk institut

juni). SP blev desuden omtalt, som "(...) en ny måde at organisere arbejdet på." (Bille 2016, s.1), hvilket blev bekræftet, da lægerne på Herlev hospital, måtte nytænke deres arbejds-
gange og patientforløb efter implementeringen af SP. Der fandt en opgaveglidning sted, da
"(...) Sekretær- funktionerne er blevet kraftigt beskåret, og lægerne skal nu vænne sig til selv at
skrive notater, booke tider og ordinere undersøgelser" (Politiken 2017).

Eftersom data skulle registreres tidstro, blev mange af de registreringsopgaver, der tidligere
havde ligget hos lægesekretærer, flyttet over på lægerne – uden at lægerne havde fået den
nødvendige oplæring (Rigsrevisionen 2018). Implementeringen af SP ændrede således det
sundhedsfaglige personales arbejdsgange markant – fra den ene dag til den anden.

Efter pilotimplementeringen på Herlev og Gentofte, var der planlagt "pause" på seks mæne-
der, inden Rigshospitalet og Glostrup tog SP i brug. Pausen skulle sikre, at der var tid til at
rette systemfejl, og teste de sidste elementer af systemet. Sideløbende fortsatte undervis-
ningen af de øvrige hospitalers ansatte, således, at der ikke gik for lang tid mellem undervis-
ning og ibrugtagningen af systemet (Region Hovedstaden 2015).

I de tre uger, der fulgte efter GO live, var planlagt en nedgang i antallet af patienter (figur 5),
som skulle sikre, at personalet havde tid til at lære at arbejde i SP (Region Hovedstaden
2015). Den planlagte nedgang i tre uger var et estimat, baseret på baggrund af hollandske
erfaringer med et tilsvarende Epic system. Ved at reducere kapaciteten, demonstrerede Re-
gion Hovedstaden, at de havde taget højde for de ændringer, som SP ville medføre (Region
hovedstaden 2015). Senere beskrev en rapport fra Rigsrevisionen dog, at det hollandske sy-
gehus havde oplevet en kapacitets nedgang i et år efter implementeringen. Halvandet år ef-
ter implementeringen i Region Hovedstaden, eksisterede fortsat en kapacitetsnedgang⁹
(Rigsrevisionen 2018).



Figur 5 Planlagt reduktion i kapacitet (Rigsrevisionen 2018, s.12)

Som et af de sidste elementer i Businesscasen, blev risikoprofilen for SP gennemgået. Risikoprofilen
var baseret på risici og konsekvenser for projektet, og rapporten konkluderede, at SP var en høj-ri-
siko investering. Businesscasen gav følgende konklusion:

⁹ Kapacitet blev baseret på antal aktiviteter der blev indberettet til Landspatientregistret, og byggede på et fald i antal
hændelser på hospitalerne, især i ambulant regi. Dette skyldtes bl.a. at lægerne skulle indberette til LPR uden at have lært
hvordan, hvorfor den reelle kapacitetsnedgang er et estimat (Rigsrevisionen 2018).

"Sundhedsplatformen er forbundet med en række risici, der kan medføre ekstra omkostninger og/eller reduktion af gevinster såfremt de ikke håndteres korrekt. De identificerede risici falder i tre hovedgrupper. Den første risiko gruppe omfatter at organisationen ikke anvender løsningen optimalt, forårsaget af manglende forankring og ejerskab, modstand mod forandring og manglende sikring af rette governance¹⁰ til gennemførelse af standardisering på tværs af regionerne (...)".

(Region Hovedstaden 2015, oktober, s.4).

Denne konklusion byggede på flere faktorer, baseret på tre primære risikoområder, som opsummeres herunder:

- **Organisationen anvender ikke løsningen optimalt**, herunder at organisationen ikke modtog SP som forventet, og at der manglede forankring og ejerskab for projektet. Modstand mod forandring nævnes også som mulighed.
- **Forsinket eller fejlagtig leverance af løsningen**; hvis den tekniske løsning ikke levede op til krav og funktionalitet, eller havde mindre funktionalitet i arbejdsgange
- **Knaphed på ressourcer til implementeringen**; manglende kliniske ressourcer i implementeringsfasen (Region Hovedstaden 2015).

De tre risikoområder blev fremhævet som elementer, der burde få særlig opmærksomhed under implementeringen, for at sikre en succesfuld implementering (Region Hovedstaden 2015, okt.).

2.4.2 Businesscasen forkastes

I august 2017 valgte Region Hovedstaden at gå bort fra businesscasen, med den begrundelse at SP fremover ville blive inkluderet i de årlige budgetlægninger i stedet, og at businesscasen dermed ikke længere var bærende element i, at styre gevinsterne ved SP. Ændringen blev af daværende regionsrådsformand Sophie Hæstorp Andersen begrundet med *"Business casen var i sagens natur primært teori - bygget på en bestemt metode ved skrivebordet. Erfaringerne med Sundhedsplatformen ude på hospitalerne er derimod reelle. Jeg har tidligere sagt, at business casen var for 'lyserød' og ukonkret"* (Version 2, 2017 aug.)

Da regionen valgte at droppe businesscasen, var SP implementeret på hele Sjælland, og beslutningen havde derfor ikke direkte betydning for implementeringsprocessen for SP, men derimod for, hvordan gevinstrealiseringerne ved SP monitoreres¹¹ (Version 2, 2017).

2.5 Modstand mod Sundhedsplatformen eller modstand mod forandringen

Generelt, når store IT-systemer implementeres, vil der ske organisatoriske forandringer (Høstgaard & Nøhr 2004), som påvirker alle, der skal arbejde med systemet. Samtidig vil implementeringen af nye systemer have arbejdsmæssige, tidsmæssige og økonomiske konsekvenser; der sker en ændring fra den hidtidige organisation og kompetencer, til en ny form for organisation, med krav om nye kompetencer (Mikkelsen & Riis 2011).

På trods af, at ideen om et fælles EPJ-system i Danmark, ikke var ny, da SP blev indført, medførte implementeringen af SP, som nævnt i foregående afsnit, nye måder at arbejde på, og skabte samtidig forudsætning for udviklingen af nye arbejdsgange (Rigsrevisionen 2018).

Det er væsentligt at huske, at før implementeringen af SP, var hospitalerne på Sjælland kun delvist digitaliserede. Der blev arbejdet med papirskemaer, og diktering foregik på bånd, som så blev transskriberet af lægesekretærer.

¹⁰ Governance betyder det, at kontrollere og styre organisationen eller projektet, og kan bestå af regler, rutiner og processer, som organisationen styres efter.

¹¹ Selvom forløbet i, at businesscase forkastes, er utroligt interessant, er dette ikke yderligere relevant for projektet, og det vil derfor ikke blive gennemgået dybere.

Forandringen som SP medførte, blev tydeliggjort i Rigsrevisionens rapport fra 2018. Rapporten blev udarbejdet på baggrund af udfordringer med, at anvende SP, samt problemer med at opretholde – og registrere – aktivitet på hospitalerne efter indførelsen af SP. Rapporten undersøgte, om Region Hovedstaden havde forberedt ibrugtagningen af SP på en tilstrækkelig måde, samt om der var taget højde for monitorering af hospitalernes aktivitet.

Rapporten gennemgik bl.a., hvordan SP medførte en stor forandring for personalet, idet SP gav ændrede arbejdsgange og nye måder at registrere data på. Samtidig fremhævede rapporten mangelfuld undervisning af slutbrugerne, samt mangelfuld planlægning af ibrugtagningen. Samlet set, blev forberedelsen af ibrugtagningen vurderet som ”utilfredsstillende” (Rigsrevisionen 2018).

Daværende regionsrådsformand, Sophie Hæstorp Andersen kommenterede rapporten: *”Sundhedsplatformen først og fremmest er en investering i et fremtidigt kvalitetsløft – det var ikke et effektiviseringsprojekt”* (Region Hovedstaden 2018).

Efter Rigsrevisionens rapport, iværksatte Region Hovedstaden initiativer, som skulle forbedre SP, heriblandt optimering af brugertilfredsheden (Region Hovedstaden 2019, juni). Der blev indført årlige brugerundersøgelser, som gav indblik i brugernes hverdag med SP. I april 2018, viste en brugerundersøgelse at 27% af medarbejderne var tilfredse med SP, mens 40% var utilfredse. 1/3 var hverken tilfredse eller utilfredse. Når der evalueredes på de forskellige faggrupper, var hele 66% af de adspurgte læger, utilfredse med SP. Overordnet set, var den samlede tilfredshed 2,78 på en skala fra 1-5 (VIA Ritzau 2018). Om resultaterne udtalte Regionsrådsformand Sophie Hæstorp Andersen, at de stemte overens med den frustration, som hospitalerne gav udtryk for (VIA Ritzau 2018).

I september 2019 blev den årlige brugerundersøgelse gentaget. Svarprocenten lå på 40% (svarende til 19.584 medarbejdere), og den samlede tilfredshed med SP blev vurderet til 2,85 på en skala fra 1-5. 25% af de adspurgte var overordnet set tilfredse med SP (Epinion 2019). Samtidig viste undersøgelsen, at der fortsat var forskelle mellem faggrupper, og lægeggruppen stod for den største procentvis utilfredshed med SP. Brugerundersøgelserne gav en indikator for, hvilke områder i SP, som brugerne ønskede optimerede (Region Hovedstaden 2019, november).

Det var dog ikke udelukkende gennem brugerundersøgelser, at udfordringerne med SP kom til udtryk, også i medierne fyldte implementeringen af SP en del.

2.5.1 Kort om mediernes omtale af SP

I tiden under implementeringen af SP og umiddelbart efter, var der meget debat i medierne (figur 6). En del fremtrædende læger ytrede offentligt deres utilfredshed med SP, blandt andet fordi de mente, at SP tog for meget af deres tid (DR.dk 2019).

Overlæger om Sundhedsplatformen: Regionsledelsen skyder problemerne til hjørne

Kritikken fortsætter af Region Hovedstadens it-system. Nu rettes skytset mod regionens ledelse.

Ugeskrift for Læger | Nyhed
12. sep 2019 14:07

Overlæger vil af med Sundhedsplatformen: »Vi er bekymrede for patientsikkerheden«

Siden indførelsen af it-systemet Sundhedsplatformen har sundhedspersonale flere gange slået alarm.

Af Ritzau
3. december 2017 20:01



Nye problemer med Sundhedsplatformen: It-brist har ført til fejl i medicinoplysninger hos 2.310 patienter

LÆGER ER FOR DÅRLIGT UDDANNET I SUNDHEDSPLATFORMEN

SAMFUND 15. aug. 2019 - 7.02

Ekspert: Sundhedsplatformen

har brug for hastereparation

5. februar 2020 | [DL](#) | [HK Kommunal](#) | [Louise Thye Munksgaard](#)

Figur 6 - Mediernes omtale af SP (egen figur)

I medierne og gennem styregruppen for SP, blev det fremhævet, at generel "modstand mod forandring" var en af årsagerne til den offentlige utilfredshed med SP (Information 2018, Dagens medicin 2020). Således beskrev Gitte Ahle, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, hvordan hendes kritik blev modtaget:

"Da vi begyndte at arbejde i Sundhedsplatformen i Øst og luftede vores bekymringer, blev det fra ledelsens side meldt ud, at vi skulle vænne os til en kulturændring." (Dagens medicin 2019).

I juni 2016, blev det i en leder i Teknologiens mediehus, beskrevet hvordan

"På nuværende tidspunkt lyder lægernes advarsler mere som rituel modstand mod forandring af arbejdsgange" (Teknologiens mediehus 2016).

Begge citater giver en ide om, hvordan kritikken af SP blev knyttet sammen med modstand mod forandring.

Når der ses på erfaringer fra udlandet, er det tydeligt at mange implementeringsprojekter fejler. Det estimeres at 2/3 af alle implementeringsprojekter fejler (Choi 2011), nogle studier vurderer fejlraten til at ligge på 30-90% (Kelly et al. 2017), mens et studie af Decker har vist at op til 93% af implementeringer fejler (Decker et al. 2012). Dette gælder også for implementeringer af IT-systemer og ifølge Høstgaard et al., er det værd at bemærke, at kun 7% af de tilfælde hvor implementering fejler, skyldes reelle systemfejl (EPJ Observatoriet 2004). Med så høj fejlrate, kan det ikke overraske at SP har været udsat for kritik, om end medieomtalen er blevet mindre gennem årene, og jeg var derfor fristet til at spørge; *Hvorfor er det så svært at opnå succesfuld implementering og hvilken indflydelse har forandringer?* Med udgangspunkt i den undren, blev nedenstående problemformulering skabt.

2.6 Problemformulering

Hvilken betydning har den organisatoriske implementering af Sundhedsplatformen haft, på det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen, på sengeafdelinger på Rigshospitalet?

2.6.1 Begrebsafklaring

Organisatorisk implementering.

Begrebet implementering er en relativ bred betegnelse, men Jacobsen sidestiller implementering med iværksættelsen af en (ny) strategi (Jacobsen 2007). En implementeringsproces er typisk både en teknisk og en organisatorisk implementering af et redskab, og i litteraturen kan de to former for implementering defineres som herunder:

"Teknisk og organisatorisk realisering af visioner. Teknisk implementering omfatter blandt andet nyudvikling og /eller tilpasning og konfigurerung af standardsystemer, installation, integration med eksisterende systemer, datakonvertering m.m.

Organisatorisk implementering omfatter forandringsledelse ("change management") og organisationsændringer inklusiv tilrettelæggelse af ændrede arbejdsopgaver og nye arbejds-gange, uddannelse og oplæring m.m."

(Bødker 2008 s.29).

I dette projekt, anvendes ovenstående definition på den organisatoriske implementering, som udgangspunkt for undersøgelsen. Der ses på den organisatoriske implementering i forhold til begreberne *forandring i organisationer*, gennem *ændrede arbejds-gange*, samt *uddannelse* i det nye system.

Sundhedsfagligt personale; alle personer, der er ansat på et hospital. I dette projekt anvendes begrebet om personer, der håndterer IT-systemer til patientopslag-, og dokumentation, dvs. læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, sekretærer samt studerende indenfor disse kategorier.

I dette kapitel blev præsenteret digitaliseringsstrategier og beskrevet hvordan EPJ-systemer gradvist er blevet indført i Danmark, samt hvordan strategier og EPJ systemer har skabt mulighed for implementeringen af SP på Sjælland. Jeg har beskrevet nogle af de forventede udfordringer, som implementeringen af SP har betydet, bl.a. den forandring, som det sundhedsfaglige personale har oplevet, og på baggrund af den problemstilling, blev problemformuleringen skabt.

For at studiets fremgangsmåde bliver tydelig, præsenteres i næste kapitel metode og undersøgelsesdesignet, som danner baggrund for studiet. Først præsenteres de videnskabsteoretiske tilgange, som er anvendt i studiet, og dernæst studiets metode og design.

Kapitel 3 - Metode og undersøgelsesdesign

I dette kapitel beskrives projektets metode og det undersøgelsesdesign, der blev anvendt igennem hele projektet. Således beskrives de valg, der blev truffet i forbindelse med dataindsamlingen. Først præsenteres den videnskabsteoretiske tilgang, som blev anvendt i projektet, da denne danner basis for den videnskabelige tankegang i projektet, og dernæst beskrives, de metoder, der blev anvendt for at indsamle empirien. Afslutningsvis beskrives litteraturvalget, som ligger til grund for den senere analyse og diskussion af indsamlet data.

3.1 Videnskabsteoretisk tilgang

I dette projekt blev anvendt en kombination af to videnskabsteoretiske tilgange. Først blev der taget udgangspunkt i fænomenologien. Fænomenologi¹² betyder "videnskab om fænomener", og anvendes til at beskrive fænomener fra menneskers livsverden, og skabe bevidsthedsforståelse. Livsverdenen kan forstås som den hverdag vi lever i, og fænomenologien forsøger at beskrive den menneskelige erfaring og bevidsthed (Vallgård & Koch 2011). Fænomenologien tager udgangspunkt i, at menneskets bevidsthed altid må være relateret til noget, og at bevidstheden er en relation mellem det jeg'et oplever og selve det oplevede (Birkler 2007). Ifølge Birkler anvendes fænomenologien til "(...) *en analyse af de bevidsthedsfænomener, der opleves af et andet menneske*" (Birkler 2007 s.108). I dette projekt er den fænomenologiske tilgang relevant, idet jeg jævnfør [jf.] problemformuleringen, forsøger at afdække hvilken "opfattelse" det sundhedsfaglige personale har haft, af den forandring som SP medførte. For at kunne undersøge deres opfattelse – som er en subjektiv holdning – er det nødvendigt at inddrage fænomenologien. Fænomenologiens grundlag er, at "(...) *arbejde ud fra et mål om at indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig (...)*" (Birkler 2007 s. 108).

Eftersom man aldrig må antage, at man ved hvad andre individer føler eller tænker, er man i fænomenologien nødt til at blive bevidst om sin egen forforståelse, og forsøge at minimere denne (Vallgård & Koch 2011, Birkler 2007). Når man taler om forforståelse, bliver det relevant at inddrage den Hermeneutiske videnskabsteori, som er den anden tilgang, der blev anvendt i projektet.

Hermeneutikken beskriver, hvordan mennesket altid vil forsøge at forstå den verden, vi lever i. Vores forståelse af forskellige forhold, hænger sammen med vores forforståelse af de samme elementer, men gennem videnskabelig dataindsamling bliver det muligt at skabe en ny forståelse. For at forstå det specifikke tilfælde, er det nødvendigt at forstå helheden, men helheden kan "kun" forstås ud fra delelementer (Vallgård & Koch 2011).

Projektet arbejdede i en hermeneutisk forståelsesspiral; Da jeg indledte projektet og udformede problemformuleringen, havde jeg en forforståelse af, hvordan det sundhedsfaglige personale arbejdede, hvordan hospitalsorganisationen var bygget op, og om baggrunden for, at SP skulle implementeres. Undervejs i projektet fik jeg, gennem empirien, en ny forståelse, og denne førte igen til dannelsen af en ny i-liggende forforståelse, hvormed den hermeneutiske forståelsesspiral kom i spil.

¹² Den tyske filosof Edmund Husserl er fænomenologiens grundlægger.

Ud over at anvende en hermeneutisk forståelsesspiral, blev der i projektet arbejdet induktivt, hvilket betød, at der blev generaliseret fra nogle enkelte tilfælde og til overordnede teorier og regler, om hvad der generelt gælder. Når der arbejdes induktivt, dannes generel viden ud fra enkeltstående observationer (Vallgård & Koch 2011, Birkler 2007).

3.1.1 Videnskabelig metode til dataindsamling

Når der tales om dataindsamling, anvendes ofte to forskellige metoder; den kvalitative og den kvantitative metode. De to metoder kan anvendes separat eller i kombination, som det var tilfældet i dette projekt, da der blev arbejdet med både observationsstudie og spørgeskemaundersøgelse, som kan producere kvalitative og kvantitative data.

Den kvantitative metode kendetegnes ved at den skaber data som kan måles, tælles og vurderes statistisk. Kvantitative data kaldes for deskriptive, altså beskrivende, idet de skaber et overblik over et problems omfang. Kvantitative metoder kan ikke løbende tilpasses målresultaterne, og derfor skal denne metode planlægges grundigt på forhånd (Harboe 2006). En af styrkerne ved den kvantitative metode er, at denne har en høj grad af generaliserbarhed og testbarhed. Det kvantitative studie har fokus på frekvenser og korrelationer i en given population, og har typisk til formål at teste hypoteser eller kortlægge repræsentative forhold (Harboe 2006).

Den kvalitative metode er kendetegnet ved, at den skaber "bløde data". Dette kan være symptombeskrivelser, følelser omhandlende en given situation osv. Den kvalitative metode giver indblik i menneskets opfattelse af deres verden og betegnes som eksplorativ - altså undersøgende og udforskende - samt elaborativ - omhyggeligt udarbejdet, og det er teorien, som danner udgangspunkt for dataindsamlingen (Harboe 2006). Således producerer det kvalitative studie data, som har fokus på individuelle forhold, og forskellige nuancer, og denne type studie vil typisk have til formål at afdække en helhedsforståelse og være dybdegående (Harboe 2006). Ud over at vælge mellem de kvalitative og kvantitative metoder - eller kombinere disse - skal der i videnskabelige forskningsprocesser, og især dataindsamlinger, tages højde for, at studiet opfylder videnskabelige krav, eller kvalitetskriterier - som de også kaldes (Harboe 2006, Nielsen 2007).

Før kvalitetskriterierne præsenteres, er det relevant at beskrive begrebet *Operationalisering*.

Operationalisering er den proces, der udføres, når problemstillingen nedbrydes til variabler, som kan undersøges i projektet. Variablerne kan også kaldes måleinstrumenter, og er centrale aspekter ved dét, som skal undersøges. Operationaliseringen fungerer derfor som bindeled mellem teorien og empirien, og garanterer, at man gør dét man ønsker at undersøge, målbart. Samtidig sikrer operationaliseringen, at der skabes kongruens¹³ mellem dét som undersøges, og de variabler som anvendes, altså om undersøgelsen besvarer de spørgsmål, der blev præsenteret i problemstillingen.

Når operationaliseringen er udført og variablerne er beskrevet, er det nødvendigt at se på de videnskabelige kriterier til projektet (Harboe 2006, Nielsen 2007).

- **Validitet** er projektets gyldighed og/eller relevans, og vedrører om projektet er gældende i forhold til problemformuleringen.

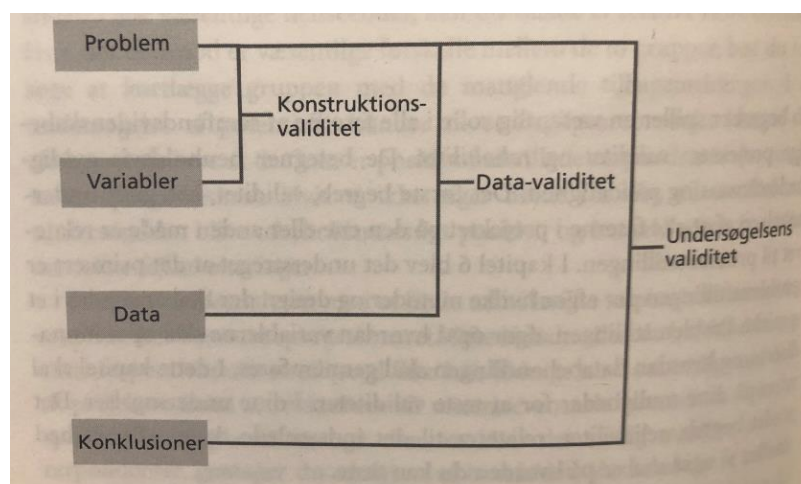
¹³ Kongruens = overensstemmelse mellem to eller flere forhold

Figur 7 illustrerer, således hvordan alle stadier i forskningsprocessen, bør være relateret til, og relevante, i forhold til problemstillingen.

I figuren ses begrebet *konstruktionsvaliditet*, som handler om, hvordan projektet – og dataindsamlingen – er tilrettelagt. Konstruktionsvaliditeten indeholder krav til operationalisering, metode og design af studiet. Derfor er dette begreb relateret til problemstilling og problemformulering, samt de variable, der opstår ved operationaliseringen af problemstillingen (Harboe 2006, Nielsen 2007).

Datavaliditeten omhandler gyldigheden af dataindsamlingen og det empiriske datamateriale. Såfremt det indsamlede datamateriale er utilstrækkeligt til at drage konklusioner, er der typisk tale om et datavaliditetsproblem, og så må metoden tilpasses og dataindsamlingen suppleres (Harboe 2006).

Undersøgelsens validitet er en samlet betegnelse for validiteten i hele projektet, og baseres på, om validiteten er opfyldt for de forskellige faser i projektet (Harboe 2006).



Figur 7 Validitet i alle faser (Harboe 2006, s.88).

- **Reliabilitet**, kan oversættes til pålideligheden af de indsamlede data, eller målingernes nøjagtighed. Reliabiliteten beskriver i hvor høj grad det er muligt at gentage undersøgelsen, og opnå samme resultater (Harboe 2006). Dvs. reliabiliteten omhandler hvordan målingerne er udført, hvor nøjagtige målingerne er, og om analysen af indsamlet data er velbegrunder. Reliabiliteten angår således forekomsten af tilfældige målefejl i projektet (Harboe 2006, Nielsen 2007). Reliabiliteten kan som udgangspunkt undersøges ved to forskellige tests:
 - Stabilitetstesten, handler om at undersøge hvor stabile data er, over en tidsperiode. Der udføres to uafhængige dataindsamlinger med samme fokus, over noget tid. Det er dog væsentligt at forskelle kan skyldes, at respondenter har ændret holdning, eller at forhold er ændret (Harboe 2006).
 - Ækvivalens¹⁴testen anvendes til at undersøge, om det er målemetoden, der skaber upålidelige data. En metode til at undersøge dette, kan være at teste en kvalitativ undersøgelse med en kvantitativ metode, eller at lade en anden

¹⁴ Ækvivalens = overensstemmelse, stemmer overens

forsker analysere samme datamateriale, og se, om han/hun får samme resultater (Harboe 2006, Nielsen 2007).

Validitet-, og reliabilitets kriterierne, som er beskrevet herover, bør indtænkes i hele projektet, for at sikre, at den udførte undersøgelse er valid i forhold til problemstillingen. Ud fra beskrivelsen af de to testmetoder af reliabiliteten, ses det, at ækvivalenstesten er forholdsvis omfattende, og ikke altid praktisk mulig, da den kræver involveringen af en anden person, som ikke er involveret i projektet. Stabilitetstesten er ligeledes tidskrævende, og det kan – som litteraturen nævner – være vanskeligt at vurdere om afvigelser skyldes ændringer i forhold, eller om det omhandler reliabilitets problemer.

I dette afsnit blev beskrevet de videnskabsteoretiske overvejelser, som jeg anvendte i projektet. Samtidig blev de overordnede kriterier, der skal være opfyldt, for at et projekt er videnskabeligt og gyldigt, præsenteret. I det kommende afsnit beskrives det specifikke undersøgelsesdesign, som blev anvendt i dette projekt.

3.2 Projektets overordnede undersøgelsesdesign

Projektets overordnede formål var, at undersøge den organisatoriske implementering af SP, og dennes indflydelse på det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen.

Først og fremmest er forandring, jf. kommende teoriafsnit 4.2 en proces der foregår over en tidsperiode (Jacobsen 2007). Derfor gav det mening at udføre dataindsamlingen i projektet som et longitudinelt¹⁵ studie, med anvendelse af kvalitative og kvantitative metoder i kombination (Aarhus universitet, metodeguiden).

Der blev anvendt successiv metodetriangulering, hvilket betød, at de forskellige undersøgelsesmetoder blev foretaget efter hinanden, så den ene empiriindsamling blev anvendt som forberedelse til den næste empiriindsamling (Hollesen 1996). Ulempen ved den successive metodetriangulering er, at den er tidskrævende og at undersøgelsesenhederne kan forandre sig over tid – og dermed blive mindre sammenlignelige. Fordelene findes i, at undersøgelsesprocessen præcist kan overvåges, da undersøgelserne foregår efter hinanden (Hollesen 1996)

I projektet blev udført seks på hinanden følgende dataindsamlinger; to observationsstudier, to interviews og to spørgeskemaundersøgelser, over en tidsperiode, hvilket, som nævnt, gjorde studiet longitudinelt.

Først udførtes et observationsstudie på en sengeafdeling, inden implementeringen af SP. På sidste dagen for observationerne, udførtes desuden et interview med de observerede aktører. Observationerne og interviews blev så, blandt andet, anvendt til at designe en spørgeskemaundersøgelse, som også blev gennemført inden implementeringen af SP.

Efter implementeringen af SP, blev både observations-, interviews -, og spørgeskemaundersøgelse gentaget. Tidslinjen for dataindsamlingen som helhed ses herunder, på figur 8.

Bemærk, at der er tale om fire dataindsamlingspunkter (eftersom interviews foregik på sidste dagen for observationen) og at dataindsamlingen desuden er "afbrudt" af implementeringen af SP.

¹⁵ Et studie der indhenter data på mere end et tidspunkt, typisk for at undersøge en udvikling eller forandring over tid (Aarhus Universitet)



Figur 8 - Tidslinje for dataindsamling

I de kommende afsnit præsenteres først de metodiske overvejelser, der var udgangspunktet for dataindsamlingen, og dernæst hvordan den reelle dataindsamling foregik. Først beskrives observationsstudierne, dernæst interviewundersøgelsen og til slut spørgeskemaundersøgelserne, eftersom det var den rækkefølge, dataindsamlingen blev foretaget i. Afslutningsvis præsenteres den valgte litteratur, der blev anvendt i projektets teoriafsnit. Fremadrettet beskrives tiden før implementeringen af SP, som PRÆ SP, mens tiden efter implementeringen af SP omtales som POST SP.

3.3 Observationsstudiet

Som nævnt, i afsnittet herover, blev der i projektet udført to observationsstudier, et PRÆ SP og et POST SP. Der var ca. ni måneder imellem udførelsen af de to studier, og de foregik på samme sengeafdeling, undersøgelsesenhed X, som beskrives i detaljer i afsnit 3.6. Herunder præsenteres først metoden bag udførelsen af observationsstudier generelt, og dernæst beskrives de specifikke observationsstudier, som blev udført i dette projekt.

3.3.1 Observationsstudie som metode

Observationsstudier er et samlet begreb for den metode, hvor primært iagttagelsesevnen anvendes til at opnå information, om et givent emne eller problemstilling, og hvor aktørernes (de personer, som observeres) sociologiske forhold søges at blive afdækket (Harboe 2006).

Der eksisterer forskellige former for observationsteknikker, og der skelnes mellem to overordnede typer:

- Ved feltobservationer – eller feltarbejde – observeres aktører og fænomener i deres "naturlige" miljøer
- Ved laboratorie-observationer, observeres aktører under kunstigt skabte, kontrollerede forhold, og i forudbestemte rammer (Harboe 2006).

Som observatør, kan man indgå i interaktioner med aktørerne, i forskellig grad, fra at observere uden at deltage, til at observere som deltager, og graden af deltagelse vil i høj grad afhænge af det, der skal observeres. Ved observation uden deltagelse, har observatøren ikke kontakt til aktørerne. Dette sker fx i laboratorie-observationer hvor observatøren opholder sig bag envejs-glas. Ved observation med deltagelse, har observatøren direkte kontakt med aktørerne, og kan – afhængig af observationens varighed – udvikle relationer til aktørerne.

Observatører bør dog, så vidt muligt, finde en balance mellem at holde afstand til aktørerne og samtidig være nærværende. Inden observationen påbegyndes, bør observatøren således være opmærksom på, at man kan påvirke aktørerne ved "at være tilstede". Såfremt aktører er beviste om årsagen til, at de observeres, er der desuden mulighed for, at de tilpasser deres handlinger (Kristiansen & Krogstrup 2015).

Feltstudier skal ses som en cyklisk og fleksibel proces, hvor der ikke eksisterer fastlagte rammer, idet der interageres med de aktører, som observeres. Dog vil alle observationsstudier teoretisk foregå i en række forskellige faser, som kort beskrives herunder

- Afklaring af målet med undersøgelsen, dvs. hvilken problematik ønskes indblik i og hvorfor udføres undersøgelsen
- Afklaring af, hvilken gruppe der skal observeres.
- Få adgang til feltet – hvem skal kontaktes og evt. give tilladelse til, at undersøgelsen må udføres
- Etablering af forhold til feltet, dvs. observatøren påtager sig en bestemt rolle når han/hun ankommer til feltet. En tydelig rolle er vigtig for at undgå modstand eller mistro
- At observere, notere og interviewe, er en fase, som omhandler hvordan der observeres, hvilke aktiviteter der skal observeres og hvordan observationer registres. Derudover er det ved nogle observationer muligt at stille spørgsmål til aktørerne.
- At forlade feltet, handler om hvordan, der tages afsked med aktører. Dette er især relevant når/hvis observationen er foregået over en længere tidsperiode
- At analysere data, er en essentiel fase, som bør foregå undervejs i observationen, og som ofte vil ske gennem diverse feltnotater.
- At afrapportere er den sidste fase, som omhandler hvordan data og resultater fra observationen fremlægges for andre (Kristiansen & Krogstrup 2015).

De forskellige faser bør, som nævnt, ses som en dynamisk proces, men de kan være relevante at overveje, inden observationen påbegyndes.

Observationsstudier har en række fordele og ulemper. Fordelen er, at observationsstudier kan generere værdifulde informationer, og observation skaber adgang til de sociale processer, der finder sted under konflikter og forandringer (Kristiansen og Krogstrup 2015). Ulemperne er, at observation er en tidskrævende proces, som ofte skaber en stor mængde data, der kan være vanskeligt at tolke. Desuden kan udbyttet af observationer være begrænset af observatørens iagttagelsesevne og observatørens forforståelse. Observatøren bør være opmærksom på selektiv perception, dét at registreringen af fænomener bevidst fravælges, eller ubevidst overses (Kristiansen & Krogstrup 2015).

3.3.2 Observationsstudiet – Præsentation af designet

Indsamlingen af data gennem observation, foregik ud fra samme design, både PRÆ og POST SP, således at forholdene var sammenlignelige. Derfor beskrives designet kun én gang.

Observationsstudierne havde flere formål:

1. Det blev anvendt til at give en grundlæggende forståelse for det sundhedsfaglige personales arbejdsgange på sengeafdelinger
2. PRÆ SP havde observationsstudiet til formål at skabe indblik i arbejdsgangene med de daværende IT-systemer, inden implementeringen af SP.

3. Observationsstudiet skulle derudover skabe viden om, hvilke spørgsmål der ønskedes besvaret i den efterfølgende spørgeskemaundersøgelse, og sikre, at spørgsmålene blev relevante for projektet.
4. POST SP, havde observationsstudiet endvidere til formål at afdække de nye arbejdsgange med SP, samt opnå indblik i det sundhedsfaglige personales hverdag efter implementeringen af SP, for på den måde at medvirke til at besvare problemformuleringen.

I dette studie blev anvendt feltobservation, for at observere det sundhedsfaglige personale i deres hverdag, på deres arbejdsplads. Jeg påtog mig rollen som "deltagende observatør", hvor jeg havde kontakt med – og interagerede med – aktørerne.

Fordelen ved at vælge feltobservation og være deltagende i denne, var, at jeg fik indgående kendskab til arbejdsrutinerne på afdelingen, og samtidig havde jeg mulighed for at stille uddybende forståelsesspørgsmål til de opgaver, som plejepersonalet havde. De udførte interviews med aktørerne præsenteres i afsnit 3.4.

Ulempen ved at vælge en deltagende rolle var, som nævnt i afsnit 3.3.1, at jeg kunne påvirke aktørernes adfærd og handlinger, og samtidig var der mulighed for, at aktørerne – ved at være bevidste om årsagen til min tilstedeværelse – ville udtale sig mindre nuanceret (Kristiansen & Krogstrup 2015).

PRÆ og POST SP, foregik observationerne på undersøgelsesenhed X, over tre hverdage, hvor jeg mødte i dagvagt (kl. 7.30-15.30), og fulgte afdelingens personale. Den første dag, præsenterede afdelingssygeplejersken formålet med min tilstedeværelse i det omfang vi på forhånd havde aftalt. For at få fuld adgang til afdelingen, valgte jeg at møde op i uniform, således at jeg kunne deltage i afdelingens rutiner. Det er væsentligt at bemærke, at i fx medicinum (der hvor patienternes medicin doseres), skal man – af hygiejne årsager – være iført uniform.

3.3.3. Behandling af observationer

Under observationsdagene noteredes og registreredes alt, som var relateret til arbejdsgange, anvendelsen af IT, personalets holdninger og følelser til implementeringen af SP m.m. Jeg medbragte derfor en notesbog, en kamera-telefon, en tæller (til kvantitativ registrering), samt et lille videokamera. Noterne blev udført i stikordsform, eller som udsagn og citater fra aktørerne. Efter hver endt observationsdag, renskrev jeg noterne, mens observationerne fortsat var tydelige i hukommelsen. I de tilfælde hvor billeder eller videosekvenser blev optaget, havde jeg nedskrevet noter, som beskrev konteksten svarende til hvert billede og/eller videosekvens. Billeder og videosekvenser havde til formål at opfange detaljer, jeg måske havde overset, samt til registrering og dokumentation for anvendelsen af IT.

Det skal bemærkes at alt blev noteret, da jeg ikke på forhånd ville sortere i, hvilke forhold, der var relevante for projektet. Af hensyn til projektets omfang præsenteres udelukkende de observationer, som var relevante i forhold til besvarelsen af problemformuleringen. Derudover, fremhæves i den senere analyse, to moduler; medicin og dokumentation, da disse bedst illustrerede arbejdsgangene på sengeafdelingen, eftersom det var de moduler, der oftest blev anvendt. Pga. den daglige anvendelse, vurderede jeg, at de kunne være indikatorer for forandringen – og ændringer i arbejdsgange.

3.3.4 Valg af aktører

For at strukturere observationerne, udvalgte jeg på første dagen for observationerne, PRÆ SP, de sygeplejersker, som jeg ville observere. Sygeplejerskerne gav mundtligt samtykke.

Årsagen til, at jeg specifikt valgte sygeplejersker til at repræsentere det sundhedsfaglige personale på afdelingen, var, at de var tilknyttet afdelingen, og var til stede i hele dagvagten. De læger, som var tilknyttet afdelingen, tilså patienter på flere afdelinger samt deltog i operationer, og de var dermed ikke så ideelle som aktører til heldags observationer, hvor fokusområdet var arbejdsgange og IT-systemer.

Som udgangspunkt udvalgte jeg tre aktører, som jeg fulgte i observationsdagene. Efter første dag, gennemlæste jeg noter, og analyserede optagede videosekvenser, og vurderede, om de tre personer, som jeg havde valgt at observere, arbejdede ensartet. Eftersom deres arbejdsgange og metoder var meget identiske, vurderede jeg, at det var normen for afdelingen, og at de derfor var repræsentative aktører for hele afdelingen. Såfremt dette ikke havde været tilfældet, havde jeg udvidet antallet af aktører, således at de var repræsentative for afdelingen. Med samarbejde fra afdelingssygeplejersken, blev observationsdagene tilrettelagt således, at jeg kunne følge de samme tre aktører, i alle tre observationsdage. Ligeledes, blev det POST SP, muligt at observere de samme tre aktører, da jeg tilpassede observationsdagene til aktørernes vagtplaner.

For hver af de aktører, jeg observerede, registrerede jeg nogle standardinformationer, i et skema (tabel 1). Disse informationer blev anvendt til forståelse af afdelingssammensætningen, og aktørernes erfaring på afdelingen. Oplysningerne ses herunder.

	Aktør A	Aktør B	Aktør C
<i>Stillingsbetegnelse</i>	Sygeplejerske	Sygeplejerske	Sygeplejerske
<i>Alder</i>	41	26	36
<i>Køn</i>	Kvinde	Kvinde	Mand
<i>Antal år på afdelingen</i>	10 år	2 år (og studie på afdelingen)	5 år

Tabel 1- Aktørernes standardinformationer

Aktørerne udgjorde et repræsentativt udsnit af afdelingens personale, idet aldersfordelingen på afdelingen var 24-60 år og ansættelsesperioden på afdelingen varierede fra under 1 år og til 17år (oplysninger fra afdelingssygeplejersken). Derudover valgte jeg at inkludere to kvinder og en mand, da afdeling X havde tre mandlige sygeplejersker ansat. Ifølge dansk sygeplejeråd (DSR) viste en rapport fra 2019 at 4,38% af de ansatte sygeplejersker på landets hospitaler var mænd (DSR 2019), hvilket er årsagen til, at jeg fandt det relevant at inkludere en mandlig aktør.

3.4 Interviews med aktører fra observationsstudiet

Som nævnt i afsnit 3.2, om beskrivelsen af undersøgelsesdesignet, valgte jeg at interviewe aktørerne fra observationsstudiet, på den sidste observationsdag før – og efter – implementeringen af SP.

De almindelige samtalerne med aktørerne foregik undervejs i observationen, ofte med udgangspunkt i en undren: "*hvorfor gjorde du det*" "*hvad leder du efter*", eller hvor aktørerne spontant fortalte om deres arbejdsopgaver. Samtalerne var således ofte kortvarige.

Interviewene foregik i arbejdstiden, på afdeling X, hvilket betød, at det ene interview blev afbrudt af en patient, for siden at blive genoptaget. Jeg udførte semistrukturerede forskningsinterviews, hvor temaerne for interviewet var fastlagt på forhånd – og nedskrevet i en interviewguide. Der gælder for interviews, at jo mere strukturerede de er, jo lettere er de at analysere, men jo sværere kan det samtidig være at få spontane brugbare svar. Det semistrukturerede interview blev derfor valgt, da det gav mulighed for at udforske de elementer, som aktørerne fandt interessante (Vallgård & Koch 2011). Formålet med interviews var primært at få svar på alt det "usagte" fra observationerne, og dermed opnå kendskab til aktørernes subjektive holdninger til implementeringsprocessen og forandringen.

Når interviews udføres, arbejdes typisk ud fra en interviewguide, som skal sikre, at interviewet undersøger de forhold, som det var hensigten at undersøge. Interviewguiden hjælper forskeren til at holde fokus, og finder sted på baggrund af en operationalisering¹⁶ af problemformuleringen (Vallgård & Koch 2011). Udviklingen af interviewguiden, skete på baggrund af den initierende undren, de første to observationsdage – og med udgangspunkt i problemformuleringen. Udviklingen af guiden fandt sted i tre etaper:

- Først afgrænsede jeg hvilke områder jeg ønskede dybere indsigt i, end observationsstudiet havde givet. Dette gav en del undringsspørgsmål.
- Dernæst overvejede jeg, hvordan spørgsmålene – og svarene kunne anvendes, i forhold til problemformuleringen, og fandt, at en del spørgsmål kunne sorteres fra.
- Til slut samlede jeg spørgsmålene i de relevante "temaer" og udelukkede gentagelser.

Målet var at opnå fire til fem spørgsmål, som kunne give det ønskede indblik, men samtidig kunne sikre at interviewet ikke ville tage for lang tid. Interviewguiden kan ses på bilag 3. Aktørerne var fortsat anonyme, og derfor anvendes A, B, C om dem, som det også var anvendt under observationerne.

3.4.1 Identificerede temaer på baggrund af observationsstudiet og interviews

På baggrund af kondensering af observationsstudierne og de udførte interviews med aktørerne, fremkom nogle overordnede temaer, som de forskellige observationer samt samtaler og interviews med aktører, kunne placeres i. Temaerne var gennemgribende både PRÆ og POST SP. Kondenseringen af data til temaer beskrives i analysen, afsnit 5.1.4, og opsummeres her.

Temaerne var

- **Forandringen**, herunder ligger jf. ovenstående kondensering, alt der vedrører de menneskelige aspekter af forandringen, dvs. oplevelsen af forandringen, modstand mod forandringen, forandringsparathed.
- **IT-arbejdsgange**, herunder hører fx de specifikke arbejdsgange indenfor medicin-, og sygeplejemodul, som bl.a. blev beskrevet i observationerne.
- **Uddannelse/oplæring i SP**, omhandler al uddannelse eller oplæring som personalet har modtaget i SP, dvs. de officielle SP-kurser, testmiljøet som kunne tilgås fra lokale computere, og oplæring lokalt i afdelingerne.

De tre temaer blev dernæst anvendt, sammen med problemformuleringen, til at designe spørgeskemastudiet, som præsenteres herunder.

¹⁶ Operationalisering af problemformuleringen bliver gennemgået i afsnit 3.5.2.3 under "Design af spørgsmål"

3.5 Spørgeskemaundersøgelse

I dette projekt fandt en spørgeskemaundersøgelse, som nævnt, sted af to omgange, en før implementeringen af SP, og en efter implementeringen af SP. I dette afsnit beskrives fremgangsmåden samlet for spørgeskemaet før og efter implementeringen af SP, medmindre andet er angivet. Dette skyldes, at det var samme teori som blev anvendt, og samme fremgangsmåde i design af spørgeskemaerne, for at gøre dem så ensartede og sammenlignelige, som muligt.

3.5.1 Spørgeskemaundersøgelse - Metoden

Brugen af et spørgeskema er karakteriseret ved, at der indsamles standardiserede informationer fra flere respondenter (Olsen 2005). Når spørgeskemaundersøgelser gennemføres, kræver det at problemstillingen er tilstrækkelig præcis, således at der ud fra den, kan formuleres en række forskningsspørgsmål, der ønskes besvaret (Olsen 2005). I konstruktionen af spørgeskemaer, er det vigtigt først at have overvejet de videnskabelige krav, som blev præsenteret herover, i afsnit 3.1.1, for at sikre at studiet opnår tilstrækkelig validitet og reliabilitet. Dernæst bør tages stilling til undersøgelsens formål – de spørgsmål der ønskes besvaret (typisk problemformuleringen) – samt hvilken respondentgruppe, der vælges. Respondentgruppen udvælges oftest tilfældigt ud fra den population man er interesseret i (Harboe 2006).

Et spørgeskema er som udgangspunkt en kvantitativ metode, men kan indeholde kvalitative elementer, fx ved brugen af åbne spørgsmål, hvor respondenter får lov at afgive kommentarer. Modsat åbne spørgsmål, eksisterer lukkede spørgsmål, som typisk har ja/nej-svar, eller svarkategorier, hvor der kan vælges fra flere muligheder ved afkrydsning (Harboe 2006). Ud over svarkategorier, kan vælges at have svarlister, med flere forskellige svarmuligheder, hvor respondenter kan afkrydse en eller flere bokse. Svarkategorierne bør være udtømmende og overskuelige. Samme princip gør sig gældende for skalasvar, hvor respondenter placerer et kryds på en skala med værdierne "Meget enig", "enig", "uenig" "meget uenig" (Harboe 2006).

I de fleste spørgeskemaer anvendes en kombination af forskellige typer, af spørgsmål. De tre mest almindelige typer er

- Faktuelle spørgsmål; Hvor gammel er du? Er du i arbejde?
- Kognitive spørgsmål: Hvor mange sundhedsreformer har der været i Danmark?
- Holdningsmæssige spørgsmål: "Hvad er din mening om anvendelsen af telemedicin?"

De faktuelle spørgsmål anvendes typisk til at opnå baggrundsinformation om respondenterne, og for – blandt andet – at vurdere om de reelle respondenter, stemmer overens med den forventede respondentgruppe (Harboe 2006).

Når spørgeskemaet er konstrueret, udføres en pilottest, for at sikre, at alle spørgsmål er forståelige, relevante og velovervejede. Pilottestere kan, afhængig af undersøgelsen, være bekendte, kolleger, medstuderende m.fl., men testerne bør være repræsentative i forhold til alder, uddannelse og socialstatus, så de ligner modtagergruppen mest muligt (Vallgård & Koch 2011).

En af fordelene ved anvendelse af spørgeskema, er, at der kan opnås svar fra mange respondenter, samtidig med, at respondenterne oftest er anonyme. Anonymiteten skaber potentielt mulighed for, at respondenterne svarer mere sandfærdigt på spørgsmål, de ellers havde undladt at besvare (Olsen 2005).

Ulemperne er typisk højt frafald, manglende eller ingen uddybende besvarelser, ingen mulig svarkontrol. Både fordele og ulemper afhænger dog af, hvilken indsamlingsmetode der anvendes (Olsen 2005).

Spørgeskemaer kan indsamles på flere måder, og valget vil typisk afhænge af, hvad der undersøges. Således er det muligt at anvende postomdelt spørgeskema (papirform), digitalt spørgeskema, telefoninterview – hvor intervieweren ”krydser af” i svarene for respondenter, eller besøgsinterview, hvor spørgsmålene stilles direkte til respondenter (Olsen 2006). Indsamlingsformen har betydning for de spørgsmål der kan stilles, og metoden skal derfor overvejes, inden spørgsmål udarbejdes (Olsen 2006).

Databehandling af indsamlede spørgeskema vil ligeledes afhænge af, hvilken indsamlingsform der blev anvendt. Hyppigst udføres databehandlingen kvantitativt – men også kvalitativt – afhængigt af de spørgsmål, der blev stillet. Ved digitale spørgeskemaer kan svar ofte eksporteres til en database, hvorimod det ved papiromdelte skemaer, er nødvendigt manuelt at indføre svar i en database, for at kunne bearbejde data (Harboe 2006). Selve databehandlingen beskrives i afsnit 5.3 i relation til analysen af de indsamlede spørgeskemaer.

3.5.2 Spørgeskemaundersøgelsen – Præsentation af designet

I dette afsnit præsenteres udarbejdelsen af spørgeskemaerne. For at besvare problemformuleringen, og undersøge, hvordan det sundhedsfaglige personale oplevede implementeringen af SP, blev anvendt et spørgeskema, til at indsamle information, PRÆ og POST SP. Spørgeskemaet blev anvendt for at inkludere flere besvarelser, end det var praktisk muligt med interviews.

Spørgeskemaundersøgelserne havde til formål at afdække det sundhedsfaglige personales oplevelser af – og holdning til – den forandring, som den organisatoriske implementering af SP medførte.

Designet af spørgeskemaundersøgelsen beskrives her som én proces, idet fremgangsmåden for udviklingsprocessen af spørgeskema og spørgsmål, var forholdsvis ens for undersøgelsen både PRÆ og POST SP. Afvigelserne mellem spørgeskemaundersøgelsen før og efter implementeringen, handlede primært om terminologier og systemnavne, samt om respondenternes overordnede tilfredshed med systemerne.

3.5.2.1 Valg af respondenter

I dette projekt havde jeg, jf. problemformuleringen, fokus på, at undersøge den organisatoriske implementering af SP, på sengeafdelinger på Rigshospitalet. Respondenterne blev derfor udvalgt som alle sundhedsfaglige ansatte, på sengeafdelinger på Rigshospitalet, der arbejdede med patientjournaler i deres hverdag. Dermed blev respondenterne udvalgt som alle sygeplejersker, læger, sekretærer, social og sundhedsassistenter samt studerende indenfor disse kategorier, der ønskede at deltage. Der var ingen krav til respondenternes alder, arbejds erfaring eller andet, da gruppen af respondenter skulle være repræsentative for sengeafdelingerne. De specifikke undersøgelsesenheder, hvor dataindsamlingen foregik, er beskrevet i afsnit 3.6.

3.5.2.2 Valg af dataindsamlingsform

I dette projekt valgte jeg at anvende et spørgeskema i papirform, frem for et webbaseret design.

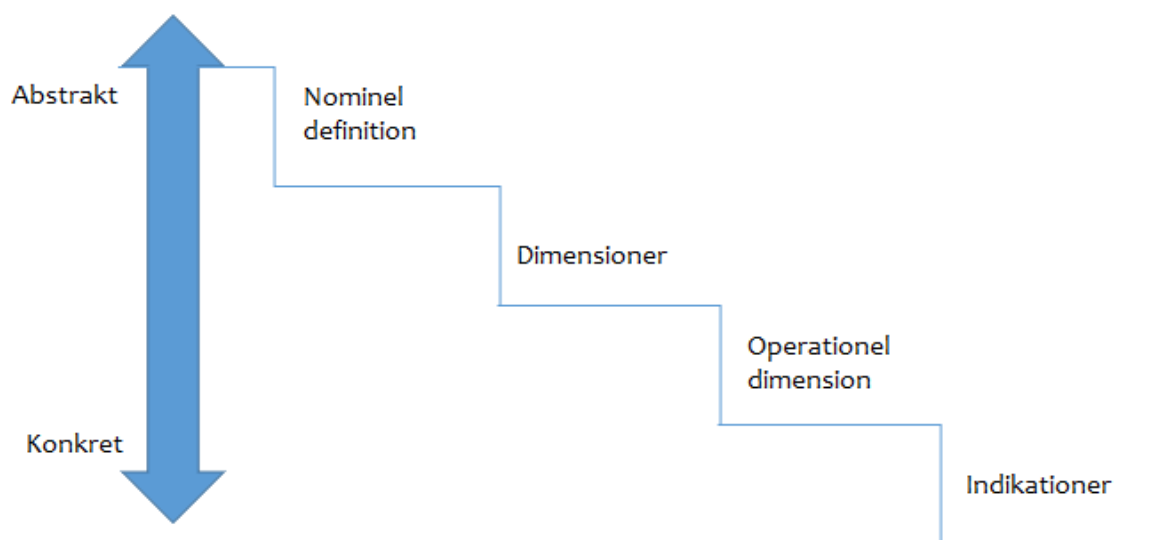
Årsagen til, at vælge et papirbaseret design, var for det første, at ikke alle afdelinger havde individuelle computere til rådighed til personalet, og for det andet for at sikre, at skemaet kunne udfyldes når personalet havde tid. Den tredje årsag var, at jeg efter observationen, PRÆ SP, havde jeg en fornemmelse af, at personalet allerede arbejdede meget på computer. Jeg ønskede at spørgeskemaet skulle være så lettilgængeligt som muligt, således at flest mulige personer ville besvare, også selvom det kunne betyde en mere besværlig analyse, end et digitalt spørgeskema.

3.5.2.3 Design af spørgsmål

Når spørgeskemaundersøgelser anvendes, er det essentielt at finde frem til netop de spørgsmål, som kan anvendes til at afdække de områder, der ønskes information om. I processen med at designe spørgsmålene til spørgeskemaundersøgelsen, var det derfor nødvendigt først at kortlægge, hvilke spørgsmål jeg ønskede besvaret.

Processen med at udvikle spørgsmålene til spørgeskemaet, foregik som en iterativ proces, i forskellige etaper. Først tog jeg udgangspunkt i operationalisering af begreberne fra problemformuleringen, og dernæst anvendte jeg de kondenserede temaer fra observationsstudierne. Tredje etape bestod i at samle temaerne og tilpasse spørgsmålene, og til slut hentede jeg inspiration i "Metodehåndbog i undersøgelse af forandringsparathed" fra EPJ Observatoriet (Høstgaard & Nøhr 2004), som indeholder et værktøj – i form af et spørgeskema – til at foretage en forandringsparathedundersøgelse i forhold til implementeringen af nye IT-systemer.

For at kunne designe spørgsmålene til spørgeskemaundersøgelserne, blev der, som nævnt foretaget en operationalisering af problemformuleringen, som fandt sted med udgangspunkt i teori om Abstraktionsstigen af Peter Nielsen, og beskrives herunder, figur 9.



Figur 9 - Abstraktionsstigen (frit efter Nielsen 2007, s.84).

Ved at tage udgangspunkt i abstraktionsstigen, var det muligt at gå fra det abstrakte (problemformuleringen) til et mere konkret niveau (spørgsmål til interview og spørgeskemaet), gennem operationalisering, og her præsenteres et eksempel, som er opbygget frit efter abstraktionsstigen i Nielsen, figur 9 (Nielsen 2007).

Først beskrives den indledende etape, hvor problemformuleringen blev operationaliseret til spørgsmål. Bemærk at de forskellige dimensioner og operationelle definitioner herunder bygger på den initierende litteratursøgning, og at begreberne uddybes i teoriafsnittet, kapitel 4. Herunder præsenteres første udkast til spørgsmål, baseret på problemformuleringen. Derefter inkluderes og kombineres med erfaringerne baseret på observationsstudierne. Nogle af de beskrevne dimensioner, var baseret på min forforståelse af implementeringen af SP, som byggede på mine egne erfaringer fra processen.

Problemformulering	Hvilken betydning havde den organisatoriske implementering af Sundhedsplatformen på det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen, på sengeafdelinger på Rigshospitalet?
Nominel definition af "organisatorisk implementering"	Med organisatorisk implementering fås, jævnfør begrebsdefinition afsnit 2.6.1 begreberne <i>forandring i organisationen</i> med fokus på medarbejderne, <i>ændrede arbejdsgange</i> , <i>uddannelse</i> i det nye system.
Dimension og operationel definition <i>forandring</i>	• Forandring i organisationen (Rigshospitalet) • Planlagt forandring • Ændring fra tilstand A (før SP) til tilstand B (efter SP) over en tidsperiode • Forandringsparathed; Sundhedsfaglige personales subjektive opfattelse af forandringen • Modstand mod forandringen
Dimension og operationel definition <i>Ændrede arbejdsgange</i>	• Ændrede arbejdsgange i brugen af IT-systemer • Ændrede arbejdsopgaver som følge af SP
Dimension og operationel definition <i>uddannelse</i>	• Formel uddannelse i SP, kurser udført af Region Hovedstaden • Certificering i SP • Træning lokalt i afdelingen efter implementering, vha. testmiljø
Første udkast til spørgsmålskonstruktion <i>forandring</i>	Hvor forandringsparat føler De dem i arbejdslivet? Føler de modstand mod forandringen som implementeringen af SP skabte? Hvordan har de opfattet forandringen? Føler De, at De var forberedt til implementeringen af SP?
Første udkast til spørgsmålskonstruktion <i>Ændrede arbejdsgange</i>	Hvilken betydning har implementeringen af SP haft på Deres arbejdsgang? Hvor lang tid anvender De på IT i Deres arbejdsdag? Er de tilfreds med SP?
Første udkast til spørgsmålskonstruktion <i>Uddannelse</i>	Har De fuldført uddannelsen i SP? /Er De certificeret i SP? Hvor lang tid tog uddannelsen i SP? Hvordan vil De beskrive kvaliteten af undervisningen? Har De selv gennemført træning i testmiljøet?

Tabel 2 - Proces for design af spørgsmål

Tabel 2, herover, illustrerer hvordan processen med operationalisering fra den abstrakte problemformulering, til de første udkast til spørgsmål, foregik. Dernæst inkluderede jeg de kondenserede temaer fra observationsstudierne, og videreudviklede på spørgsmålene.

Efter observationsstudierne, ændrede spørgsmålene fra problemstillingen karakter, således blev de mere konkrete, og der tilkom flere kvantitative spørgsmål.

Derudover hentede jeg inspiration fra EPJ Observatoriet og nogle af deres spørgsmål, fx herunder, figur 10 og figur 11.

10. For mig personligt – i forhold til min hverdag – er formålet med at indføre EPJ:

- ☐ At lette tilgængeligheden til journalen (den kan altid findes !)
- ☐ At opnå besparelser
- ☐ At få en bedre strukturering af journalen (det bliver lettere at finde relevante informationer)
- ☐ At få en læselig journal
- ☐ At få en hurtigere udveksling af informationer til og fra andre afdelinger - kliniske såvel som parakliniske
- ☐ At sikre en korrekt medicinering
- ☐ At udvikle et effektivt beslutningsstøttesystem
- ☐ Ved ikke

Figur 10 - Forandringsparathedundersøgelse (EPJ Observatoriet 2004, s.61).

27. Jeg har lyst til at gå i gang med de opgaver, der er knyttet til indførelse og udvikling af EPJ

- ☐ Jeg er helt enig
- ☐ Jeg er delvist enig
- ☐ Jeg er hverken enig eller uenig
- ☐ Jeg er delvist uenig
- ☐ Jeg er helt uenig
- ☐ Ved ikke

Figur 11- Forandringsparathedundersøgelse (EPJ Observatoriet 2004, s.66).

Med kombination i de ovenstående etaper, fremkom nye spørgsmål, baseret på operationaliseringen og gennemgående temaer. Nogle eksempler ses herunder, men af hensyn til plads og relevans, præsenteres kun et uddrag, herunder, tabel 3.

Kategorier/ Temaer	Udkast til spørgsmål fra operationalisering af problemformulering (PF)	Nye spørgsmål efter observation i kombination med spørgsmål fra PF
<i>Forandring</i>	Hvor forandringsparat føler De dem i arbejdslivet?	Hvor forandringsparat synes De selv De er, i forhold til ny teknologi, nye it-systemer?
<i>Forandring</i>	Føler de modstand mod forandringen som implementeringen af SP skabte?	Ved oplysning om ændringer i mine arbejdsopgaver/ måde at arbejder på, er min første reaktion at føle modstand" (meget enig, enig, uenig, meget uenig)
<i>Forandring</i>	Hvordan har de opfattet forandringen?	Hvad mener De modstand mod forandring skyldes?
<i>Forandring</i>	Føler De, at De var forberedt til implementeringen af SP?	Har der, fra Deres arbejdsgivers side, været fokus på forandringen?
<i>Ændrede arbejdsgange</i>	Hvilken betydning har implementeringen af SP haft på Deres arbejdsgang?	Hvilken betydning forventer du at sundhedsplatformen får for dine arbejdsgange når den er fuldt implementeret? (Før implementeringen af SP)
<i>Ændrede arbejdsgange</i>	Hvor lang tid anvender De på IT i Deres arbejdsdag?	Hvor lang tid bruger De i gennemsnit på arbejdsopgaver, på computeren, hvis Deres arbejdsdag er 8 timer?
<i>Ændrede arbejdsgange</i>	Er de tilfreds med SP?	Hvor tilfreds er De med systemet SP som arbejdsredskab?
<i>Uddannelse</i>	Har De fuldført uddannelsen i SP? /Er De certificeret i SP?	Har De deltaget i undervisning i SP? Hvor relevant mener De undervisningen var?
<i>Uddannelse</i>	Hvor lang tid tog uddannelsen i SP?	Hvor mange kurser har De været til i SP?
<i>Uddannelse</i>	Hvordan vil De beskrive kvaliteten af undervisningen?	Hvor relevant mener De, at undervisningen var?

Tabel 3 – Eksempler på spørgsmål til undersøgelsen.

På baggrund af ovenstående fremgangsmåde, præsenteret i tabel 3, blev udviklet de endelige spørgsmål til spørgeskemaet, og processen fandt sted på samme måde for PRÆ og POST SP.

3.5.2.4 Pilottest af spørgeskema

Efter konstruktion af spørgsmålene, og opbygning af spørgeskema i forhold til layout, design, spørgemetode og struktur, samt rækkefølge af spørgsmålene (jf. metoden i afsnit 3.5.1), blev spørgeskemaet pilottestet. Jeg udvalgte tre pilottestere, blandt daværende eller tidligere kolleger, som alle var ansat på hospitaler i Region Hovedstaden. Jeg valgte pilottestere med en sundhedsfaglig baggrund, da de svarede til målgruppen for undersøgelsen. Oplysningerne om dem, er baseret på tidspunktet for første spørgeskemaundersøgelse.

- Anna, 27 år, nyuddannet læge
- Stine, 37 år, social-og sundhedsassistent med speciale funktion¹⁷
- Preben, 56 år, sygeplejerske

De tre pilottestere besvarede alle spørgsmål i spørgeskemaet, foretog tidtagning af hvor længe de var om at udfylde skemaet, læste korrektur, formuleringer og vurderede spørgsmålenes relevans. Da de således havde gennemgået spørgeskemaet, afholdt jeg et fokus-gruppeinterview, hvor de kommenterede på spørgeskemaet og gav konstruktiv kritik. To af de tre pilottestere, svarede, at de ønskede muligheder for at komme med kommentarer undervejs, og derfor blev der i spørgeskemaet tilføjet mulighed for dette. Derudover blev det foreslået, til spørgeskemaet POST SP, at jeg tilføjede nogle spørgsmål omkring sidemandsoplæring, da dette var meget udbredt på forskellige afdelinger, og ikke alt personale havde deltaget i undervisningen i SP.

Andre kommentarer omhandlede sprogbruget. De mente alle tre, at det var "for formelt" at bruge høflig tiltaleform (De, Deres), og at de i stedet foretrak de mere uformelle betegnelser, Du, dig, din osv. Dette blev derfor ændret til de endelige versioner af spørgeskemaet.

3.5.2.5 Omdeling af spørgeskema

Da spørgeskemaet var rettet til, blev det printet og omdelt sammen med svarkuverter. Alle spørgeskemaer var forsynet med et introduktionsbrev¹⁸, og afdelingssygeplejerskerne forklarede, på de forskellige afdelinger, baggrunden for undersøgelsen. Derudover fik jeg afdelingssygeplejerskerne til at sende en mail til hele personalegruppen, således at personer der havde aften-, og nattevagt – eller fridag, også blev introduceret til undersøgelsen.

Jeg allierede mig med afdelingernes sekretærer, således at de ville opbevare de returnerede spørgeskemaer for mig. Omtrent halvvejs i indsamlingsperioden, kontaktede jeg sekretærerne, og fik status på returnerede svar. Derefter sendte jeg en påmindelses-e-mail til de afdelingssygeplejersker, hvor jeg mente, at svarprocenten var for lav. E-mailen blev formuleret, så den kunne videresendes direkte til personalet på afdelingerne.

Herunder beskrives processen for PRÆ og POST SP.

Før implementeringen af SP

- Det færdige spørgeskema for PRÆ SP kan ses på bilag 4. Jeg omdelte spørgeskemaet til to sengeafdelinger, den ene var afdeling X, hvor observationen var udført, den anden var afdeling Y, en sengeafdeling fra et andet speciale – der størrelsesmæssigt svarede til afdeling X. Årsagen til, at jeg valgte to afdelinger var, at jeg ønskede at få flere respondenter, end en afdeling kunne sikre. Som nævnt præsenteres afdelingerne i afsnit 3.6, undersøgelsesenhederne.
- Jeg placerede spørgeskemaerne på afdelingernes fælles kontor/frokoststue, sammen med svarkuverter, efter aftale med afdelingssygeplejerskerne.
- Jeg udleverede spørgeskemaerne den 20. september 2016 og samlede dem ind igen den 1. november 2016, altså inden Go-live på Rigshospitalet den 5. november 2016.

Efter implementeringen af SP

- Det færdige spørgeskema for Post-SP kan ses på bilag 5. Jeg omdelte spørgeskemaet til fire sengeafdelinger sammen med svarkuverter, igen med samtykke fra

¹⁷ Stine havde rollen som arbejdsmiljørepræsentant

¹⁸ Introduktionsbrevet beskrev formålet med undersøgelsen

afdelingssygeplejerskerne. To af sengeafdelingerne var afdeling X og Y, som var med i spørgeskemaundersøgelsen PRÆ SP. Derudover supplerede jeg med yderligere to sengeafdelinger, da jeg ønskede flere respondenter.

- Jeg placerede spørgeskemaerne på afdelingernes fælles kontor/frokoststue, sammen med svarkuverter, efter aftale med afdelingssygeplejerskerne.
- Spørgeskemaet blev omdelt 2.oktober 2017 og indsamlet 30.november 2017, dvs. næsten et år efter implementeringen af SP.

3.6 Præsentation af undersøgelsesenhederne

Jævnfør problemformuleringen valgte jeg at undersøge den organisatoriske implementering af SP på Rigshospitalet. Der var som udgangspunkt to årsager til, at Rigshospitalet blev valgt: For det første var Rigshospitalet med i "anden bølge"¹⁹ af implementeringen, hvor der allerede eksisterede erfaringer fra Herlev og Gentofte hospital – de to pilotenheder. Jeg ønskede ikke at udføre studiet på de hospitaler, hvor SP blev indført som pilot-test, idet jeg antog, at der måtte være forhold, der skulle tilpasses ud fra erfaringerne fra pilotimplementeringen. Således antog jeg, at de største udfordringer med implementeringen og systemet ville være korrigeret ved implementeringen på anden bølge, og dermed ville en undersøgelse på Rigshospitalet give et mere repræsentativt billede af implementeringsprocessen. For det andet, var jeg, på tidspunktet for implementeringen af SP, ansat på Rigshospitalet, og jeg havde derfor en fordel i, at få adgang til sengeafdelingerne. Rigshospitalets organisationsdiagram kan genfindes på bilag 6.

Eftersom jeg ønskede at undersøge arbejdsgangene indenfor IT, samt den eventuelle forandring som implementeringen af SP, medførte, for det sundhedsfaglige personale på sengeafdelinger på Rigshospitalet, var det essentielt at finde en repræsentativ sengeafdeling.

Valget for observationsstudierne faldt på sengeafdeling X, som håndterede alvorligt syge patienter (patienter med bl.a. hjerterytmesygdomme), og hvor patienterne derfor kunne indlægges hele døgnet.

Jeg aftalte et møde med afdelingssygeplejersken, hvor jeg forklarede mit projekt. Jeg fik tilladelse til at udføre observationsstudiet hos dem, så længe personalets og patienters data ville forblive anonyme. Derudover fik jeg tilladelse til at fotografere – og videofilme – computerskærme, så længe patient og personale data ikke var synligt. Det blev aftalt at jeg mødte op i dagvagt, for at følge afdelingens rutiner.

På tidspunktet for observationerne, var normeringen til en dagvagt fire sygeplejersker, en social-, og sundhedsassistent (sосу) en sekretær, samt to sygeplejerskestuderende (som ikke talte med i normeringen), og en sosu-elev. Derudover var der tilknyttet to læger, hvoraf begge havde ansvar for patienter på flere afdelinger.

Afdelingen havde 14 sengepladser, ca. 500 indlæggelser årligt, og en indlæggelsestid der varierede fra to dage til seks uger.

Ud over patientstuerne, bestod afdelingen af et rent skyllerum, urent skyllerum, medicinrum, depoter, spiserum/opholdsstue til patienterne, afdelingssygeplejerskekontor, samt et personalekontor og personalerum. Personalekontoret indeholdt seks arbejdsstationer med stationær computer, og derudover sekretærens arbejdsplads, med endnu en computer.

Afdeling X deltog ligeledes i spørgeskemaundersøgelsen PRÆ og POST SP.

¹⁹ Se evt. figur 4 i problemstillingen

Til spørgeskemaundersøgelsen PRÆ SP, deltog ligeledes afdeling Y. Afdeling Y var en sengeafdeling, som også håndterede alvorligt syge patienter (patienter med sygdomme i arterier og vener²⁰), og kunne ligeledes modtage patienter hele døgnet. Afdeling Y havde omtrentligt samme personalefordeling, som afdeling X.

Til spørgeskemaundersøgelsen POST SP blev suppleret med yderligere to sengeafdelinger (Z og W) som ligeledes havde døgnfunktion for alvorligt syge patienter, men i andre specialer, end afdeling X og Y.

3.5 Etiske overvejelser

Eftersom jeg i dette projekt ikke udførte en intervention i hverken behandling, eller personaleforhold, var det ikke nødvendigt at ansøge Etisk Råd om tilladelse til at udføre studiet. Dataindsamlingen, både i form af observation, interviews og spørgeskema, fandt sted på sengeafdelinger på Rigshospitalet, og jeg var derfor særligt opmærksom på to forhold:

- Hensynet til personalet: ikke at forstyrre personalet i deres arbejdsopgaver, fx ved ikke at stille spørgsmål mens medicinophældning foregik – men først bagefter, og ved at sikre personalet anonymitet, med mindre de gerne ville udtale sig med navn.
- Hensynet til patienterne, fx ikke at dokumentere patientdata og oplysninger, samt at sløre disse ved video og foto. Derudover undlod jeg at observere, når der var tale om plejeopgaver, som krævede hensyn til patientens blufærdighed. Dette havde dog ikke den store betydning for observationsstudiet, idet der sjældent foregik dokumentation af opgaverne under udførelsen af plejeopgaverne.

Når projektet er afsluttet, og eksamen gennemført, vil alle billeder og videosekvenser blive slettet.

I forhold til personalets deltagelse i projektet, udleverede jeg min e-mail til alle aktører i observationsstudiet, således at de kunne kontakte mig ved spørgsmål, eller hvis de havde et ønske om, at se det færdige studie. På alle spørgeskemaer, påtrykte jeg ligeledes min e-mail på første side – som bestod af introduktionsbrevet - således at respondenter kunne kontakte mig, hvis de ønskede det.

3.6 Litteraturvalg

I dette afsnit beskrives udvælgelsesprocessen for den litteratur, som blev anvendt til at skabe det teoretiske ståsted, der – sammenholdt med observationsstudiet, interviews og spørgeskemastudiet - skulle medvirke til at besvare problemformuleringen. Litteraturvalget beskrives, for at øge reliabiliteten af det kommende teori afsnit.

3.6.1 Udvalgelse af litteratur

Eftersom projektet søgte at undersøge den organisatoriske implementering af SP, og det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen, som SP medførte, udvalgte jeg litteratur, som omhandlede forandringsteorier og organisationsteorier. En del af litteraturen vedrører begge områder, og litteraturen præsenteres derfor samlet.

For at belyse organisationsændringer og forandring i organisationer, udvalgte jeg *”Organisationsændringer og forandringsledelse”* af Dag Ingvar Jacobsen. Bogen beskriver hvordan

²⁰Pulsårer og blodårer

planlagt forandring finder sted i organisationer, og var derfor essentiel til at forklare den kontekst, forandringer finder sted i, samt de forskellige former for forandring, som en organisation kan gennemgå. Samtidig beskriver bogen de centrale elementer i en organisation, ud fra Leavitt's systemmodel, hvilket også var interessant, når der ses på forandringer i organisationer. Bogen blev suppleret med *"Hvordan organisationer fungerer"* af Jacobsen og Thorsveik. *"Hvordan organisationer fungerer"* beskriver grundigt hvordan organisationer er opbygget, samt de forhold der gør sig gældende, når en organisation forandres. Som supplement til kapitlet omkring organisationsstruktur – og specifikt den fysiske opbygning af organisationer - valgte jeg at anvende primærkilden; Henry Mintzberg: *"Structures in 5's: A synthesis of the research on organization design"* (1980). Inddragelsen af primærkilden fra Mintzberg, skete på baggrund af et ønske om, at inddrage flere detaljer, end Jacobsen og Thorsveik beskrev. Dog var det ideelt at anvende Jacobsen og Thorsveik i forhold til Mintzberg, for at få korrekt betegnelse på de danske begreber. Derudover anvendtes også Mintzbergs *"Strategic Safari – a guided tour through the wilds of strategic management"* fra 2005, som beskrev 10 forskellige strategiske skoler, eller elementer, i strategiudviklingsprocessen.

For at beskrive modstand mod forandringen, valgte jeg at tage udgangspunkt i en teoretisk klassiker, *"I spidsen for forandringer"* af John P. Kotter, der anses som en af de førende teoretikere indenfor forandringsledelse. Kotters forandringsteorier blev anvendt i undervisningen på studiet, og det er min opfattelse, at hans teorier fortsat er interessante, når der ses på forandringer i organisationer. Som supplement til Kotter, anvendes Lewins trefasede forandringsmodel, som også er beskrevet i Jacobsen og Thorsvik.

Eftersom dette projekt undersøgte implementeringen på sengeafdelinger på Rigshospitalet, er der yderligere en teori, som jeg mente var relevant at inddrage. Det omhandler *"Organizational Aspects of Health Informatics: Managing Technological Change"* Af Nancy M. Lorenzi og Robert T. Riley. Lorenzi og Rileys teori omkring implementeringen af "informatics" i sundhedsvæsenet bygger på studier, som de har udført i sundhedsvæsenet. Således tager deres studier udgangspunkt i det amerikanske sundhedsvæsen, men stort set alle deres teoretiske elementer kan relateres til europæiske og danske forhold. Deres teorier omkring peopleware – altså mennesker - er inddraget, idet de bidrager med relevante aspekter på de organisatoriske forandringer, der finder sted, når et nyt IT-system implementeres i sundhedsvæsenet. Jeg blev opmærksom på deres teorier, gennem EPJ-observatoriets materialer. Samtidig har Lorenzi og Riley mange interessante perspektiver på forandringer i sundhedsvæsenet og om hospitaler som organisationer.

For at diskutere *Organisationsændringer og forandringsledelse* af Dag Ingvar Jacobsen, samt Kotters *"I spidsen for forandringer"* valgte jeg at inddrage Bjarne Kousholt *"Forandringsledelse og forandringskommunikation"*. Kousholt præsenterer hvordan forandringer kan gennemføres i organisationer, og beskriver kontinuerligt cases, som kan anvendes til øget forståelse. Derudover præsenterer Kousholt kritikpunkter af de eksisterende forandringsteorier, og Kousholt var relevant, for at få flere perspektiver på de valgte teorier.

Eftersom projektet omhandler implementeringen af EPJ-systemet, SP, har jeg valgt at anvende rapporter fra EPJ-observatoriet. EPJ-observatoriet har siden deres grundlæggelse i 1998, holdt status over EPJ i Danmark. EPJ-observatoriet har udgivet statusrapporter, samt håndbøger og tekniske rapporter, som er relevante, når implementeringen af et EPJ-system undersøges. Bl.a. anvendes Metodehåndbog i forandringsparathed samt Håndbog i

organisatoriske forandringer i forbindelse med implementering af elektroniske patientjournaler på sygehuse.

Derudover anvendes Businesscasen for Sundhedsplatformen version 2.4, samt Rigsrevisionens rapport om implementeringen af Sundhedsplatformen. Businesscasen beskriver det planlagte forløb frem til implementeringen af SP, mens Rigsrevisionens rapport beskriver, hvordan implementeringen reelt foregik, samt de udfordringer, som implementeringen medførte.

For at opnå viden om SP, implementeringen af SP, samt generel forståelse for projektprocessen, er anvendt Region Hovedstaden og Regions Sjællands hjemmesider, pressemeddelelser m.m.

For at dokumentere implementeringsprocessen for SP, og specifikt valget af Big Bang implementeringen, som blev nævnt i problemstillingen, søgte jeg agtindsigt hos Region Hovedstaden i Kravspecifikationerne til SP. Det var nødvendigt at søge agtindsigt, da flere af de dokumenter jeg tidligere havde kunne finde tilgængelige online – og anvende som kildedokumentation – var blevet fjernet fra internettet. Ansøgningen om agtindsigt blev godkendt, og derfor anvendes Kravspecifikationerne fx i bilag 2 som dokumentation for, at der blev anvendt en Big-Bang implementering.

3.6.2 Retrospektiv præsentation af potentielle bias

I dette projekt var jeg bevidst om, at undersøgelsen fandt sted i et felt, som jeg selv var en del af. Ifølge den hermenutiske forståelsesspiral, og tanken om forforståelsen, kan min forforståelse have haft indflydelse på, hvordan jeg har opfattet forskellige situationer under observationsstudierne, samt hvordan jeg valgte at formulere forskellige spørgsmål. For eksempel havde jeg valgt, at anvende den "jargon", som jeg vidste, blev brugt på Rigshospitalet, primært for at undgå misforståelser fra det sundhedsfaglige personale.

Samtidig var jeg, på tidspunktet for undersøgelsen, ansat på Rigshospitalet, hvilket betød, at jeg også gennemførte undervisning i SP. Jeg kendte derfor til set-up omkring undervisning og testmiljø, og kunne derfor tolke (indforståede) svar fra spørgeskemaer. Ved at have valgt at kombinere hermenutikken med fænomenologien, for at kunne observere og analysere det sundhedsfaglige personales subjektive oplevelser af forandringen, arbejdede jeg med en bevidsthed om min forforståelse, samtidig med, at jeg forsøgte at gemme forforståelsen væk, således at den ikke kunne påvirke analysen. Ved at arbejde med slutbrugernes egen oplevelser og opfattelse af forandringen, samt ved at anvende spørgeskemaer – som er baseret på egen-vurdering, var der risiko for, at respondenterne kunne vurdere sig selv bedre eller dårligere end de var, fx i spørgsmålet om hvordan de arbejder med ny teknologi. Derimod burde jeg have inddraget et spørgsmål om, hvordan deres kolleger ville beskrive dem – for at motivere respondenterne til at tænke realistisk om sig selv.

I forhold til spørgeskemaet, har jeg – som nævnt – hentet inspiration i Metodehåndbogen for forandringsparathed, og det kan måske derfor undre nogle af læserne, hvorfor jeg ikke "blot" har kopieret det allerede designede, og afprøvede, spørgeskema fra forandringsparathedundersøgelsen. Det var der flere årsager til: For det første ønskede jeg, at spørgsmålene var specifikt tilpasset SP og den aktuelle situation på sengeafdelingerne, for det andet fordi jeg mente, at nogle af spørgsmålene i metodehåndbogen, var forældede, fx har alle

sundhedsfaglige personer i dag kendskab til at arbejde med computere, og har indsigt i at anvende EPJ-systemer²¹.

I dette kapitel blev gennemgået den metode og det design, der blev anvendt i dataindsamlingen, samt præsenteret en beskrivelse af, hvordan projektet er opbygget. Inden analyse og diskussion af dataindsamlingen, beskrives den teori, som skal anvendes i den videre analyse og diskussion. Det foregår herunder, i kapitel 4.

Kapitel 4 – Teori

I dette projekt undersøges den organisatoriske implementering af IT-systemet SP på Rigshospitalet, og den forandring, som implementeringen betød. Derfor er det interessant at præsentere den teoretiske baggrund for, hvordan forandring i organisationer, finder sted. I dette kapitel præsenteres indledningsvist hvordan organisationer er opbygget, for at skabe rammen for, under hvilke forhold forandringen fandt sted. Dernæst præsenteres udvalgte teorier omkring forandring i organisationer, efterfulgt af et afsnit omkring implementeringen af IT i sundhedsvæsenet og betydningen af peopleware. Til sidst i kapitlet præsenteres et afsnit omkring modstand mod forandring og kapitlet afsluttes med et sammendrag af teorien.

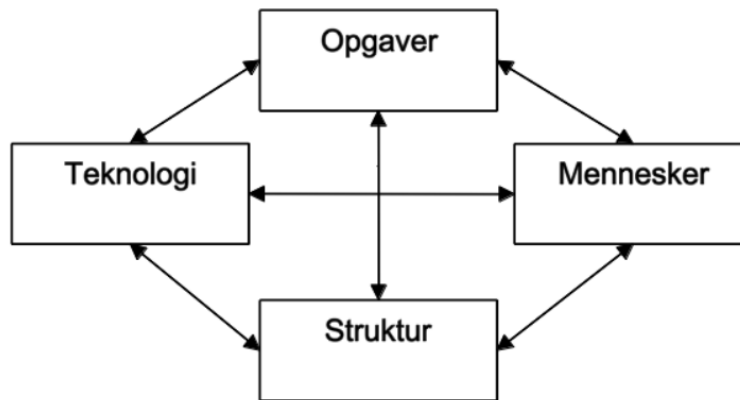
4.1 Organisationers opbygning og struktur ifølge Leavitt og Mintzberg

For at forstå den organisatoriske implementering, forklares først kort, hvad en organisation er. En organisation kan overordnet beskrives som en gruppe af mennesker, der har de samme missioner og mål (Jacobsen & Thorsvik 2008). Enhver organisation må nødvendigvis have et formål – årsagen til organisationens eksistens – og en (eller flere) visioner, der kan medvirke til at definere den optimale situation for organisationen. For at gøre visionerne håndgribelige, udvikles hovedmål og delmål, der kan hjælpe organisationen i arbejdet om, at nå missionen (Jacobsen & Thorsvik 2008)

Det er væsentligt for projektet at gennemgå organisationers opbygning, idet opbygningen - og strukturen – har betydning for, hvordan implementeringen af en forandring i en organisation håndteres (Jacobsen 2007).

I projektets sammenhæng, tages udgangspunkt i Leavitts teori, om at anskue organisationer som systemer, der består af forskellige delelementer, som hænger dynamisk sammen. Ifølge Leavitt, er der tale om fire grundelementer, som alle organisationer består af (figur 12).

²¹ Dermed er der i situationen med implementeringen af SP ikke behov for dybdegående spørgsmål omkring det at gå fra papirbaserede journaler til elektroniske journaler.



Figur 12 - Leavitts diamantmodel (Jacobsen 2007, s.81)

Leavitts Diamantmodel²² (herover) illustrerer, hvordan de forskellige grundelementer i en organisation alle er forbundet med hinanden (Jacobsen 2007). De fire delelementer kendetegnes ved:

- Opgaver: henviser til, at alle organisationer har en eller flere opgaver, som de skal løse. Opgaverne vil være bestemt af organisationens eksistensgrundlag, af organisationens målsætning.
- Mennesker: henviser til organisationens aktører – altså de medarbejdere, der er ansat i en organisation. Alle organisationer må nødvendigvis bestå af personer, for at eksistere. Personerne har forskellige holdninger, værdisæt og kompetencer, som har betydning for organisationen.
- Teknologi: beskriver de værktøjer der anvendes, for at organisationen kan nå sine mål.
- Struktur: henviser til, at organisationen – som hovedregel – er struktureret på en stabil og forudsigelig måde. Strukturen kan ses som hierarkiet i organisationen, hvordan arbejdsdelingen foregår osv. (Jacobsen 2007). Strukturen i organisationen hænger sammen med Mintzbergs teori om Structures in 5's, som præsenteres lidt senere i dette afsnit.

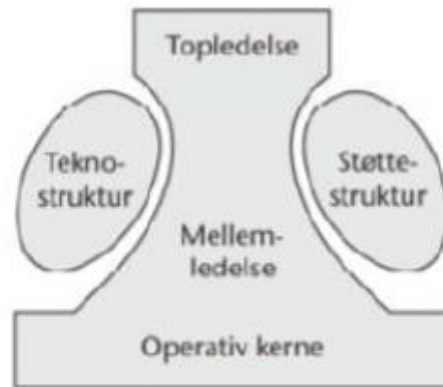
Jacobsen nævner, at flere teoretikere har kritiseret diamantmodellen for at være rigid, idet de fire elementer ikke nødvendigvis er så tæt forbundet, som Leavitt illustrerer. Derfor er der i senere organisationsteorier sket en udvidelse af den oprindelige model. Således kan modellen suppleres med organisationskultur, og magtrelationer, dvs. den menneskelige adfærd, som er essentiel i organisationer (Jacobsen 2007). Ved at indtænke kultur og magtrelationer, får modellen større anvendelsesmuligheder, og kan dermed fortsat anvendes til at iagttage, hvordan en ændring kan påvirke organisationen som helhed (Jacobsen 2007). Kultur kan beskrives som de normer og værdier, der eksisterer hos alle ansatte i organisationen. De kulturelle dele af organisationen, er ikke altid tydelige, men kan identificeres ved at betragte hvordan medarbejderne agerer og interagerer (Jacobsen 2007). Magtrelationer eksisterer i alle organisationer, men er mere tydelige i nogle former for organisationer. Magten ses formelt ved, at nogle aktører, er placeret højere i organisationshierarkiet (strukturen), end andre. Uformelt kan magten komme til udtryk ved, at nogle aktører i organisationen har arbejdsopgaver, der er vigtigere end andre, eller ved, at aktørerne har særlige

²² Diamantmodellen kaldes i nogle teoribøger for systemmodellen

privilegier (Jacobsen 2007). Udenom de fire elementer i modellen, eksisterer i nogle udgaver af diamantmodellen, fx i Kousholt, omgivelserne, som også påvirker organisationen og de forskellige elementer (Kousholt 2014).

Pilene i diamantmodellen, forbinder alle elementerne, fordi elementerne i organisationen nødvendigvis hænger sammen. Dette betyder, at hvis det ene element påvirkes, vil det skabe konsekvenser for de andre elementer (Jacobsen 2007). I dette projekts sammenhæng, hvor der ses på den organisatoriske implementering af et IT-system, kan modellen anvendes til at opdele udfordringerne i forbindelse med forandringen i de forskellige elementer, og samtidig vise sammenhængen mellem disse. Således er den indbyrdes påvirkning mellem de forskellige elementer, interessant, eftersom modellen kan skabe en forståelse for, hvilke delelementer i organisationen der påvirkes, når der indføres ny teknologi. Leavitts model illustrerer, at der ikke kan ændres ved noget i organisationen, uden at påvirke de medarbejdere som indgår i organisationen. Modellen viser dermed den kompleksitet der eksisterer, når der sker ændringer i organisationer. Sammenholdt med, at *Struktur* i Leavitt's model henviser til organisationers struktur, og den hierarkiske opbygning, derunder også ledelse, er det interessant at foretage en dybere gennemgang af, hvordan organisationer er opbygget, for bedre at forstå den ramme, som SP blev implementeret i. Som nævnt, kan Leavitts struktur – og hierarkiske forhold – kædes sammen med Henry Mintzbergs teori om Structures in 5's. Mintzberg beskriver, blandt andet, hvordan alle organisationer, i varierende grad, består af fem hoveddele:

- **Den operative kerne**, består af de ansatte, som producerer det produkt, eller den ydelse, som organisationen tilbyder, for at realisere sine mål. Eksempler er salg, indkøb, produktion (Mintzberg 1980). I dette projekt, hvor organisationen er Rigshospitalet, er den operative kernes "produktion" svarende til de sundhedsfaglige ydelser som udføres på hospitalet (operation, behandlinger osv.).
- **Mellemledelsen**, fører tilsyn og koordinerer produktion af produkter eller ydelser. Mellemledelsen fungerer som kommunikationsled mellem den operative kerne og topledelsen. Eksempler er afdelingsledere, kontorchefer
- **Topledelsen**, har det øverste administrative ansvar. Heri findes direktører, departementschefer osv.
- **Teknostrukturen**, består af en gruppe af aktører, der påvirker og støtter organisationen, ved at være ansvarlig for analyse, undervisning, økonomistyring, eller som fx udarbejder planer og procedurer for organisationen. Eksempler er analytikere, udviklere, revisorer m.fl.
- **Støttestrukturen** er nødvendig for at organisationen kan eksistere, men gruppen af aktører heri, indgår ikke direkte i produktionen. Eksempler er rengøring, kantine, lønkontor osv. (Mintzberg 1980).



Figur 13 - De fem hoveddele i en organisation (Jacobsen & Thorsvik 2008, s.84)

Som det ses af figur 13 herover, hvori Mintzberg har samlet de fem hoveddele, tilhører den operative kerne, mellemledelsen og topledelsen, det som kan kaldes linjeorganisationen, og som er det formelle hierarki af beslutningskompetencen. Dette betyder, at hierarkiet kan ses som en lodret linje ned gennem figuren (Jacobsen & Thorsvik 2008). Teknostrukturen og støttestrukturen kan beskrives som stabsfunktioner²³, de har indirekte indflydelse, men ikke indgår som en del af hierarkiet (Mintzberg 1980). I dette projekt arbejdes i gruppen den "operative kerne".

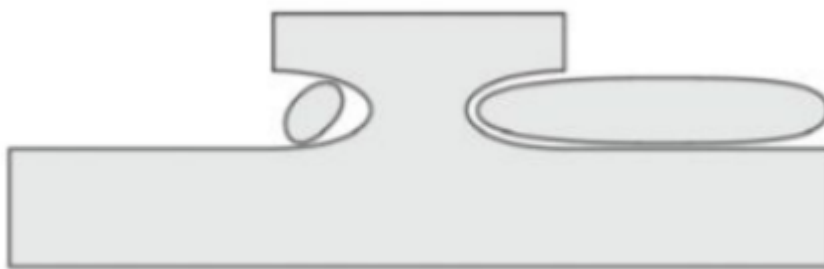
De fem ovenstående elementer, vil ifølge Mintzberg variere i størrelse og betydning, og ud fra deres sammensætning, typologiserer Mintzberg fem teoretiske organisationskonfigurationer – eller strukturer - som organisationer kan placeres i. Disse er Entreprenørorganisationen, Maskinbureaukratiet, Den innovative organisation, Den divisionaliserede organisation og Det professionelle bureaukrati (Mintzberg 1980). I dette projekt fremhæves Det Professionelle Bureaukrati, da det er denne organisationsform som Rigshospitalet hører ind under. Derudover nævnes den divisionaliserede organisation, da denne kan anvendes til at beskrive evt. forskelle mellem de forskellige afdelinger og specialer på hospitalet. De øvrige organisationsstrukturer præsenteres kort på bilag 7.

Den divisionaliserede organisation, er en organisation der består af forskellige afdelinger eller divisioner, og anvendes af organisationer, som driver forskellige former for virksomhed – eller på forskellige markeder. De individuelle afdelinger har en divisionsleder, der har beslutningskompetencerne. Denne struktur kan eksistere hos de fire øvrige organisationskonfigurationer, og er dermed ikke nødvendigvis en selvstændig organisationsform. Eksempler er større produktionsvirksomheder – der producerer flere produkter (Jacobsen & Thorsvik 2008, Mintzberg 1980).

Det professionelle bureaukrati er præget af professionalisering. De ansatte i den operative kerne har beslutningskompetence, og der er dermed tale om en decentraliseret²⁴ organisation. Eksempler er hospitaler og højere uddannelsesinstitutioner.

²³ Stab er en fælles betegnelse for supportfunktioner i organisationer, dvs. funktioner som ikke er direkte involveret i produktion/levering af ydelser (Lederliv 2017)

²⁴ Decentralisering betyder, at det er de ansatte i en organisation, der træffer beslutningerne.



Figur 14 - Det Professionelle Bureaukrati (Jacobsen & Thorsveik 2008, s.88)

I det professionelle bureaukrati består den operative kerne af professionelle fagpersoner, der gennem deres uddannelse har opnået kompetencer til at løse opgaver i organisationen. Opgaveløsningen er standardiseret, hvilket medfører forudsigelighed i hvordan opgaverne håndteres. Det decentraliserede bureaukrati skaber mulighed for hurtig beslutningstagning og høj faglighed i opgaveløsningen (Mintzberg 1980). I denne form for organisation eksisterer der, som ved alle andre organisationsstrukturer, nogle potentielle ulemper. Eftersom fx hospitaler består af mange forskellige specialer, kan der hurtigt opstå konflikter mellem de forskellige faggrupper, og samarbejde kan være vanskeligt, idet grænserne mellem ansvarsområderne kan være uklare (Jacobsen 2007, Jacobsen & Thorsvik 2008).

Denne type organisation har ofte en lille teknostruktur og en stor støttestruktur, se figur 14. Der er ikke behov for en stor teknostruktur, idet de professionelle aktører i høj grad selv etablerer procedurer og vejledninger (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Mintzbergs fem organisationstyper er interessante, fordi organisationers opbygning har betydning for hvor let – eller svært – det er at gennemføre en forandring (Jacobsen 2007). Når man ser på de fem organisationstyper, som Mintzberg præsenterer (bilag 7), står det klart at der er tale om en stilisering af organisationstyperne. Jacobsen diskuterer dette, ved at beskrive hvordan de fem typer kan ses som delelementer eller øjebliksbilleder, som alle organisationer på et tidspunkt i deres udvikling må gennemgå (Jacobsen 2007). Det er min opfattelse, at Mintzbergs *Structures in 5's* er meget generelle i forhold til de forskellige organisationstyper, og eftersom teorien blev udgivet i 1980, er der siden sket en hel del – bl.a. i den teknologiske og digitale udvikling, og i, hvordan organisationer anvender IT. Dermed kan det antages, at grænserne mellem de forskellige organisationstyper er mere udviskede i dag. Men, da projektets fokus primært er på den organisatoriske implementering på Rigshospitalet, er Mintzbergs typologisering af Det professionelle bureaukrati fortsat relevant. Det professionelle bureaukrati har en stærk grad af specialisering og består typisk af mange grupperinger; faggrupper (Jacobsen 2007). Teorien om denne organisationstype underbygger, at de ansatte som udgangspunkt er præget af høj faglighed, og er vant til at arbejde på egne initiativer, hvorved de har en høj grad af selvbestemmelse, hvilket kan have betydning for, hvordan de håndterer en forandring. Samtidig er den divisionaliserede organisation inddraget, da mange hospitaler er opdelt i forskellige afdelinger, som har lokale afdelingsledelser. På trods af, at hospitaler er blevet mere digitaliserede siden Mintzberg beskrev Det Professionelle Bureaukrati, har hospitaler – historisk set – fastholdt samme organisationsstruktur.

I ovenstående afsnit har jeg præsenteret Leavitt og Mintzbergs teorier omkring organisationers opbygning. I dette projekt, er de teorier relevante fordi organisationers opbygning – ifølge Jacobsen – har betydning for, hvordan organisationer håndterer forandring (Jacobsen 2007). Leavitt's diamantmodel er interessant, da den viser hvordan påvirkning af et element

i organisationen, kan skabe konsekvenser for alle elementer i organisationen. Samtidig viser modellen, at organisationer på én gang kan ses som komplekse og dynamiske systemer. Mintzbergs beskrivelse af organisationers opbygning, og især Det Professionelle Bureaucrati er interessant i projektets sammenhæng, da teorien sætter Rigshospitalets opbygning og sammensætning i perspektiv.

Eftersom dette projekt arbejder med implementeringen af SP set fra medarbejderens perspektiv, var det relevant at undersøge hvordan forandring i organisationer teoretisk finder sted. I det kommende afsnit beskrives nogle af de elementer, der er relevante for hvordan forandring finder sted i organisationer.

4.2 Forandring i organisationer

Når forandringer i organisationer skal beskrives, er der flere forhold, der kan tages udgangspunkt i. Jacobsen beskriver forandring i organisationer ud fra bl.a. forandringens indhold – som kan relateres til Leavitts diamantmodel (Jacobsen 2007) - de opgaver som organisationen har til formål at løse, drivkræfterne - som skaber motivationen for forandringen - samt de forandringsstrategier og forandringsprocesser, der anvendes.

Forandring er på én gang abstrakt og konkret: Det kan være planlagt, spontant, tilfældigt. Forandring er en naturlig del af livet, det er noget alle oplever, og det er noget, som ikke kan undgås (Jacobsen 2007). For at beskrive forandring – i projektets sammenhæng – var det nødvendigt at se på den kontekst, som forandringen fandt sted i. Jeg valgte derfor jævnfør problemformuleringen, at anvende en beskrivelse af forandring, som relateres til organisatoriske forandringer:

"(...) der har fundet en organisatorisk forandring sted når en organisation udviser forskellige træk på to forskellige tidspunkter" (Jacobsen & Thorsvik 2008, s.338).

Dvs. overordnet set handler forandring om ændringer i nuværende forhold, over en tidsperiode. Forandring er således en proces, der udvikles over tid, og al forandring indeholder et tidsperspektiv. I dette projekt ansues forandring således som en ændring fra tilstand A til tilstand B, over en tidsperiode (Jacobsen & Thorsvik 2008), hvorfor forandring bør studeres over en kronologisk tidsperiode (Jacobsen 2007). Denne tilgang inspirerede til at undersøge implementeringen af SP over en tidsperiode.

Ifølge Jacobsen, skal to forudsætninger opfyldes, for at en forandring kan gennemføres: For det første skal vælges den "rigtige" forandringsstrategi, som er tilpasset den forandring der skal gennemføres, og for det andet skal forandringen styres/ledes på den mest optimale måde (Jacobsen 2007). Dermed bliver det relevant at se på forandringsstrategier, og de gennemgås i afsnittet herunder.

4.2.1 Forandringsstrategier

En strategi kan beskrives som "vejen til målet", og er den måde, hvorpå individet eller organisationer, vil realisere sine mål (Jacobsen & Thorsvik 2008). Målene kan i forandringssammenhæng ses som den "fremtidige tilstand", som organisationen ønsker at opnå (Jacobsen & Thorsvik 2008). Baggrunden for organisationens strategier, vil være et ønske om, at forstå

de omgivelser, og de konkurrenceforhold, som organisationen befinder sig i (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Jacobsen beskriver, hvordan der findes mange forskellige forandringsstrategier, men fremhæver to strategityper (figur 15), der kan ses som "idealtyperne" på, hvordan forandring kan gennemføres.

	Strategi E	Strategi O
Formål	Skabe økonomisk værdi	Udvikle menneskelige ressourcer
Mål	Synlige resultater (målbare i form af produktion, besparelser o.l.)	Problemløsning ved at sætte organisationen i stand til kontinuerligt at forandre og tilpasse sig. Den lærende organisation. Fokus på processer
Tilgang	Diktatorisk forandring, ledelsen typisk iværksættere	Deltagende, inkrementel, som organisations udvikling
Ledelse	Top-down tilgang. Topledelsen har overblikket over muligheder og modstand. Topledelsen kan gennemtvunge forandringen	Fokus på ledere der kan skabe forandring blandt de ansatte. Ledelsen skaber visioner, og arbejder dernæst med aktiv deltagelse og delegering blandt de ansatte
Forandringens indhold	Begynde med forandring i de formelle elementer (dvs. teknologi, struktur, strategi), da det er disse forhold ledelsen kan styre.	Organisationens individer i fokus, de uformelle elementer (kultur, relationer)
Forandringens planlægning	Formel planlægning, forandring som lineær proces	Ikke-lineær proces ²⁵ , inkrementel ²⁶ , planlægning som proces og ikke som resultat.
Motivation	Løfte om fremtidig belønning (økonomisk)	Opstår indefra, forandringen som noget udviklende for individer, forbedring af arbejdsforhold
Modstand	Ofte stærk modstand	Mindre modstand

Figur 15 - Forandringsstrategier (frit efter Jacobsen 2007, s.208-239)

Af ovenstående sammendrag ses det, at de to strategier kan beskrives som hinandens modsætninger, og netop derfor diskuterer Jacobsen også, at alle strategier i realiteten vil have diffuse grænser, og ikke optræde så tydeligt som herover. De to strategiformer er dog relevante, da de kan anvendes til at forudsige, om der opstår modstand mod forandringen. Som supplement til Jacobsens to idealtyper for forandringsstrategier, kan nævnes teori som Jacobsen har fremsat sammen med Thorsvik. Ifølge Jacobsen og Thorsvik, kan overordnet ses på forandringsstrategier langs to dimensioner:

- Omfanget af forandringen, og om denne er baseret på evolution eller revolution.
- Grundlaget for forandringsprocessen; anvendes der samarbejde eller tvang. (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Grundlaget for processen henviser til, i hvor høj grad de individer der udsættes for forandringen, bliver inddraget i processen, og om de således bliver pålagt forandringen, eller om de involveres i forhandlingsprocessen (Jacobsen & Thorsvik 2008).

Omfanget af forandringen, kan beskrives ud fra to dimensionelle perspektiver; evolution eller revolution. Evolution i forandringsperspektiv, betyder at forandringen finder sted, som

en naturlig udvikling. Forandringen foregår i små trin, over en længere tidsperiode, så organisationen ændres gradvist. Denne forandringsform kaldes også for inkrementel forandring (Jacobsen 2007, Jacobsen & Thorsvik 2008). Revolutionær forandring kaldes også for strategisk eller radikal forandring, og sker typisk fordi organisationen ændrer sit mål eller strategi. Forandringen finder sted over kort tid, og er oftest meget omfattende (Jacobsen & Thorsvik 2008). Det er væsentligt at huske, at der ikke nødvendigvis eksisterer en skarp differentiering mellem evolution og revolution, eftersom mange små forandringer potentielt kan skabe en omfattende forandring på længere sigt (Jacobsen & Thorsvik 2008, Jacobsen 2007). Både Jacobsen alene, og Jacobsen og Thorsvik arbejder med vigtigheden af, om en forandring sker som en evolution eller som revolution.

Som det ses af figur 16, herunder, kan de to dimensioner – omfanget og graden af forandringen - anvendes til at skabe fire hovedtyper for de strategier, der kan vælges, når forandringsprocessen skal iværksættes.

De fire hovedtyper for forandringsstrategier, som beskrives herunder, tager overordnet udgangspunkt i, at forandringen finder sted på baggrund af et ønske om, at noget skal forandres – dét der kaldes planlagt forandring (eller planlagt udvikling) (Jacobsen & Thorsvik 2008). Dermed er der et sted i organisationen truffet en strategisk eller rationel beslutning om, at en forandring skal iværksættes. I det kommende afsnit beskrives, hvad planlagt forandring er.

	Revolution	Evolution
Ordre og tvang	Diktatorisk forandring	Tvungen udvikling
Samarbejde og drøftelser	Karismatisk forandring	Deltagende udvikling

Figur 16 - De fire hovedtyper for forandringsstrategier (Jacobsen & Thorsvik 2008, s. 353).

Der findes således to forskellige kombinationer for hhv. revolution og evolution, hvilket skaber fire typer af strategier for forandring. Der hvor evolution anvendes til at beskrive omfanget af forandringen, ses det, at der er tale om "udvikling" i modsætning til "forandring". Dette skyldes, at evolutionen – som nævnt – sker gradvist og over tid. Der er tale om en længerevarende udvikling, frem for en forandring, der finder sted i løbet af kort tid, og ofte derfor virker mere gennemgribende. De fire forskellige typer beskrives på bilag 8 for de interesserede, men i dette projekts perspektiv, er det den Diktatoriske forandring, som er interessant.

Ved den diktatoriske forandring, er det ledelsen og dennes magt, som er styrende for forandringen. Ledelsen har opdaget et behov for forandring, og opstiller på baggrund af behovet strategiske mål, som skal medvirke til, at implementere en forandring. Denne metode har en top-down²⁵ tilgang til forandringen, og er dermed grundlagt i koncentreret magt. Eftersom der ved denne strategi, anvendes magt, vil der potentielt opstå meget modstand (Jacobsen & Thorsvik 2008).

²⁵ Top-down tilgang, dét at aktører øverst i hierarkiet, fx ledelsen, igangsætter en strategi eller et tiltag, som udbredes ned gennem hierarkiet, til de forskellige ansatte

Den diktatoriske forandring er relevant for projektet, eftersom jeg på baggrund af de indledende undersøgelser, antager, at det er denne metode, der blev anvendt under den organisatoriske implementering af SP.

Den diktatoriske forandring beskrevet hos Jacobsen og Thorsvik hænger således sammen med dét som Jacobsen beskriver som idealtypen for strategi E, men begge teorier er præsenteret herover, eftersom Jacobsen og Thorsviks figur 16 giver et overblik over sammenhængen mellem de forskellige forandringstyper. Årsagen til at beskrive begge teorier her, er således at Jacobsen og Thorsviks figur også viser forskellen mellem udvikling og forandring. Det kan siges at forandringen svarer til den rendyrkede strategi E, mens udviklingen passer bedre på strategi O.

De to strategityper, som Jacobsen beskrev, tager udgangspunkt i, at forandringen finder sted som en planlagt proces. Det samme gør sig gældende for de fire forandringstyper i figur 16. Eftersom projektet arbejder med den planlagte forandring, beskrives herunder, hvad der teoretisk kendetegner den planlagte forandring.

4.2.2 Planlagt forandring

Planlagt forandring finder typisk sted, fordi det bemærkes, at noget ikke fungerer optimalt, og man ønsker at forandre det. Planlagt forandring, beskrives af Jacobsen som "intentionel", dét at der ligger bevidste intentioner og mål bag forandringen (Jacobsen 2007). Planlagt forandring forudsætter tilstedeværelsen af tre elementer: For det første skal organisationen have en forholdsvis tydelig vision. For det andet skal organisationen have viden om behovet for forandring, hvilke tiltag/løsninger der kan muliggøre forandringen, samt viden om, hvordan de forskellige tiltag vil påvirke organisationen. For det tredje, kræver igangsættelsen af en planlagt forandring, at det rent faktisk er muligt at gennemføre forandringen (Jacobsen & Thorsvik 2008).

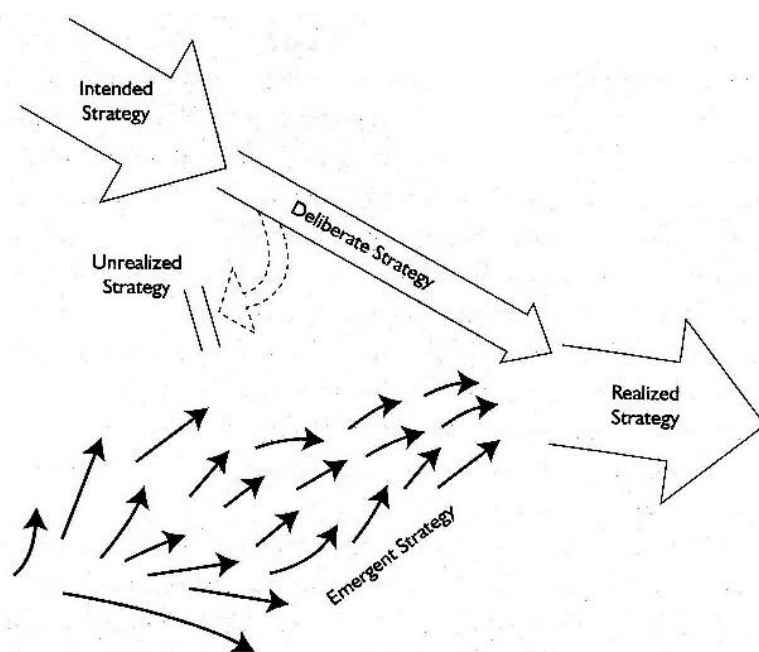
Planlagt forandring er dermed typisk problemløsende, og tager udgangspunkt i en tanke om, at organisationer kan ændres af individer, eller grupper af individer – fx ledelsen (Jacobsen 2007). Dermed finder planlagt forandring sted, på baggrund af en, eller flere, aktørers valg, ud fra det behov, som drivkræfterne skaber (Jacobsen 2007). Drivkræfterne for forandringen, kan beskrives som de forhold, der skaber behovet for forandringen, og kan opdeles i

- Indre drivkræfter; der er en ubalance i organisationen, som følge af udfordringer med kultur, struktur eller problemer med magtforholdene i organisationen.
- Ydre drivkræfter, som kan være påvirkede eller ændrede konkurrenceforhold, teknologisk udvikling, politiske forhold – som kræver en forandring (Jacobsen 2007).

De indre og ydre drivkræfter vil ofte ikke kunne differentieres så tydeligt som demonstreret herover, idet flere af områderne vil overlappe hinanden. Både indre og ydre drivkræfter virker som motivation, for organisationen, men hver enkelt organisation, kan opfatte drivkræfterne forskelligt (Jacobsen 2007). Organisatorisk forandring kan således være nødvendig, for at en virksomhed kan forblive konkurrencedygtig, fx ved omlægning af produktionen, eller gennem indførelsen af ny teknologi. Gennem tiden, har den teknologiske udvikling og øgede digitalisering, medført at organisationer forandres hyppigere end tidligere, og ifølge Jacobsen er især udviklingen indenfor IT-området den faktor, der har størst indflydelse på forandringer (Jacobsen 2007).

På baggrund af drivkræfterne, vil planlagt forandring typisk ske med en top-down tilgang, hvor det er ledelsen, der igangsætter forandringen. For at gennemføre en planlagt forandring, er det – som nævnt - nødvendigt, at der vælges en passende strategi for forandringen (Jacobsen 2007).

På trods af, at planlagt forandring kan struktureres og håndteres gennem en projektplan, valg af forandringsstrategi og vurdering af behov og fokusområder, inden forandringen iværksættes, er der altid potentiale for, at forandringen afviger fra planen (Lorenzi & Riley 1995). Den fuldstændige planlagte forandring, hvor alle elementer og alle personer følger forandringsstrategien, eksisterer således ikke i realiteten. Dette perspektiv ses bl.a. i Mintzbergs teori om den emergerende²⁶ forandringsstrategi. Mintzberg definerer emergent strategy: "(...) where a pattern realized was not expressly intended" (Mintzberg 2005 s.11) . Burnes bygger videre på denne definition, og beskriver emergerende forandring som "Emergent change consists of ongoing accommodations, adaptations and alterations that produce fundamental change without a priori intentions to do so" (Burnes 2004, s.889). I nærværende projekt er begge beskrivelser relevante, da Mintzberg beskriver strategien, og Burnes forandringen. Mintzberg præsenterer i Strategic Safari ti forskellige "skoler", som er ti centrale elementer i strategiudviklingsprocessen. Hver skole har sit eget unikke syn på hvordan strategier planlægges, og har fokus på et bestemt område af strategiudviklingsprocessen. Fx hører den emergerende strategi til i "læringsskolen" – den lærende organisation. Emergerende forandring kan beskrives med udgangspunkt i Mintzbergs figur 17 herunder. Figuren sætter den emergerende strategi ind i den planlagte forandrings kontekst. De forskellige elementer i figuren, forklares herunder.



Figur 17 - Strategies deliberate and emergent (Mintzberg 2005, s. 12).

- *Intended strategy*, kan kaldes for den intenderede eller planlagte strategi, og indeholder dét organisationen ønsker at opnå med forandringen. Den intenderede

²⁶ Emergerende kaldes på engelsk "emergent", noget der opstår.

strategi er således baseret på en formel strategi, som organisationen har besluttet sig for at anvende, for at gennemføre forandringsprocessen.

- *Deliberate strategy*, kan oversættes til den "bevidste" strategi, og er de dele af den intenderede strategi, som organisationen vedbliver at følge. Denne kaldes af Mintzberg for "*Intentions that are fully realised*" (Mintzberg 2005 s.11). Denne strategi er præget af kontrol, intensjonerne fra den planlagte strategi realiseres i praksis.
- *Unrealized strategy*, er, som begrebet antyder, den del af strategien – eller hele strategien – som ikke gennemføres, og som ikke bliver til noget.
- *Emergent strategy*, kaldes også for en ikke-planlagt strategi, og opstår typisk på baggrund af/som reaktion på, uforudsete hændelser i forandringsprocessen. Den emergerende strategi er baseret på, at organisationen "lærer" undervejs i forandringsprocessen, efterhånden som aktørerne bliver klogere på situationen, og organisationens evne til at håndtere denne. Denne strategi kendetegnes ved, at organisationen lærer over tid, og at forandringsstrategierne opstår på baggrund af læringen, som en evolution (Mintzberg 2005).
- *Realized strategy* er den realiserede strategi, dvs. den strategi, som organisationen i praksis har fulgt. Denne strategi bliver dermed et samlet produkt af organisationens planlagte strategi, den bevidste strategi og den emergerende strategi (Mintzberg 2005).

Ud fra ovenstående beskrivelse, er det tydeligt, at den emergerende forandring som begreb, opstod som en slags kontrast til den planlagte forandring. Ifølge Mintzberg er det karakteriserende for den emergerende tilgang, at denne kan bestå af en række uovervejede/ikke-planlagte hændelser, som med tiden alligevel danner et mønster. Samtidig fremhæver Mintzberg, at den emergerende strategi kan ses som en læringsproces, hvor tilgangen ændres efterhånden som erfaringer opnås (Mintzberg 2005).

Det er desuden væsentligt at bemærke, at Mintzberg fremhæver, at strategier og forandringer ikke er enten planlagte eller emergerende, de fleste forandringer vil have en del af begge elementer tilstede (Mintzberg 2005). Den emergerende forandring kan således ses som en dynamisk kontinuerlig proces. Ved den emergerende tilgang, kan forandringen opstå spontant på alle niveauer i organisationen, og er ikke nødvendigvis resultatet af rationelle beslutninger (Kousholt 2014). Således demonstrerer den emergerende tilgang, at forandring ikke altid kan planlægges og styres, hvilket er utrolig relevant når der arbejdes med den organisatoriske implementering.

Iværksættelsen af planlagte forandringer er udfordrende, og når forandringen samtidig omhandler implementeringen af ny teknologi, vil forandringsprocessen – ifølge Bødker – blive særlig kompleks (Bødker 2008).

De ovenstående afsnit har omhandlet forandring i organisationer og de forandringsstrategier, som kan anvendes, når en planlagt forandring skal gennemføres. Til slut i afsnittet beskrev jeg, forholdet mellem den planlagte og den emergerende forandring, hvilket er interessant i forhold til projektet, eftersom den planlagte forandring svarer til den intenderede strategi, og at Mintzbergs fremstilling (figur 17), dermed viser, hvordan de planlagte forandringsstrategier kan udvikle sig undervejs i forandringsprocessen. Samtidig viser figuren, hvordan forskellige forandringer kan finde sted, og den skaber dermed et udgangspunkt for, hvorfor planlagt forandring kan være så vanskelig at gennemføre. De ovenstående strategier er meget generelle, og derfor har jeg valgt at inddrage forandringsteori af Lorenzi og Riley, som specifikt omhandler forandringen i et sundhedsinformatisk perspektiv. Teorien

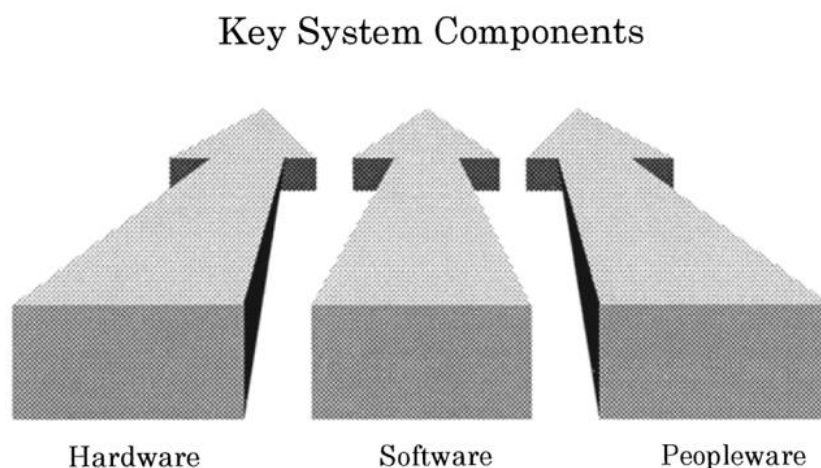
herunder, om bl.a. peopleware, er inkluderet i dette projekt, da denne teori sætter fokus på implementeringen af IT i sundhedsvæsenet. Samtidig kan peopleware anvendes til at fortolke nogle af de udfordringer som sundhedsvæsenet oplever, når de implementerer nye IT-systemer, fx EPJ-systemer.

4.4 Forandring i et sundhedsinformatisk perspektiv - Peopleware

Lorenzi og Riley har beskrevet hvordan implementeringen af IT-systemer i sundhedsvæsenet, ofte skaber udfordringer, eller ender som "*failures*", idet komplekse problemer sjældent har simple løsninger. De beskriver desuden, at det kan være vanskeligt at vurdere hvor-når en IT-implementering er en succes, og fremlægger to forhold der bør opfyldes, for at IT-implementering kan kaldes en succes, ud fra deres erfaringer:

1. Systemet skal være implementeret i henhold til projektplanens kriterier (rettidigt, uden tekniske fejl og med overholdelse af budgettet)
2. Systemets implementering skal opfylde de "opfattede behov" for over 90% af slutbrugerne, fordelt jævnt over faggrupper

Lorenzi og Riley beskriver, hvordan de kun har oplevet meget få IT-projekter, der kunne opfylde begge ovenstående kriterier, og præsenterer, hvordan manglende ledelse af forandringen, ofte var årsagen til de fejlslagne implementeringsforsøg i sundhedsvæsenet. De beskrev således, at der ikke var tilstrækkelig fokus på de organisatoriske og menneskelige aspekter af implementeringen (Lorenzi & Riley 1995). Lorenzi og Riley forklarer, at sundhedsinformatiske-systemer består af tre overordnede komponenter, som bør indgå i alle systemimplementeringer: Hardware, Software og Peopleware (figur 18 herunder) (Lorenzi & Riley 1995).



Figur 18 - Key System Components of a successful health implementation (Lorenzi & Riley 1995, s.11)

Der har – historisk set – været fokus på hardware og software, og i langt mindre grad (hvis overhovedet) på peopleware (Lorenzi og Riley 1995, s.11). Peopleware er et yderst komplekst begreb da det, beskriver de organisatoriske og menneskelige aspekter, af den forandring, som finder sted i sundhedsvæsenet, når ny teknologi skal indføres. Peopleware beskriver således hvordan tilrettelæggelse og styring af forandringen bør finde sted. De to teoretikere gennemgår, hvordan den – ofte – manglende fokus på peopleware, er medvirkende til, at implementeringen af IT i sundhedsvæsenet ikke altid foregår som planlagt. Lorenzi og

Riley mener, at peopleware ofte er blevet forbigået eller nedprioriteret, fordi peopleware ikke er håndgribeligt og synligt på samme måde, som hardware og software er det. De menneskelige og organisatoriske elementer er omfattende, abstrakte og vanskelige at gennemskue (Lorenzi & Riley 1995).

Lorenzi og Riley beskriver desuden, at de fleste organisationer i dag er så komplekse, at det ved implementeringen af nye systemer, oftere er de adfærdsmæssige udfordringer som er sværere at håndtere end de tekniske udfordringer. For succesfuldt at kunne implementere nye IT-systemer i sundhedsvæsenet, og samtidig sikre, at de har den nødvendige kvalitet, beskrives tre færdigheder, som er essentielle for implementeringen

- **Tekniske færdigheder**, involverer færdigheder indenfor IT, computerhåndtering, medicinsk udstyr, teknisk viden og erfaring – og evner, der kan medvirke til at skabe et succesfuldt system
- **Projektleder færdigheder**, beskriver viden, teknikker og evner, som er nødvendige for at sikre, at implementeringsprojektet styres indefra organisationen. Herunder hører også planlægning, kontrol, motivationsskabelse, personalestyring
- **Menneskelige og organisatoriske færdigheder**, dækker bredt over alle de færdigheder, som er nødvendige for, at sikre vellykket interaktion med de interessepersoner/slutbrugere, som befinder sig udenfor projekt-teamet, dvs. personer som læger, sygeplejersker, sekretærer, administratorer, patienter osv.

De menneskelige og organisatoriske færdigheder er dér hvor peopleware hører til, og er gennem tiden blevet set som "almindelig logik", hvilket har betydet mindre fokus på dette område, og har ofte har medført stressede slutbrugere, som modsatte sig forandringen (Lorenzi & Riley 1995). Lorenzi og Riley fremhæver desuden, at forandringsledelse²⁷, bør finde sted tidligt i implementeringsprocessen, og ikke først når krisen indfinder sig (og modstanden er på sit højeste). Samtidig mener de, at det er vigtigt, at forandringsledelsen ikke stopper i det øjeblik, teknologien er implementeret. Det er vigtigt at være vedholdende indtil forandringen er accepteret (Lorenzi & Riley 2002). Forandringsledelse defineres af Lorenzi og Riley som

"Change management is the process by which an organization gets to its future state – the vision" (Lorenzi & Riley 1995, s.150).

Denne definition er videreudviklet af Harrington, der i Kousholt er citeret for følgende definition:

"Change management does not focus on what is to be changed, but on how the solution is to be implemented. Its purpose is to substantially increase the likelihood of successful project implementation by addressing the human aspects of change" (Kousholt 2014, s.46) Begge citater viser, hvordan forandringsledelse skal ses, som den bærende faktor, i forhold til at gennemføre forandringen i organisationen, og inddrage de menneskelige aspekter i en forandringsprocessen. Det er i forandringsledelsen at peopleware bør huskes, fx at det er vigtigt at kompetenceudvikle personalet til de nye systemer (Lorenzi & Riley 1995).

Lorenzi og Riley præsenterer forandring som en af de mest betydende udfordringer, organisationer udsættes for. Det hører til menneskets natur at modsætte sig forandringer, idet mennesket befinder sig bedst i status quo. Ofte vil det ikke være forandringen i sig selv, men den måde forandringen udføres på, der skaber modstanden (Lorenzi & Riley 1995). Således

²⁷ Forandringsledelse, fra det engelske Change Management

beskriver Lorenzi og Riley hvordan implementeringen af ny teknologi, kan betyde, at allerede eksisterende organisatoriske problemer, modtager mere opmærksomhed fra de involverede individer, hvilket så igen kan skabe en øget følelse af modstand mod forandringen (Lorenzi & Riley 2002). Når der ses på modstand mod forandringen, er det essentielt at være opmærksom på, at al forandring skaber en grad af tab hos de involverede. Når nye tiltag implementeres, betyder det ofte, at medarbejderne må udvikle nye kompetencer, hvilket kan være tidskrævende – idet det kræver oplæring og kompetenceudvikling - og dermed fører til frustrationer og modstand (Lorenzi & Riley 1995).

Lorenzi og Riley har udført deres studier i sundhedsvæsenet, og de har beskrevet, hvordan hospitaler som organisationer, varetager arbejdsopgaver, som har betydning for, hvordan forandringer håndteres. Således er det essentielt at undersøge Lorenzi og Rileys beskrivelse af hospitaler som organisationer.

4.4.1 Hospitaler som organisationer

Lorenzi og Riley fremhæver i deres teorier om implementeringen af en forandring i sundhedsvæsenet, at hospitaler – som organisationer – på en gang ligner, og adskiller sig fra, andre organisationer. Differentieringen kan være essentiel, når forandringen skal tilrettelægges, eftersom hospitaler beskæftiger sig med liv og død, kan konsekvenserne af fejl i hospitalets regi, være fatal (Lorenzi & Riley 1995). Derfor bør man, når der arbejdes på implementeringen af sundhedssystemer, være bevidst om, at der bør være høj grad af akkurate ses involveret. I forhold til personalet i hospitalsorganisationen, pointeres at der eksisterer høj grad af faglighed og egen-autoritet, hvilket har betydning for den måde, som ledelsen bør fremlægge forandringen på. Lorenzi og Riley fremhæver således, at ændringer bør fremlægges mere ”blidt”, end hvis der fx var tale om en produktionsændring på en fabrik. Således anbefaler de, at ledelsesstrategien bør have fokus på at undgå unødige risici og problemer, frem for at foretage drastiske fremtidsrettede beslutninger (Lorenzi & Riley 1995). Dette forhold kan relateres til Mintzbergs teorier om Structures in 5’s, hvor de forskellige organisationer vil håndtere forandring forskelligt, afhængig af deres struktur, sammensætning og størrelse.

Lorenzi og Riley har gennem deres forskning vist, at mange IT-projekter mislykkedes, og at fejlene oftest skyldtes manglende fokus på peopleware, og dermed manglende ledelse af implementeringsprojekterne. Lorenzi og Riley fremhæver, at der ikke findes én forandringsstrategi, som passer til alle projekter, men at strategien bør tilpasses den specifikke forandring og organisation.

Teorien af Lorenzi og Riley søger at samle alle elementer omkring implementering af IT i sundhedsvæsenet i stedet for at se på den som adskilte dele. Derfor bygger denne teori videre på teorien af Leavitt omkring organisationer som systemer. I det kommende afsnit præsenteres udvalgt teori om modstand mod forandring.

4.5 Modstand mod forandring

I dette afsnit præsenteres forskellige teorier om modstand mod forandring. Fokus på modstand er medtaget i projektet af flere årsager. For det første, blev modstand mod forandringen, jf. problemstillingen, fremhævet som en af årsagerne til den negative omtale af, og frustrationer over, SP. For det andet præsenteres teorier om modstand mod forandring fordi modstand bør kunne minimeres ved en velvalgt forandringsstrategi, og at der derfor altid

bør tages højde for modstand mod forandringen. Det kommende afsnit beskriver således forskellige tilgange til at håndtere potentiel modstand mod forandringen, samt giver et bud på, hvorfor modstand opstår.

Når man iværksætter en forandring, er man nødt til at tage højde for potentiel modstand mod forandringen, idet modstand er en naturlig reaktion på alle ændringer: *"Change is one of the greatest fears of people. Change takes patience and an open mind"* (Brooks 2010, s.75). Dette gælder for alle typer af organisatoriske forandringer. Selv de forandringer som virker rationelle, og endda positive, må nødvendigvis medføre elementer af usikkerhed. En af hovedårsagerne til, at individer eller grupper af personer modsætter sig forandring, er at de frygter konsekvenserne af forandringen, samt befinder sig bedst i status quo (Kotter 1999).

4.5.1 Kotter's otte trin

Kotter har beskrevet, at der overordnet eksisterer fire årsager til, at individer modsætter sig forandring. De fire årsager er

- Frygt for at miste noget af værdi (fx goder, status i organisationen, ændringer i interne forhold)
- Manglende forståelse for, eller direkte misforståelse af forandringen og forandringens konsekvenser. Dette bygger hyppigt på manglende tillid mellem dem som iværksætter forandringen (typisk ledelsen) og de øvrige ansatte i organisationen
- En opfattelse af, at forandringen ikke giver mening for organisationen, at der ikke er behov for forandring. Denne årsag skyldes oftest, at forskellige individer opfatter – og tolker – en given situation forskelligt. Således kan medarbejdere og ledere opfatte forandring forskelligt.
- Generel lav tolerance overfor forandring og ændringer, fx på grund af frygten for det uventede, dét at være utilstrækkelig i en ny situation, frygt for manglende kompetencer (Kotter & Schlesinger 2008, Jacobsen 2007).

De fire ovenstående faktorer falder primært under psykologiske faktorer, og dette er væsentligt at huske, når en forandring skal gennemføres. Mennesker er, som beskrevet tidligere at Lorenzi og Riley, en væsentlig del af organisatoriske forandringer, og derfor vil der altid skulle tages højde for menneskets psyke, ligesom et individs personlighed, vil have betydning for hvorledes han/hun opfatter forandring (Kousholt 2014).

Når der arbejdes med modstand mod forandring, og hvordan denne kan håndteres, er Kotter's otte-trins model til forandringsledelse (tabel 4) er en af de mest anvendte forandrings-teorier. Modellen bygger på de hyppigst forekommende fejl, der kan underminere forandringsledelse. Den er problemorienteret, og giver en trinvis tilgang til, hvordan forandring bør kommunikeres. Otte-trins modellen belyser udfordringer, der kan opstå under organisatoriske forandringsprocesser, for på den måde at sikre en "god" forandringsproces (Kotter 1999). Modellen illustrerer otte stadier – eller trin – som organisationer må gennemgå, for at opnå forandring. De forskellige trin, skal helst gennemføres i rækkefølge, men det er muligt at arbejde sideløbende i flere faser (Kotter 1999). Processen vil som regel starte med en ledelsesdiktet eller karismatisk forandrings strategi, for derefter gradvist at blive mere medarbejderinvolverende (Kotter 1999).

Kotters otte-trins forandringsmodel	
Hovedfaser	Trin i modellen
Fase 1: Optø status quo	1. Etablering af oplevelse af nødvendighed
	2. Oprettelse af den styrende koalition
	3. Udvikling af en vision og en strategi
	4. Formidling af forandringsvisionen
Fase 2: Nye metoder	5. Skabe grundlag for handling på bred basis
	6. Generering af kortsigtede gevinster
	7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring
Fase 3: Integrere ændringer i kulturen	8. Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen

Tabel 4 - Kotters otte trins forandringsmodel (frit efter Kotter 1999, s.26-27).

De otte trin præsenteres i detaljer herunder. Teorien er relevant for projektet, eftersom de otte trin viser, hvordan en forandring teoretisk bør gennemføres. De otte trin kan derfor anvendes som vejledning til en forandring, og vil dermed anvendes i analysen og diskussionen.

Trin 1 - Etablering af oplevelse af nødvendighed

Ifølge Kotter, er den største hindring mod at gennemføre en forandring, den selvtilfredshed, som individerne i organisationen har (Kotter 1999, Kousholt 2014). Mennesket er, fra naturens side, kun villig til at forandre sig, hvis det er af yderste nødvendighed (fx hvis der trues med fyring), eller hvis der kan opnås en gevinst ved forandringen. Mennesket befinder sig bedst i en status quo, altså at den nuværende tilstand må vedblive at være som den er, og således har mennesket sjældent lyst eller motivation til at "ofre" sig for en forandring (Kotter 1999).

Trin 2 - Oprettelse af den styrende koalition

En koalition, er et (midlertidigt) samarbejde eller alliance, mellem en eller flere grupper af individer, der går sammen for at nå et fælles mål. Dermed beskriver Kotter i trin 2, hvorledes der skal sammensættes en gruppe af personer, som kan gennemføre forandringen. Årsagen til, at Kotter anbefaler oprettelsen af en koalition er, at det kan være vanskeligt for enkeltindivider at gennemføre en organisatorisk forandring. Samtidig er det væsentligt, at gruppen består af den rigtige sammensætning af personer:

- *Stillingsindflydelse*; der skal være tilstrækkeligt med "nøglespillere" med, dvs. tilstedeværelsen af personer med indflydelse i organisationen
- *Ekspertise*; Der skal indgå personer med forskellige holdninger, synsvinkler, baggrund og kompetencer for at sikre, at beslutninger bliver truffet på baggrund af velbegrundede overvejelser, samtidig med at alle aspekter dækkes
- *Troværdighed*; De personer som indgår i gruppen, bør være vellidte, have troværdighed og autoritet, således at deres beslutninger accepteres i organisationen
- *Lederskab*; det kræver erfarne ledere at iværksætte og gennemføre forandringerne. Ikke nødvendigvis topledere, men personer der har erfaring med lederskab

Koalitionens størrelse vil typisk basere sig på organisationens størrelse (Kotter 1999)

Trin 3 - Udvikling af en vision og en strategi

Målet med at skabe en vision er kort sagt, for at beskrive, hvor forandringen skal hen. Visionen skal udstikke kursen for forandringen, og samtidig virke som motivation. Derudover skal visionen medvirke til at koordinere, hvordan de forskellige personer i organisationen arbejder med forandringen. Visionen skal medvirke til, at bryde status quo, og sikre opbakning fra de involverede. En tydelig strategi skal anvendes til at vise de involverede, hvordan forandringen skal opnås, og dermed – ideelt set – modvirke modstand mod forandring. Hverken strategi eller vision bør beskrives for overfladisk – ej eller for detaljeret. Der skal findes balance i forhold til graden af information, som medarbejderne modtager (Kotter 1999).

Trin 4 - Formidling af forandringsvisionen

Når en vision er fastlagt, skal denne viderekommunikeres til organisationen. Ifølge Kotter bliver "(...) *den virkelige styrke i en vision først sluppet løs, når hovedparten i et projekt eller en aktivitet har den samme forståelse af dens mål og retning.*" (Kotter 1999, s.105). Kotter mener, at man bør anvende den fælles vision til at skabe følelsen af en fælles fremtid, som kan virke motiverende på de involverede. For at kommunikationen bliver effektiv, skal budskabet være klart og enkelt, uden risiko for at kunne fejlfortolkes. Årsagen til, at Kotter fremhæver dette trin, er, at han mener, at ledere generelt underkommunikerer (Kotter 1999).

Trin 5 - Skabe grundlag for handling på bred basis

Dette trin handler om, at fjerne forhindringerne efterhånden som forandringen gennemføres. Herunder ligger også, at styrke medarbejdernes kompetencer, således at de ikke føler sig magtesløse. Kompetencerne skal udvides ved at fjerne de barrierer, der potentielt modarbejder forandringen:

- **Strukturer**, henviser til de formelle strukturer i organisationen, som kan gøre det vanskeligt for medarbejderne at realisere visionen. Dette kan ses ved, at organisationens strukturer direkte modarbejder visionen.
- **Færdigheder** handler om, at medarbejderne bør videreuddannes i det omfang, det er nødvendigt, for at forandringen kan få succes. Det er vigtigt at kompetenceudviklingen er målrettet og relevant
- **Systemer** henviser til IT-systemer og personalesystemer. Systemer som er skabt til at kompetencevurdere medarbejderen, vil ofte ikke være fyldestgørende i forhold til den nye vision, og forhandlinger om løn og forfremmelse kan ligeledes besværliggøres af, at beslutninger træffes baseret på den "gamle facon" og dermed ikke tager højde for den nye vision. Således kan forandringen modarbejdes af lokale systemer
- **Arbejdsledere**; kan virke som hindring mod forandringen såfremt de ikke er enige i forandringen eller visionen. De kan derfor internt modarbejde forandringen ved fx at undgå at uddanne og kompetenceudvikle medarbejderne.

Kotter fremhæver, at det altid vil være vanskeligt at fjerne forhindringerne fuldstændigt, før forandringen er gennemført. Især modstand relateret til organisationskulturen vil ofte være til stede indtil gevinsterne bliver tydelige (Kotter 1999).

Trin 6 - Generering af kortsigtede gevinster

Kortsigtede gevinster er essentielle for at forandringen bliver succes. Der skal planlægges således, at der kontinuerligt kan opnås små succeser, som kan vise de involverede at de er

på rette vej. De små gevinster virker motivationsskabende og sikrer at koalitionen har troværdighed, og at medarbejderne fortsat vil følge deres anvisninger. Det skal huskes, at for mange kortsigtede gevinster, kan skabe et unødigt pres på medarbejderne, og derfor er det vigtigt at finde en balance (Kotter 1999, Kousholt 2014).

Trin 7 - Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring

Dette trin omhandler at forandrings "sejren" ikke bør fejres for tidligt. Store forandringsprojekter foregår over længere perioder – ofte år – og det er derfor nødvendigt for den styrende koalition at være vedholdende, og sikre at forandringen låses fast. Såfremt en forandring for hurtigt karakteriseres som vellykket, vil modstanderne af forandringen ofte få flere ting at kritisere. Dette skyldes, at hvis den styrende koalition eller ledelsen først har meldt ud, at forandringen er vellykket, vil medarbejderne typisk blive mere fokuseret på de elementer af forandringen, som fortsat ikke er optimale. Følelsen af, at forandringen er nødvendig, bør fortsat fremhæves, for at holde de involverede motiverede (Kotter 1999, Jacobsen 2007).

Trin 8 - Forankring af nye arbejdsmåder i kulturen

Når forandringen er fuldført, skal det sikres at forandringen indarbejdes som en naturlig rutine i organisationen. Forandringen skal blive hverdag, og det er nødvendigt med vedholdenhed for at sikre, at forandringen får fat. At ændre handlinger og vaner hos individer i en organisation kan tage lang tid, også selvom forandringsprojektet umiddelbart er afsluttet (Kotter 1999). Når Kotter nævner kulturen, henviser han til organisationskulturen, dvs. alt det der sker mellem individerne i organisationen.

Kotters otte-trins model har, i nyere organisationsteori, fået kritik for at være for statisk og for lineær, idet trinene som udgangspunkt kun kan gennemføres i én rækkefølge, hvorimod reel forandring ofte er en dynamisk proces, hvor flere af trinene gentages. Samtidig foregår der ingen evaluering i Kotters metode, og det er dermed vanskeligt at vide, hvordan forandringen skal gennemføres, såfremt et af trinnene ikke lykkedes. Specifikt er trin to forholdsvis udetaljeret beskrevet, på trods af, at dette trin vil være utroligt vanskeligt at gennemføre i praksis, og at dette trin vil kræve fx en interessant analyse, for at kortlægge, hvem som bør/kan indgå i en koalition (Kousholt 2014).

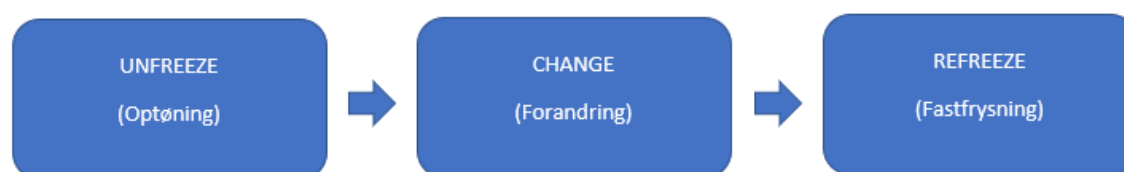
En anden klassisk model, som kan anvendes når der ses på forandringer i organisationer, er Kurt Lewins²⁸ trefasede model, som fremstår mere "simpel" end Kotters otte trin. Den trefasede model bearbejdes herunder.

4.5.2 Lewins forandringsmodel - organisationsudvikling

Lewin forskede i socialvidenskab og i den forbindelse beskrev han tre faser, som han mente alle skal igennem, før en succesfuld forandring kan gennemføres. Lewins teori om forandring, bygger på antagelser omkring menneskeskabte systemet og organisationsudvikling som strategi. Denne strategi tager udgangspunkt i en tanke om, at alle individer ønsker at medvirke til, at den organisation de befinder sig i, er velfungerende. Samtidig er tankegangen positivistisk, idet individerne ønsker at lære og udvikle sig (Jacobsen & Thorsvik 2008).

²⁸ Kurt Lewin blev set som grundlæggeren af Organisations udvikling (Jacobsen & Thorsvik 2008). Lewin var en psykolog, som forskede i socialvidenskab, bl.a. hvad der kunne få mennesker til at forandre sig

De tre faser igangsættes, når der i en organisation er fastlagt et behov for, at gennemføre en forandring, se figur 19.



Figur 19 - Lewins trefasede forandringsmodel (Frit efter Kousholt 2014, s.317)

1. Første fase er optøningsfasen, hvor motivationen for forandringen skal skabes i organisationen. Dette sker ved at skabe en forståelse af, at nuværende situation er uholdbar, bl.a. ved at styrke de relevante drivkræfter. Samtidig skal skabes en psykologisk tryghed, ved fx at mindske frygten for forandringen. Årsagen til, at tryghed er væsentlig er, at mennesket har en tendens til at være mere samarbejdende, når de føler sig trygge. Dog skal status quo tøs op, for at forandringen kan iværksættes.
2. Anden fase er forandringsfasen, hvori de nye tiltag iværksættes og ændringerne gennemføres. Dette sker gennem holdningsændringer og ny adfærd, fx ved oplæring og ændringer i den formelle struktur.
3. Tredje og sidste fase er fastfrysningen, hvor forandringsændringerne låses fast i den nye tilstand, gennem nye normer og værdier. En form for ny rutine etableres, og forandringstiltagene evalueres.

(Jacobsen & Thorsvik 2008).

Lewins model er som udgangspunkt tilegnet når én forandring – eller udvikling - skal gennemføres, og derfor er den relevant at anvende i dette projekt, hvor det blev undersøgt hvordan en forandring – indførelsen af SP – fandt sted. Derudover er de tre faser udelukkende teoretiske, hvilket betyder, at det kan være vanskeligt at se så tydelig en opdeling eller afgrænsning mellem faserne i en reel organisationsudvikling (Jacobsen og Thorsvik 2008).

I arbejdet med Kotter's forandringsmodel og Lewins trefasede model, fandt jeg det relevant at sammenligne de to og i figur 20 herunder illustreres en mulig sammenhæng.

Lewins model		Kotters otte-trins forandringsmodel	
Faser	Hovedfaser	Trin i modellen	
Optøning	Fase 1: Optø status quo	1.	Etablering af oplevelse af nødvendighed
		2.	Oprettelse af den styrende koalition
		3.	Udvikling af en vision og en strategi
		4.	Formidling af forandringsvisionen
Forandring	Fase 2: Nye metoder	5.	Skabe grundlag for handling på bred basis
		6.	Generering af kortsigtede gevinster
		7.	Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring
Fastfrysning	Fase 3: Integrere ændringer i kulturen	8.	Forankring af nye arbejds måder i kulturen

Figur 20 - Sammenhæng mellem Lewin og Kotters modeller (frit efter figur 19 og tabel 4)

Det ses af figur 20 hvordan det er muligt at kombinere de to teorier, når der fokuseres på forandringsprocesser og forandringsledelse. Samtidig giver figuren et grundlag for hvordan forandringer ideelt bør gennemføres, for at opnå en succesfuld forandring.

Ovenstående model er relevant for projektet da sammenhængen mellem de to teoretiskeres modeller kan anvendes til at skildre den teoretiske proces for de forskellige faser i en forandring. Således ser jeg figur 20 som en vejledning til de forskellige trin, der bør gennemføres i en forandringsproces.

Kotters forandringsmodel forudsætter en ledelses-initieret forandring, som samtidig styres af ledelsen, hvilket i praksis kan give nogle udfordringer, afhængig af hierarkiet i organisationen, og den magt og autoritet som ledelsen besidder. I dette projekt, hvor der er tale om en planlagt, ledelsesstyret forandring, er teorien dog anvendelig. Kotter og Lewins forandringsmodeller beskriver hvordan forandring – og ledelsen af forandringen – er ensbetydende med fastsættelsen/fastfrysningen af en stabil tilstand. Dette kriterie, mener jeg dog er problematisk, eftersom det kan diskuteres, om en fuldstændig etablering af en stabil tilstand er mulig, eller om der altid vil være en form for pågående forandring i organisationer. Samtidig indeholder ingen af modellerne evaluering af forandringen, hvilket kan skabe udfordringer i fx hospitals-organisationer, hvor alle tiltag gerne skal være målbare. På trods af dette, mener jeg stadig modellerne er anvendelige som det de er – teoretiske modeller, der kan skabe indblik i, og forståelse for de trin, der bør foregå i en forandringsproces. Jeg vil dog anbefale, at forandring i organisationer ansues som en mere dynamisk proces, hvor en komplet stabil tilstand måske ikke nødvendigvis opnås, men hvor forandringen i stedet vurderes ud fra nogle fastsatte målepunkter, fx de kortsigtede gevinster.

4.6 Opsummering af teoriafsnittet

I dette kapitel blev præsenteret teorier om organisationers opbygning og struktur. Dernæst beskrev jeg teorier om forandring, og om den betydning peopleware har, for en vellykket implementering af IT i sundhedsvæsenet, samt vigtigheden af at huske, at hospitaler

adskiller sig fra andre organisationer. Til slut fulgte en gennemgang af teorier om modstand mod forandring – og hvordan modstanden kan håndteres.

Kotter og Lewins forandringsteorier anses for at være klassikere indenfor organisationsforandring-, og udvikling, hvorimod Lorenzi og Riley fokuserer specifikt på implementeringen af teknologi i sundhedsvæsenet. Leavitts diamantmodel er, ifølge Høstgaard, en af de mest anvendte forandringsmodeller, når man beskæftiger sig med forandring i sundhedsvæsenet. Når der ses på den strategi, som Jacobsen beskrev – alene og sammen med Thorsvik – står det klart, at SP blev indført ud fra en diktatorisk, revolutionær tilgang, der kan sammenlignes med strategi E fra teorien, og som, teoretisk medfører meget modstand mod forandring (Jacobsen 2007). Mintzbergs emergerende strategi viste, at selvom der er valgt en stringent forandringsstrategi, følges denne ikke altid som det er intentionen, hvilket blev underbygget af Lorenzi og Riley, som beskrev hvordan forandring ikke kan planlægges fuldstændigt (Lorenzi & Riley 1995).

Kotter og Lewins forandringsmodeller viste, at forandring er noget der gennemføres fra en ledelsestilgang, og så breder ud blandt medarbejderne, en såkaldt top-down tilgang. Fælles for Kotter og Lewin er, at forandringsprocessen kun kan lykkes, såfremt størstedelen af medarbejderne accepterer forandringen. Det er således medarbejdernes holdninger og adfærd, der er afgørende for forandringen. Både Lewin og Kotter præsenterer hver deres vejledning til, hvordan forandring bør gennemføres og hvordan modstand "forebygges" gennem en velvalgt strategi/tilgang. Samtidig beskriver Kotter hvordan modstanden kan bearbejdes. Både Kotter og Lewins modeller har fået kritik for at være for statiske, og Lewin er blevet kritiseret for at være forældet (Kousholt 2014, Jacobsen 2007), men jeg mener at begge modeller er relevante for projektet. Lorenzi og Riley beskrev desuden hvordan modstand mod forandring bedst håndteres gennem (velvalgt) forandringsledelse, hvor der er en høj grad af dialog og brugerinddragelse. Formålet med, at inddrage Lorenzi og Riley var, dels at bringe fokus på peopleware - og den menneskelige del af implementeringen – og dels at inddrage deres anbefalinger til, hvordan forandringsprocessen bør håndteres i sundhedsvæsenet. Lorenzi og Riley beskriver, hvordan modstand mod forandringen kan reduceres ved på forhånd at have forståelse for organisationen og baggrunden for iværksættelsen af forandringen. Dette stemmer overens med Kotters og Lewins modeller for forandringsstrategier.

I det kommende kapitel foretages en analyse og diskussion af de indsamlede data, set i forhold til ovenstående teori.

Kapitel 5 – Analyse og diskussion

I dette kombinerede analyse-, og diskussionsafsnit, tages udgangspunkt i den indsamlede empiri fra observationsstudierne, spørgeskemaundersøgelserne, og de udførte interviews med aktørerne, for at undersøge hvilken betydning den organisatoriske implementering af SP havde på det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen.

På baggrund af Jacobsens og Thorsviks teori om forandring i organisationer, og med udgangspunkt i, at forandring er noget, som bedst kan måles over en tidsperiode, var det oplagt at udføre undersøgelsen som en PRÆ og POST SP. Eftersom dataindsamlingen foregik to gange og med tre forskellige metoder, blev der skabt forholdsvis meget viden, og derfor består dette kapitel af en række forskellige trin:

Først præsenteres en overordnet adskilt analyse og diskussion af observationsstudierne, de udførte interviews og spørgeskemaundersøgelserne for PRÆ og POST SP. Denne adskilte

analyse og diskussion danner derefter rammen for den mere dybdegående analyse og diskussion, der finder sted på baggrund af de kondenserede temaer, som fremkom efter observationsstudierne, og som samlede de forskellige dataindsamlingsmetoder.

5.1.Observationsstudierne

Som beskrevet i metodeafsnittet, blev der udført observationsstudier i tre dage før implementeringen af SP, og i tre dage efter implementeringen af SP. Dette førte til en overordnet indsigt i undersøgelsesenhed X's daglige rutiner, både i forhold til deres generelle arbejdsopgaver, og specifikt i forhold til deres arbejde med IT, både PRÆ og POST SP. I dette afsnit præsenteres de observationer, som har interesse for projektet (af hensyn til projektets omfang, er udvalgt de observationer, som er relevante for projektet, og som beskriver den overordnede kontekst som personalet befandt sig i).

Først beskrives observationerne før implementeringen af SP, og derefter observationerne efter implementeringen af SP. De beskrevne forhold, herunder, er baseret på en kombination af feltnoter, og samtaler med aktørerne. Præsentationen af de tre aktører, som indgik i observationsstudierne, både PRÆ og POST SP, kan genlæses i metodeafsnit 3.3.4.

5.1.1 Observation Præ SP

De tre dage observationsdage PRÆ SP, var meget sammenlignelige i forhold til arbejdsgange og arbejdsprocedurer, og de tre aktører arbejdede meget ens, sådan som det var forventet af personale fra samme faggruppe. Herunder præsenteres de – for projektet – relevante arbejdsgange.

Inden implementeringen af SP, blev arbejdsdagen påbegyndt ved, at de observerede aktører loggede på computeren med deres personlige id og adgangskode. Derefter startede hver aktør tre til seks programmer op, som var de programmer, der skulle anvendes i løbet af arbejdsdagen. Der kunne gå op til 10 min før alle programmer var i gang.

Aktørerne "læste op" på deres patienter, i programmet "Opus arbejdsplads – produktionsmodulet", hvor patienter kunne fremsøges på cpr.nr. Derefter var der adgang til de mest essentielle oplysninger om patienten. Ofte blev anvendt KISO²⁹ – et program til sygeplejedokumentation – hvor der både kunne skrives og læses notater. Dette gav et hurtigt overblik over patienten. Observationen af sygeplejedokumentation gennemgås mere detaljeret i afsnit 5.1.1.1

Når aktørerne foretog handlinger på patientstuerne, fx måling af værdier, samtaler osv. skrev alle tre aktører små noter, for at kunne huske alle detaljerne. Dette var også gældende ved stuegang, hvor lægen talte med patienten, og sygeplejersken noterede. En enkelt gang noterede lægen ned i en lille bog. Aktørernes notater blev skrevet på alt fra en lille blok, små lapper papir der lå løst i uniformslommerne, servietter - som aktør B hviskede til mig "*Jeg havde ikke lige fået papir med ind på stuen*" - til et udprint af oversigten over afdelingens patienter. Til tider var anvendelsen af lapper lidt "rodet", idet de blev tabt, krøllede, og endda var ulæselige, fx pga. en kuglepen der klattede. Hver aktør havde stuegang på to-fem patienter, og derefter gik aktøren ind til computeren og ajourførte patientens

²⁹ KISO var et "undermodul" i Opus arbejdsplads

sygeplejefjournal, fx med notater om ændringer i plejeplaner osv. Alt sammen på baggrund af de håndskrevne noter. Efter stuegang gik lægen til sin computer, og skrev om patienten i en anden journal, såfremt der var noget der skulle opdateres (lægen og sygeplejersken havde i princippet hver deres journal, men sygeplejerskerne kunne godt læse lægens – så skulle de ”bare” logge ind i et andet system). Når der skulle bestilles billeddiagnostik, blodprøver, fysioterapeut, operationstid eller lignende, skete dette typisk via lægesekretæren.

Ud over stuegang, plejeopgaver og dokumentation af disse, var der en anden arbejdsopgave, som fyldte en del: medicinhåndteringen. Eftersom undersøgelsesenhed X havde forskellige patientgrupper, ofte alvorligt syge, fik stort set alle patienter medicin – de fleste tre-fire gange i døgnet. *”Præcision og nøjagtighed er meget vigtig i medicinhåndteringen”* (Aktør A). Netop fordi mange af patienterne fik medicin hyppigt i døgnet, blev der i afdelingen lagt vægt på, at medicintiderne³⁰ blev overholdt. Observationerne fra medicinrummet gennemgås i dybden, i afsnit 5.1.1.2, da de var essentielle for arbejdsgangene hos aktørerne, og derfor relevante i forhold til at forstå forandringen, som implementeringen medførte.

Alle tre dage, hvor jeg fulgte aktørerne, oplevede jeg på intet tidspunkt, at de havde ”god tid”. Der var virkelig travlt. Alligevel tog de sig tid til at svare på mine spørgsmål, og forklare, hvad de foretog sig. Aktør A beskrev *”Det er lidt rart at fortælle om mit arbejde, det sætter nogle tanker i gang.”* Jeg spurgte om hun kunne uddybe, og det handlede overordnet om, at nogle af arbejdsopgaverne bare blev *”gjort på samme måde som altid”*, uden at hun egentlig vidste hvorfor de blev udført som de blev, det var blot blevet en rutine.

Som nævnt i ovenstående, beskrives to IT-systemer i dybden herunder. Det var de to IT-systemer, som jeg observerede, at aktørerne oftest anvendte PRÆ SP. Dette blev bekræftet ved samtale, med alle tre aktører.

5.1.1.1 Arbejdet med IT – Sygeplejedokumentation

Sygeplejedokumentationen foregik PRÆ SP, som nævnt i programmet KISO, der hørte under Opus arbejdsplads. I KISO eksisterede forskellige muligheder for, at aktørerne kunne dokumentere al relevant information om patienterne, således at deres kolleger kunne læse informationerne. Der kunne dokumenteres og læses indenfor følgende områder:

- *Kontaktårsag*; kort beskrivelse af diagnose, og årsag til indlæggelse
- *Status-notater*, omhandlende fx vejrtrækning, søvn og hvile, patientens psykosociale tilstand m.m.
- *Plejeplaner*, ernæring, personlig hygiejne, mobilisering/aktivitet – forhold der også eksisterede som papir-skemaer på patientens stue.
- *Planer*, fx at patienten skulle overflyttes til anden afdeling, havde tid til røntgenundersøgelse, fik besøg af en præst osv. Dette var en form for forløbsplan

³⁰ Typisk blev medicin givet til morgen, frokost, aften og sen aften. Nogle præparater måtte dog ikke gives samtidig, skulle forskydes i forhold til måltider m.m. og krævede derfor overblik.

Til medicindispensering³¹ havde undersøgelsesenhed X et aflåst medicinrum, med to computere, således at to sygeplejersker, kunne ophælte medicin samtidig. Som hovedregel administrerede sygeplejerskerne "kun" medicin til egne patienter, og udførte ophældning af medicin til én patient ad gangen, således at medicineringsfejl kunne undgås/reduceres. Såfremt der i EPM stod "efter skema", betød det at medicinen i stedet eksisterede på et papirskema, dvs. ikke alle præparater der blev ordineret, kunne ses i EPM. Når medicinen var blevet registreret og ophældt i medicinrummet, tog aktøren en PDA (håndholdt apparat indeholdende en scanner), med ind til patienten, og scannede patientens armbånd, så medicinen kunne udleveres. Dette var for at sikre korrekt patientidentifikation, samt udlevering af korrekt medicin. Scanner funktionen virkede ikke altid. I de tre dage, jeg observerede aktørerne, oplevede de jævnligt at PDA'er løb tør for strøm – på trods af at de altid stod til opladning i personalerummet, når de ikke var i brug. Det betød, at aktørerne flere gange måtte gå fra patienterne, for at hente en anden PDA til at foretage identifikation med.



Billede 3 - Et typisk medicinrum (DSR 2020)

Nu er beskrevet de - for projektet - vigtigste elementer fra feltobservationerne, PRÆ SP, og derfor beskrives herunder de relevante observationer for POST SP. Det er relevant at bemærke, at observationsdagene på undersøgelsesenheden blev koordineret, så jeg observerede de samme tre aktører som jeg observerede PRÆ SP. Dette skete med hjælp fra afdelingssygeplejersken, som stod for vagtplanlægningen.

5.1.2 Observation Post SP

Døgnrytmen på afdelingen var den samme, som før implementeringen SP, og personalesammensætningen var uændret, bortset fra udskiftning blandt de studerende. Arbejdsgangene efter implementeringen af SP, var dog tydeligt ændret. For det første, loggede aktørerne kun på ét program; SP. I SP, var alle patientoplysninger samlet ét sted, og papirskemaerne på undersøgelsesenheden var umiddelbart afskaffet. Aktørerne benyttede sig af single sign-

³¹ Medicindispensering var det ord aktørerne anvendte, om dét at håndtere og ophælte medicin.

on³², hvilket betød at de ikke behøvede at indtaste deres brugernavn og adgangskode - derfor tog det kort tid at få adgang til patientdata.

For det andet var stuegangen blevet ændret: afdelingen havde fået nogle WOW's (Workstation On Wheels), som var høje rulleborde med en computer installeret. Disse WOW blev kørt med ind til patienterne, således at sygeplejersken kunne tage notat i SP, undervejs i stuegangen. Jeg fik at vide, af aktør C, at det teoretisk også var muligt for lægen at logge på WOW, og ordinere medicin, bestille undersøgelser eller lignende, men dette var ikke (endnu) blevet kutyme. Oftest var det aktørerne der var "logget på", og så læste lægen de relevante data fra aktørens skærm. For det tredje, havde aktørerne nu adgang til Rover³³, en håndholdt minicomputer, som de kunne tage med ind på stuen til patienterne og anvende til at tjekke ID-armbånd, notere værdier (blodtryk, puls m.m.), tage billeder af patienten (fx dokumentation af sår), anvende vurderingsskemaer, samt finde tidligere notater om patienten.



Billede 4 - Rover (Region Sjælland 2017)

Alle tre aktører var tilfredse med roveren, og som aktør B sagde *"Den kan rent faktisk holde strøm meget bedre end den gamle PDA"*. Samtidig beskrev de alle tre, at roveren var noget af det bedste ved SP, det var lettere at skrive værdier ind, med det samme. I relation til dette, bemærkede jeg, at der ikke længere var så mange notatpapirer i sygeplejerskernes lommer.

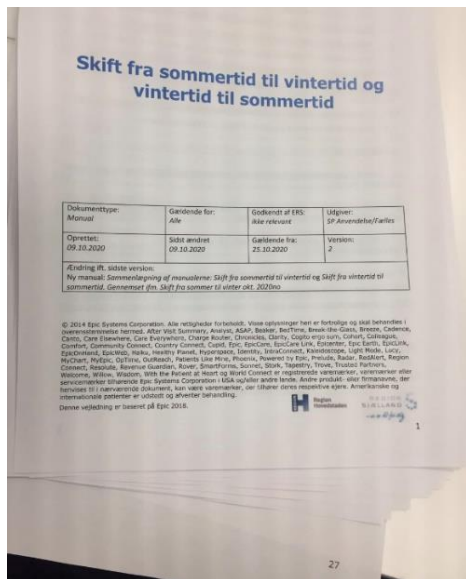
Der eksisterede dog et minus ved roveren; Aktør C berettede at en af deres enheder, nogle uger forinden mit besøg, var "svulmet op", og det vidste sig at være batteriet. Afdelingen havde meldt det til CIMT³⁴/servicedesk, og efter to uger fået at vide, at Roveren skulle fjernes fra opladeren, så snart denne var fuldt opladet. Dette havde skabt lidt udfordringer på afdelingen, for ingen vidste hvem, der havde ansvar for (og tid til) at holde øje med, hvornår roveren var fuldt opladt.

For det fjerde, bemærkede jeg, at der ikke længere eksisterede papirjournaler på patienterne. Disse var så godt som afskaffede. Til gengæld var der i personalerummet, hvori computerne stod, mange "manualer" – vejledninger - som beskrev forskellige arbejdsgange i SP. Under observationerne havde aktørerne ofte fat i "papirmanualer", der lå rundt omkring ved computerne.

³² Single-sign-on. Personale-ID scannes og en fire-cifret kode indtastes, så åbner systemet.

³³ Roveren er den mobile applikation til SP

³⁴ CIMT = Center for It, Medico og Telefoni i Region Hovedstaden. CIMT driver, udvikler og supporterer it, medico-udstyr og telefoni i Region Hovedstaden. CIMT stod også for at håndtere fejlmeldinger efter implementeringen af SP. Servicedesk er en døgnåben telefonlinje, hvor man kan få hjælp til IT på Region Hovedstadens hospitaler. Denne ligger under CIMT. <https://www.regionh.dk/IMT/>



Manualerne var trin-for-trin guides (billede 5³⁵) til specifikke opgaver i SP – primært printet fra Rigshospitalets Intranet - og blev taget i brug, når aktørerne var i tvivl om, eller ikke lige kunne huske en fremgangsmåde. Jeg spurgte ind til det, og fik af aktør C at vide, at de på afdelingen følte, der var mange forskellige måder at gøre tingene på, og at manualerne skulle være med til at sikre, at de skrev de samme informationer de samme steder. Derudover lå der også en del manualer, som var skrevet af brugerne på afdelingen. Disse manualer bestod af alternative arbejdsgange i SP – såkaldte workarounds - som løste nogle af de udfordringer, som brugerne havde.

5.1.2.1 Arbejdet med IT – Sygeplejedokumentation

For at få adgang til patientens journalnotater, loggede sygeplejerskerne ind i SP, og orienterede sig i fanebladet "resume" (Se evt. bilag 9 for billeder fra SP), for at få et hurtigt overblik over patienten.

Derefter, var der flere forskellige måder, hvorpå sygeplejerskerne fik adgang til de data, de ønskede at finde. To af aktørernes (A, B) åbnede altid fanen "notater" for at få oplysninger om patienten, og her kunne de ligeledes selv indskrive oplysninger om patienten. Den sidste aktør (C), åbnede altid fanen "opgaver" først. Da jeg spurgte ind til denne diskrepans, fik jeg at vide, at det lidt afhang af, hvordan den enkelte person arbejdede, samt hvilken undervisning de havde modtaget, i SP. Årsagen til, at aktør C valgte at se på "opgaver" først, var, at så følte han, at han havde bedre overblik og mulighed for at planlægge, såfremt der var opgaver vedrørende patienten, der skulle varetages den dag.

Under de tre observationsdage, oplevede jeg flere eksempler på, at de tre forskellige aktører indskrev enslydende forhold om patienterne, forskellige steder i SP. Samtidig observerede jeg flere gange dagligt, hvordan aktørerne ledte meget længe efter specifikke oplysninger omkring patienterne, da søgefunktionen i SP ikke fungerede, som de ønskede. I flere af tilfældene (7/12 gange), valgte aktørerne at spørge patienterne, og derefter oprette et nyt notat med svaret.

Indskrivningen af notater, omkring patienten, foregik i mange tilfælde med afkrydsning af en række sætninger, eller brug af såkaldte "smartphrases", som var allerede klargjorte sætninger, der kunne sættes ind i journalen. Flere steder kommenterede aktørerne, at de synes det var vanskeligt at finde mulighed for at skrive fritext, og dette beskrev aktør A således

³⁵ Dette billede er ikke taget under observationen, men derimod i 2020, da de fotos jeg havde af manualerne, var i for dårlig kvalitet ved upload til projektet. Manualerne var dog identiske, kun dato var opdateret. Bemærk at det tager 27 sider at skifte fra sommer til vintertid.

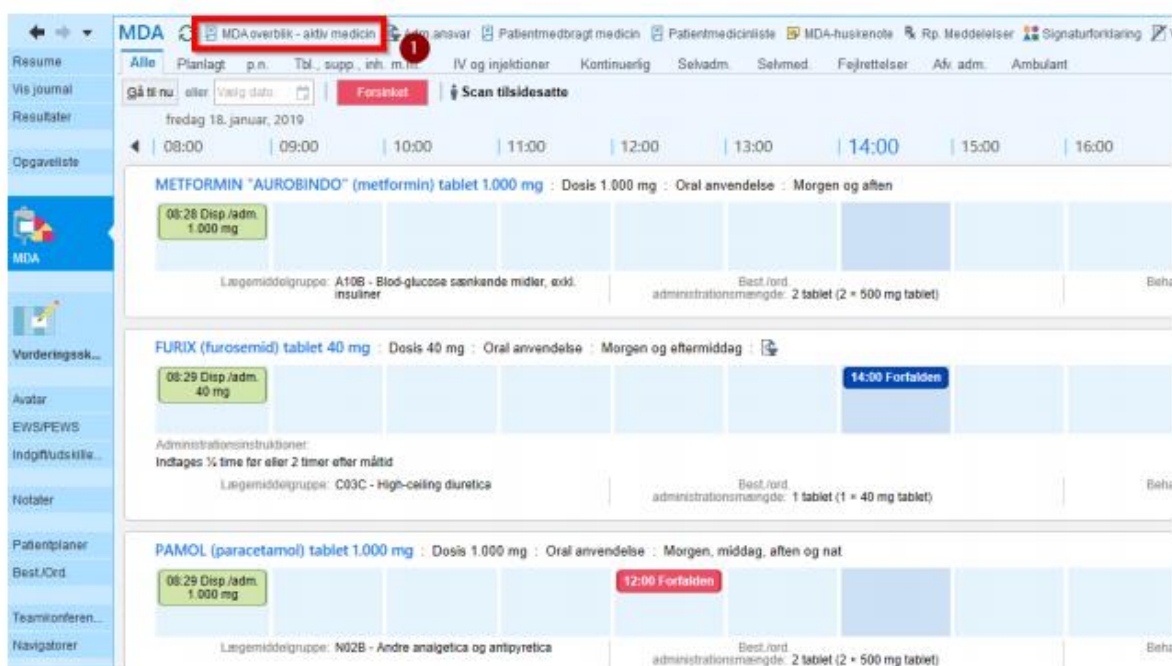
”Jeg føler virkelig jeg mangler et sted at skrive mine observationer omkring patienten, og ting som jeg synes mine kolleger bør vide. Ikke alle plejeforhold kan krydses af, og forkert afkrydsning kan gøre at det ikke kan fremsøges. Egentlig er jeg ikke sikker på vi fortolker tingene ens. Det jeg vil krydse af som ”socialt” vil en anden måske kalde ”psykosocialt”.

Denne forskel, i måde at fortolke og tænke på, kan være en af årsagerne til, at aktørerne fandt søgefunktionen vanskelig at anvende.

En af de primære ting jeg bemærkede, var at aktørerne umiddelbart brugte lang tid på at sidde og ”kigge rundt” på SP-skærmen, når der skulle dokumenteres. Jeg bemærkede at øjnene flakkede meget hos aktør A og spurgte ind til dette. Det viste sig, at der var så mange informationer på skærbilledet, at det var vanskeligt at finde det, der skulle bruges.

5.1.2.2 Arbejdet med IT – medicinering

I SP, kaldes medicineringsdelen for MDA. Denne ligger som en ”fane”, når SP åbnes. Alle tre aktører, valgte at åbne MDA inden selve medicindisponeringen til patienten, for at danne sig et overblik, og – i tvivlstilfælde – gå ind til patienten og orientere sig om evt. ændringer i medicinen.



Billede 6 - Screenshot af MDA (medicinmodul) (Region Sjælland 2020)

Selve medicindisponeringen foregik fortsat i aflåst medicinrum, hvor der nu var opsat skilte med ”forstyrrelsesfri-zone”. Jeg spurgte ind til dette, inden jeg gik med ind i medicinrummet, og fik forklaret af aktør B, at de ofte oplevede at medicindisponeringen tog længere tid end ”i gamle dage”, og at de ofte måtte starte forfra, hvis de blev forstyrrede.

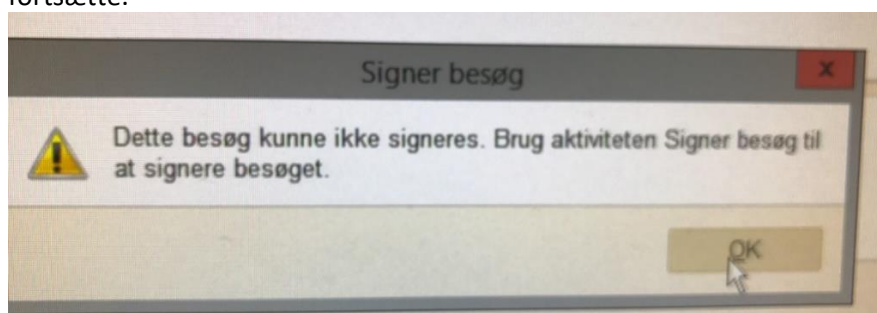
Når medicinen skulle udleveres (administreres) til patienten, tog aktøren Roveren med ind til patienten, scannede patientens id-armbånd, og kunne dernæst kvittere på skærmen for, at medicinen var givet. En mere dybdegående flowanalyse af medicineringsmodulet kan ses i afsnit 5.1.3.1, hvor der sammenlignes med medicinering PRÆ SP.

5.1.2.3 Øvrige observationer om Systemet SP - dialogbokse

Aktørerne havde mulighed for at tilpasse brugerfladen, i SP til deres behov, således at de kunne oprette genveje for de under-moduler i SP (fx MDA), som de anvendte mest.

I løbet af observationsperioden POST SP, oplevede jeg ofte, at aktørerne (og alle andre personaler) blev "afbrudt" af små pop-up vinduer, eller store dialogkasser i SP. Dialogboksene nævnes her i analysen, da de havde stor betydning for, hvordan aktørerne oplevede deres arbejdsgang, POST SP. De var ifølge aktør A "Utroligt irriterende!".

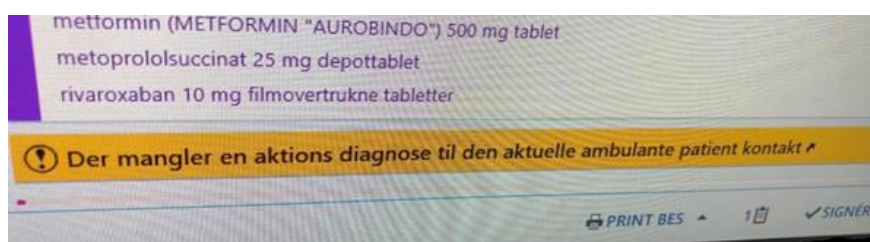
- **Pop-up vinduer** (små dialogbokse), indeholdt advarsler, omkring den handling, som aktøren var ved at udføre i SP. Advarslerne kunne fx omhandle administration af medicin som patienten ikke tålte, eller information om, at der skulle vælges "ok" eller "annuller" til en handling. Pop-up vinduerne krævede således en aktiv handling, for at aktøren kunne få lov at fortsætte.



Billede 7 - Screenshot af pop-up besked (fra observation)

Til tider gav pop-up vinduerne ikke altid mening (se eksempel herover, billede 7, hvor aktøren lige havde trykket "signer besøg" – og beskeden herover fremkom. Han måtte starte forfra. Anden gang lykkedes det ikke, men tredje gang, hvor han gentog præcis samme handling, fik han lov at signere besøget – til stor frustration³⁶ for aktøren.

Til tider var pop-up-vinduer erstattet af et "advarsels-banner"³⁷, som herunder billede 8. Disse var ikke stop-beskeder, men advarsler om, at noget skulle ændres, eller registreres. Personalet kunne således godt arbejde videre, uden at blive afbrudt/tage stilling til advarslen.



Billede 8 - Eksempel på et advarselsbanner (fra observation)

- **Dialogbokse**, beskrev fx nedbrud i systemet, som kunne være mærket med "critical message" (rød ramme), "alert" (gul ramme), og en "solved" (grøn ramme) når udfordringerne var løst. Planlagte nedlukninger blev også annonceret ved dialogboksene, som det ses herunder, billede 9.

³⁶ Frustrationen kom til udtryk ved bandeord, som ikke bør gengives på skrift.

³⁷ Disse advarsler er i kravspecifikationen beskrevet som "Beslutningsstøtte til brugeren"



Billede 9 - Dialogbokse (fra observation)

Som det ses af ovenstående beskrivelse, var der sket ændringer fra arbejdsgangene PRÆ SP til arbejdsgangene POST SP. Herunder beskrives et sammendrag, hvor arbejdet i medicinmodulet præsenteres sammenlignet for PRÆ og POST SP, for at give et indblik i, hvordan arbejdsgangene havde ændret sig.

5.1.3 Sammenligning af observation PRÆ og POST SP

Herunder præsenteres en sammenligning af medicinmodulerne PRÆ og POST SP, for at vise, hvordan arbejdsgangene blev forandret.

5.1.3.1 Workflow-analyse af medicinmodulet

Herunder beskrives workflowet i medicinrummet PRÆ og POST SP, for håndtering af ét præparat, som ofte blev anvendt på afdelingen. I begge tilfælde var det aktør B, som blev observeret.

Når beskrivelsen af workflowet starter, er aktør B i medicinrummet, har logget ind i systemerne, og har fundet den relevante patient. Undervejs i workflowet blev efterfølgende tilføjet forklaringer, som står i [...]. Disse forklaringer var opnået efter observationen i medicinrummet, ved samtale med aktør B.

Før implementeringen af SP (EPM)	Efter implementeringen af SP (MDA)
○ Aktør B står foran medicinhylde og har patientens medicinskema på computerskærmen ○ Øjnene bevæges ned over skærmen, til første præparat, hvor der står "Hjertemagnyl 75mg" til tidspunktet kl.8.00 ○ Et museklik i cellen aktiverer præparatet ○ Aktør B tager med venstre hånd (præparatet er til venstre for hende), glasset med præparatet, fra	○ Aktør B står foran medicinhylde og har patientens medicinskema på computerskærmen ○ Øjnene bevæges ned over skærmen, til første præparat, hvor der står "Hjertemagnyl 75mg" til tidspunktet kl.8.00 ○ Aktør B tager med venstre hånd (præparatet er til venstre for hende), glasset med præparatet, fra midterste hylde, og læser højt fra glasset "Hjertemagnyl 75mg"

midterste hylde, og læser højt fra glasset "Hjertemagnyl 75mg" ○ Glasset har en stregkode, som scannes, med en scanner der er placeret på et bord til højre for aktøren. Der lyder et bib ○ som får den aktive celle i medicinskemaet til at skifte farve til blå [farveskriftet betyder, at medicinen er dispenseret, og at der er kvitteret/signeret for dette] ○ En tablet tages ud af medicinglasset, og ligges i et plastikbæger, mærket med et klistermærke med patientens cpr.nr og tidspunktet 08.00 ○ Glasset sættes tilbage på hylden, og igen læser aktør B højt fra glassets etiket "Hjertemagnyl 75mg"	○ Glasset har en stregkode, som scannes, med en scanner der er placeret på et bord til højre for aktøren. Der lyder et bib ○ En dialog boks åbnes. Der står "<i>Vælg administration</i>", efterfulgt af en række muligheder ○ Med musen, klikker aktør B, på <i>Tidspunkt 08.00</i>", og derefter et klik på "<i>accepter</i>" ○ Et nyt vindue åbnes, og musen glider over til en celle, mærket med "dosis", som vælges med et museklik. ○ Herefter indtaster aktør B dosis, "75" [mg], og vælger "<i>bekræft</i>" med et museklik ○ Derefter skal selve dispenseringen udføres. Dette sker med et museklik ○ En dialogboks åbnes "Denne dosis er muligvis for tæt på den foregående?" (og to valg: "<i>bekræft</i>" eller "<i>annuller</i>"). Der vælges "<i>bekræft</i>", med et museklik ○ En tablet tages ud af medicinglasset, og ligges i et plastikbæger, mærket med et klistermærke med patientens cpr.nr og tidspunktet 08.00 ○ Glasset sættes tilbage på hylden, og igen læser aktør B højt fra glassets etiket "Hjertemagnyl 75mg"
Således blev der dispenseret ét præparat. Der blev anvendt ét museklik og det hele tog 16 sekunder.	Således blev der dispenseret ét præparat. Der blev anvendt seks museklik og det hele tog 29 sekunder.

Ud over at analysere videooptagelserne ud fra ovenstående metode med workflow, anvendte jeg også tidsregistrering af de tre aktører, når de arbejdede i medicinmodulet. Alle tidsregistreringer kan findes på bilag 10; her fremhæves blot gennemsnitsværdierne. Således tog det i gennemsnit 16,97 sekund per præparat før implementeringen af SP, hvorimod det tog i gennemsnit 31,75 sekund per præparat efter implementeringen af SP. Det er ligeledes interessant at bemærke, at antallet af museklik steg markant med implementeringen af SP.

5.1.4 Kondensering af observationsstudierne

Herunder beskrives de kategorier og underemner/områder, som blev observeret PRÆ og POST SP. De forskellige kategorier opstod på baggrund af observationerne.

	Kategori	Beskrivelse/underemner
PRÆ SP	Arbejdsgang	○ Rutiner ○ Døgnrytme ○ Arbejdsfordeling ○ Ikke-digitale arbejdsformer (Papirnoter, papirjournal, papirskemaer)
	IT-anvendelse	○ Forskellige systemer (medicin, sygepleje-dokumentation) ○ Velkendt
	Forandringen (oplevelser/ forandringsparathed/ modstand)	○ Mediedækning af Herlev/Gentofte ○ Optimisme/frygt for Go live ○ Forvirring over varierende information
	Undervisning i SP	○ "Rodet", "usammenhængende", "omfattende" ○ Certificering – kan man det så?
POST SP	Arbejdsgang	○ Rutiner ○ (ændret) arbejdsfordeling; opgaveglidning ○ Digital ○ Lokale work-arounds
	IT-anvendelse	○ Tidsforbrug ○ Vanskeligt at lokalisere oplysninger ○ Museklik ○ Pop-up, dialogbokse hele tiden ○ Brugergrænseflade
	Forandringen (oplevelser/ forandringsparathed/ modstand)	○ Frustrationer ○ Magtesløshed ○ Optimisme "Det bliver bedre" ○ Udtryk for modstand relateret til anvendelsen af SP
	Uddannelse i SP	○ Manglende viden/erfaring ○ Sidemandsoplæring/hjælp hinanden i afdelingen ○ Manglende opfølgning på undervisning

Som det fremgår ud fra ovenstående kondensering, var det de samme temaer som gik igen, PRÆ og POST SP. Det var disse temaer som blev præsenteret i metodeafsnit 3.4.1, og som lå til grund for nogle af spørgsmålene i spørgeskemaundersøgelsen. Eftersom kategorierne arbejdsgang og IT-anvendelse hænger sammen – der var flere underemner som fandtes i begge kategorier – er disse samlet under IT-arbejdsgange i den videre analyse. Årsagen til at vælge at slå de to kategorier sammen, er desuden, at det er den organisatoriske implementering af SP der undersøges, og at arbejdsgangene derfor er mest interessante i forhold til anvendelsen af IT-systemet.

Analysen og diskussionen vil derfor foregå ud fra følgende temaer

- **Forandringen**, herunder ligger jf. ovenstående kondensering, alt der vedrører de menneskelige aspekter af forandringen, dvs. oplevelsen af forandringen, modstand mod forandringen, forandringsparathed.
- **IT-arbejdsgange**, herunder hører fx de specifikke arbejdsgange indenfor medicin-, og sygeplejemodul, som bl.a. blev beskrevet i observationerne.
- **Uddannelse/oplæring i SP**, omhandler al uddannelse eller oplæring som personalet har modtaget i SP, dvs. de officielle SP-kurser, testmiljøet som kunne tilgås fra lokale computere, og oplæring lokalt i afdelingerne.

På sidste dagen for observationerne PRÆ og POST SP, blev udført interviews med de observerede aktører. De udførte interviews præsenteres i det kommende afsnit, og skal anvendes til – sammen med observation og spørgeskemaundersøgelse – at besvare problemformuleringen. Som nævnt i metodeafsnittet, fremkom mange af spørgsmålene til aktørerne på baggrund af de første observationer på sengeafdeling X.

5.2 Interview med aktørerne

Som beskrevet i metoden, og undervejs i ovenstående analyse af observationsstudierne, udførtes samtaler – og interviews med de tre aktører.

Sammendrag af transskriptionerne kan ses på bilag 11 for PRÆ og POST SP. I transskriptionerne betyder [...] at ord, sætninger, navne osv. er udeladt, eller at interview blev midlertidigt afbrudt, for siden at blive genoptaget. Herunder præsenteres nogle overordnede forhold fra interviews PRÆ og POST SP, som senere bliver dybere analyseret og diskuteret ud fra de øvrige observationer, spørgeskemaundersøgelser og teori.

5.2.1 Interviews PRÆ-SP

PRÆ SP var interviews præget af, at aktørerne var spændte på selve ibrugtagningen, og til tider kunne spores en optimisme for, at SP ville gøre hverdagen lettere:

"Hmm, jeg håber da at min hverdag bliver lettere når jeg kun skal logge på et system, og at det går hurtigere at finde oplysningerne, når al information er samlet samme sted."
(Aktør A).

To af aktørerne nævnte, at omtalen og rygterne fra implementeringen på Herlev, var årsag til, at de følte frygt og havde bekymringer for selve ibrugtagningen. At erfaringerne fra Herlev, har fyldt meget, kunne også ses i observationerne, hvor det generelt var noget der blev talt om, blandt personalet på sengeafdeling X, inden implementeringen af SP.

Et andet område, som jeg forsøgte at afdække, var, hvordan aktørerne håndterede forandringer. Spørgsmål 3 i interview guiden var "Hvordan reagerer du når der sker forandringer i din arbejdsgang og/eller i de arbejdsværktøjer du anvender". Hertil var alle tre aktører enige om, at de ikke ser de store udfordringer i, at der indføres nyt, og at nye tiltag ligefrem kan være interessante. To af aktørerne (B, C) beskrev at forandringer var en naturlig del af deres arbejde, og at det derfor normalt ikke var noget, som de var særligt bevidste om. Jeg vender tilbage til en mere dybdegående analyse og diskussion af temaet forandring i afsnit 5.4.

5.2.2 Interviews POST-SP

Efter POST SP, var interviews præget af, at aktørernes arbejdsgange var forandrede. De beskrev hvordan arbejdet generelt tog længere tid, primært begrundet med flere klik og pop-up bokse, men også hvordan usikkerhed og tvivl prægede deres hverdag, fx beskrev aktør A

"(...) jeg mangler et sted at skrive mine observationer omkring patienten - jeg kan simpelthen ikke finde ud af hvor jeg skal gøre det henne(...)".

Samtidig beskrev de tre aktører, hvordan de ikke havde følt sig ordentligt forberedt til Go live, idet aktørerne ikke kunne finde sammenhæng mellem den undervisning de havde modtaget og dét SP, som de skulle arbejde i *"(...)Der var så mange afvigelser fra undervisningen at det var som at starte forfra(...)"*(Aktør C).

En dybdegående analyse og diskussion af undervisningen finder sted i afsnit 5.6

5.3 Spørgeskemaundersøgelserne

I dette afsnit præsenteres de to indsamlede spørgeskemaundersøgelser, PRÆ og POST SP. Først gennemgås svarprocenter, og bortfald, og dernæst præsenteres baggrundsdata for respondenterne. De specifikke spørgsmål i skemaerne vil blive analyseret under de tre temaer, som blev fastlagt under observationsstudierne. Bemærk at alle de analyserede data fra spørgeskemaerne, findes på bilag 12 for PRÆ og bilag 13 for POST. I analysen og diskussionen herunder fremhæves de for undersøgelsen mest relevante elementer, men af hensyn til projektets opfang, refereres til bilag for alle analyserede besvarelser.

5.3.1 Data for respondenter

5.3.1.1 Svarprocenter

Herunder ses en samlet opgørelse over svarprocenter.

	Antal undersøgelses-enheder	Omdelte spørgeskemaer	Respondenter	Svarprocent
PRÆ SP	2	40	35	87,5%
POST SP	4	100	87	87%

PRÆ SP var svarprocenten på 87,5% og efter implementeringen på 87,0%.

Begge anser jeg for relativt høje svarprocenter. PRÆ SP, kan den høje svarprocent skyldes, at spørgeskemaundersøgelsen blandt andet blev udført på undersøgelsesenhed X, hvor jeg havde udført observationsstudiet, og hvor jeg derfor havde haft mulighed for at påvirke og opfordre personalet til, at besvare spørgeskemaerne. POST SP kan den høje svarprocent skyldes, at personalet havde stærke holdninger, omkring implementeringen af SP, hvilket jeg oplevede under observationen.

5.3.1.2 Bortfald

Alle skemaer for Præ-SP var fuldt udfyldt, så der var ingen bortfald, hvilket betød at 35 respondenter indgår i den endelige analyse.

Post-SP, var der to skemaer, hvor kun baggrundsspørgsmål (1-7) var udfyldt, og disse bortfaldt derfor i den videre analyse. Således indgår 85 respondenter i den endelige analyse post SP.

Når der ses på svarprocenterne, og det lave bortfald, må vurderes, at der er en samlet høj svarprocent, i forhold til, hvad der normalt ses ved spørgeskemaundersøgelser (Olsen 2005).

5.3.1.3 Håndtering af data

De indsamlede spørgeskemaer for PRÆ og POST SP, blev behandlet jf. metodeafsnittet.

Alle data blev indtastet i Excel, opdelt i PRÆ og POST SP.

Herunder, i figur 21 ses et uddrag af databasen med registreringer af svar³⁸.

Respond/ID nr	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1 Sygeplejerske	Ja		47 Kvinde	17	18	Sengeafdeling	Enig	Enig	Lærer men tag	Lærer men t	At man ikke	4-5 timer	
2 Sygeplejerske	Nej		60 Kvinde	6	36	Sengeafdeling	Neutral	Enig	Lærer fordi et	Lærer men t	Dårlig komn	2-3 timer	
3 Sygeplejerske	Nej		35 Kvinde	5	10	Sengeafdeling	Uenig	Neutral	Lærer hurtigt	Lærer hurtig	Frygt for uke	5-6 timer	
4 Sygeplejerske	Ja		31 Kvinde	1	6	Sengeafdeling	Uenig	Enig	Lærer hurtigt	Lærer hurtig	Dårlig komn	4-5 timer	
5 Sygeplejerske	Ja		41 Kvinde	4	10	Sengeafdeling	Meget uenig	Neutral	Lærer hurtigt	Lærer hurtig	At man ikke	6-7 timer	
6 Sygeplejerske	Nej		44 Kvinde	3	3	Sengeafdeling	Uenig	Neutral	Interesseret i	Påtager mig	At man ikke	2-3 timer	
7 Sygeplejerske	Nej		39 Kvinde	8	14	Sengeafdeling	Uenig	Enig	Interesseret i	Påtager mig	Frygt for uke	5-6 timer	
8 Sygeplejerske	Nej		36 Mand	1	8	Sengeafdeling	Uenig	Enig	Lærer hurtigt	Lærer hurtig	At man ikke	5-6 timer	

Figur 21 - Udsnit af database for besvarelser

På baggrund af respondenternes svar, analyseres først, hvilken type respondenter, der indgik i besvarelsene.

5.2.1.4 Respondentkarakteristik, baggrundsdata

Følgende opgørelse beskriver hvilken type respondenter, der har deltaget i spørgeskemaet.

Svarerne er baseret på spørgsmål 1-7. Bemærk venligst, at i hele analysen vil PRÆ-SP være kendetegnet ved farven blå, imens POST-SP er orange.

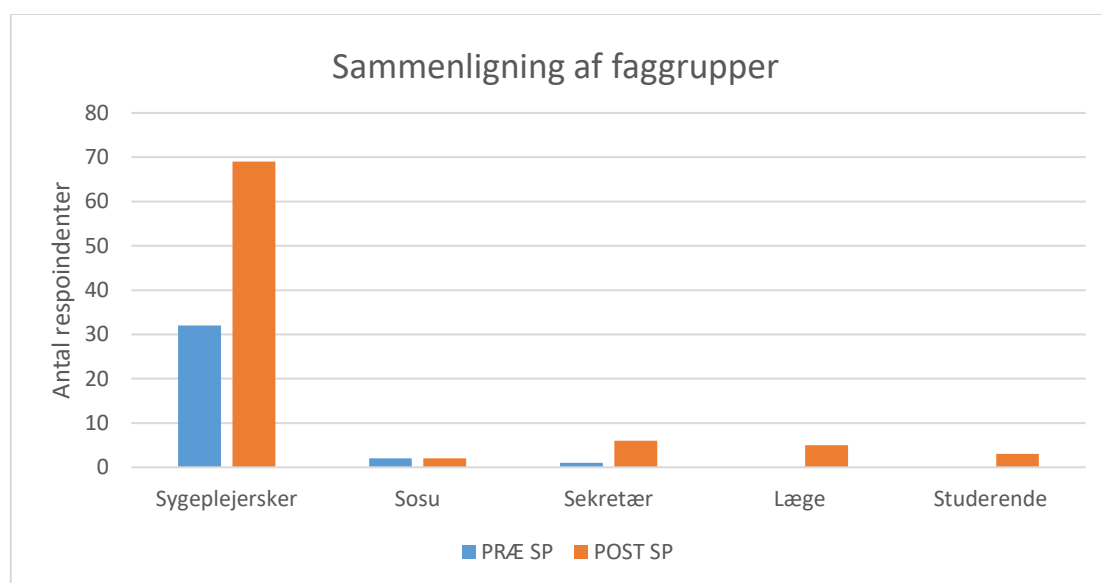


Diagram 1

Som det fremgår af ovenstående diagram (Diagram 1), deltog grupperne Sygeplejersker, SOSU (social og sundhedsassistent) og sekretær i begge undersøgelser, mens læger og studerende udelukkende deltog i spørgeskemaet efter implementeringen af SP. Sygeplejerskerne stod for den største procentvise besvarelse med 91,42% PRÆ SP og 81,18% POST SP. Dette kan skyldes, at spørgeskemaerne blev omdelt på sengeafdelinger, hvilket primært er

³⁸ Af hensyn til omfanget af projektet, er disse rådata ikke tilgængelige i projektet, men de kan tilsendes ved kontakt til projektforfatteren.

sygeplejerskernes arbejdsområde (lægerne kan være tilknyttet flere afdelinger, og kommer oftest "kun" forbi ved stuegang, ærinder på afdelingen, eller hvis de har kontor på afdelingen).

	Antal
Læger	2332
Sygeplejersker	4546
Social- og sundhedsass.	797
Lægesekretærer	561

Tabel 5 - oversigt over personaleantal

ansatte var sygeplejersker. Ca. 28% af de ansatte var læger. Eftersom sygeplejerskerne udgjorde den største procentvise gruppe, var det også naturligt, at de stod for hoveddelen af besvarelsene.

Ifølge HR kontoret³⁹ på Rigshospitalet var fordelingen af personalegrupper per 1. oktober 2020, som det ses i tabel 5. Det var desværre ikke muligt at fremskaffe data fra perioden hvor SP blev indført, så derfor vil antallet og fordelingen af personalegrupper være vejledende⁴⁰.

Tabel 5 viser, at der samlet var 8236 ansatte på Rigshospitalet i 2020, og at 55% af de an-

Sammenligning mellem respondenter				
	PRÆ SP		POST SP	
		Fordeling		Fordeling
Kvinder	29	82,86%	75	88,24%
Mænd	6	17,14%	10	11,76%
Alder (mean)	37,2 år	(range 24-60år)	39,6 år	(range 22-62 år)
Antal år uddannet (mean)	8,76 år	(fra <1år - 36år)	12,98 år	(range <1år-40år)
Antal år på aktuel afd.(mean)	5,16 år	(fra <1år - 17år)	6,42 år	(range <1 år-25 år)

Tabel 6 - Sammenligning af respondenter

Som det fremgår af ovenstående tabel 6 er fordelingen mellem respondenter forholdsvis ens, når der ses på PRÆ og POST SP. Det ses, at respondenterne som deltog i spørgeskemaet POST SP, har flere års erfaring siden endt uddannelse end respondenterne PRÆ SP, og at de generelt er lidt ældre. Den lille stigning i alderen kan bl.a. hænge sammen med, at spørgeskemastudiet POST SP blev udført ca. 1 år efter PRÆ-SP, og at der derfor var sket en naturlig aldring. Derudover, var der sket en stigning, i hvor mange år respondenterne havde været uddannet. Denne stigning kan skyldes en anderledes personalesammensætning på de to undersøgelsesenheder, som der blev suppleret med post-SP. Dog er det min opfattelse, at de to grupper af respondenter er sammenlignelige i forhold til fordeling af alder, køn og erfaring på deres aktuelle afdeling. Som set i diagram 1, var der dog en lille skævvridning i forhold til, at faggrupperne læge og studerende ikke deltog i spørgeskemaundersøgelsen PRÆ SP.

³⁹ Jeg anmodede HR-kontoret på Rigshospitalet, og fik tilsendt data i en mail, hvorfra tabellen er kopieret ind.

⁴⁰ I sommeren 2020 åbnede Rigshospitalet Nordfløjen, men størstedelen af afdelingerne blev flyttet fra den gamle matrikel til den nye, hvorfor der ikke skete en stor ændring i antallet af ansættelser (Rigshospitalet 2020).

5.3.2 Spørgeskemakommentarer og fritekstfelter

I begge spørgeskemaundersøgelser var der mulighed for, at respondenterne kunne skrive kommentarer. Jf. metodeafsnittet, valgte jeg, for at bearbejde spørgsmål fra kommentarfelterne, at kategorisere udsagnene i forhold til de forskellige temaer, som gik igen i svarerne. Dette gjaldt for både PRÆ og POST SP.

I spørgeskemaundersøgelsen PRÆ SP, var der i alt seks steder, der kunne skrives kommentarer. Fire af disse var relateret til specifikke spørgsmål. Et spørgsmål (nr. 21), bestod udelukkende af et åbent kommentarfelt og afslutningsvis var der mulighed for, at respondenterne kunne skrive slutkommentarer, ting de ønskede at tilføje. Alle kommentarerne kan ses på bilag 14, hvor de er sorteret efter kategori.

I spørgeskemaundersøgelsen POST SP var der i alt otte steder, der kunne skrives kommentarer. Fem steder var de relateret til specifikke spørgsmål. Et sted, spørgsmål 19, bad jeg om uddybning/forklaring af deres svar (om hvorvidt SP var bedre eller dårligere end de tidligere systemer, og hvorfor). Spørgsmål 32 havde et fritekst felt såfremt respondenterne havde kommentarer specifikt til undervisningen i SP, og afslutningsvis var der igen mulighed for at tilføje slutkommentarer, frit efter eget ønske. Alle kommentarerne kan ses på bilag 15, hvor de er sorteret efter kategori.

Antal kommentarer		
	PRÆ SP	POST SP
Antal respondenter med kommentarer	21	72
Procentvis respondenter med kommentarer	60 %	85 %
Kommentarer i alt	30	202

Tabel 7 - Antal kommentarer PRÆ vs. POST SP

Det fremgår af ovenstående tabel 7, at der var en tendens til, at flere respondenter POST SP havde ønske om at afgive kommentarer til spørgsmålene. Samtidig fremgår det, at der sammenlagt var betydeligt flere kommentarer, for spørgeskemaundersøgelsen efter implementeringen af SP, hvilket overordnet set kan skyldes, at flere respondenter var inkluderet POST SP, samt at respondenterne POST SP havde opnået et kendskab til at arbejde med og i SP. Herunder analyseres og diskuteres hvordan kommentarerne har fordelt sig PRÆ og POST SP.

5.3.2.1 Kommentarer PRÆ-SP

Før implementeringen af SP faldt alle kommentarer ind i to kategorier:

- **Undervisning:** 17 kommentarer omhandlende undervisningen i SP, hvilket skyldtes, at der var et specifikt spørgsmål omkring undervisningen i SP (spørgsmål 23),
 - Fire kommentarer omhandlede at der var for lidt tid afsat til undervisningen
 - Syv respondenter beskrev undervisningen som "alt for omfattende, uoverskueligt, for snævert indtryk, meget overfladisk, dårligt, fiktivt og uoverskueligt, uvæsentlig". Disse kommentarer omhandlende undervisningen i SP må tolkes som forholdsvist negativt ladede.
 - Fire kommentarer handlede om, at "Systemet ikke afspejler virkeligheden" (Respondent 01) og at "øvemiljøet er låst fast i nogle bestemte rammer. Det

er ikke muligt at øve i et forløb som passer til ens arbejdsområde" (Respondent 05)

- De to resterende kommentarer omhandlede, at en mere simpel tilgang ville have været bedre, og at introduktion til e-learning inden undervisning måske havde været en fordel.
- På tværs af svarene, nævnte flere respondenter, at kvaliteten af undervisningen var meget varierende, og afhang meget af underviseren.

Og i kategorien

- **Forandringen SP:** 13 kommentarer omhandlende den – på daværende tidspunkt – forestående implementering af SP, og respondenternes holdninger til denne.
 - Otte af kommentarerne er overvejende positive mod implementeringen af SP. Flere af respondenterne nævner dog, at det nok bliver hårdt i starten – men godt efter noget tid. Dette ses fx hos respondent 08 *"Jeg glæder mig og frygter ☺ Det bliver spændende! Virker som et system der ikke kan beskrive pt specielt godt"* eller *"Jeg er pessimistisk i forhold til implementeringen men optimist på længere sigt; det bliver man nødt til"* (respondent 25). Herudover beskriver en respondent hvordan man lige så godt kan være optimist, da systemet kommer uanset hvad.
 - En respondent beskrev sig som værende "Realist" (Respondent 12) *"Der er mange smarte ting i EPIC som jeg glæder mig til at prøve. Jeg er realist. Tror det bliver et godt system, men alt vil være op ad bakke de første måneder"*
 - To beskrev hvordan de "frygter systemet" i forhold til forestående implementering, og den ene af dem, at det øgede tidsforbrug i medicineringsmodulet fylder meget
 - En enkelt respondent beskriver sig som (udelukkende) pessimist (Respondent 20) *"Jeg er pessimist. Forandringen bliver bedre om 1-2år. Ser ikke frem til den dag hvor SP implementeres pga. for lidt forberedelse til et helt nyt system"*

5.3.2.2. Kommentarer POST-SP

Efter implementeringen af SP, var der større variation i de kommentarer, som blev afgivet af respondenterne. Således ses herunder en oversigt over, de kategorier (fremhævet med fed skrifttype), som kommentarerne blev kodet i.

- 36 kommentarer om **SP: udfordringen** svarende til 17,8%
- 33 Kommentarer om **Forandringen/modstand mod forandring** svarende til 16,3%
- 35 kommentarer om **Medicin** (specifikt), svarende til 17,3%
- 42 kommentarer om **Sygeplejedokumentation** (specifikt), svarende til 20,8%
- 40 kommentarer om **Undervisning**, svarende til 19,8%
- 15 Kommentarer om **Andet** (medieomtale, fyringer m.m.), svarende til 7,4%

Dér hvor kommentaren kunne falde i flere kategorier, er valgt den, som var mest specifik. Dvs. hvis en person havde skrevet en kommentar om at SP var god, men medicinmodulet var frustrerende, er kodet som Medicin da det var mest konkret/nøjagtigt.

I nogle tilfælde nævnte citatet ikke, at det fx var Sygeplejedokumentation det drejede sig om, men der har citatet fået kodning efter, hvilket spørgsmål det var kommentar til, fx spørgsmål 16 omkring sygeplejedokumentation.

Herunder opsummeres de forskellige kommentarkategorier. Alle kommentarer kan som nævnt ses i bilag 15, og flere af kommentarerne behandles i den mere dybdegående analyse og diskussion, som foregår senere i dette kapitel, i forhold til de forskellige temaer.

SP: udfordringen

Denne kategori indeholdt de respondenter, som nævnte flere forhold omkring de udfordringer de havde oplevet med SP. I denne gruppe var 22 kommentarer negativt ladede⁴¹, en kommentar fremstod positiv, og 13 kommentarer indeholdt både positive og negative kommentarer, eks. *"For mange klik for meget info og tekst på skærbilledet. Få ting giver dog et godt/bedre overblik"* (Respondent 35).

Respondent 35 er ikke den eneste som nævner, at der er mange "klik" efter implementeringen af SP. I alt nævner 22 kommentarer (fordelt i alle kategorier), hvordan de mener, der er alt for mange klik med musen.

Flere af respondenterne beskrev, hvordan de følte, at de manglede overblik i SP:

"Systemet kan rigtig mange fantastiske ting, problemet er at det ikke er intuitivt og logisk hvordan det skal bruges. Du har følelsen af at lege "Find Holger" – med klap for det ene øje - når du klikker dig rundt. Nogle gange finder du ham, men oftere er det et mysterium hvor han er" (Respondent 57).

Forandringen/modstand mod forandringen

Disse kommentarer omhandlede hvordan brugerne så på SP, når de sammenlignede med deres tidligere IT-systemer, samt kommentarer om den forandring som SP medførte.

Flere af respondenterne, 15 i alt, nævnte at SP indeholder gode delelementer, men at der også var mange dele, som burde forbedres. Dette ses i fx respondents 23 kommentar:

"Nogle funktioner er bedre end tidligere, andre, såsom muligheden for at danne sig et overblik er klart dårligere".

Ligeledes nævnte 15 af respondenterne, at de mente, at SP var væsentligt dårligere end de systemer, de tidligere havde været vant til at arbejde med. Et eksempel ses hos respondent 41, som beskriver *"Opbygget i adskilte moduler, som ikke interagerer. Ikke intuitivt. Uens sprogbrug (fx godkend – luk, afslut – accepter). Det er systemet der fejler – ikke brugere – vi VAR optimister, men det var bedre før. Tror ikke SP kan reddes"*.

Tre respondenter var positive overfor SP, når denne blev sammenlignet med tidligere systemer. En respondent, nr.39 beskrev *"Systemet er bedre, fordi alt kan findes om patienten et sted"*.

Medicin

Kommentarerne omhandlende medicin håndtering, har udelukkende at gøre med medicinmodulen i SP, også kaldet MDA.

Ud af de 35 kommentarer om medicinmodulen, var der kun en, der fremstod positiv. Respondent 56 beskrev *"Jeg føler mig sikker når jeg bruger systemet, men der er for mange irrelevante advarsler og dobbeltdokumentation når man bruger rover samtidig"*. Derimod var

⁴¹ Kommentarer blev vurderet som negative ud fra ord som "frustrerende", "idiotisk", "svært", "besværligt", "vanskeligt", "dårligt", "utilfreds", "ubrugeligt" osv.

alle andre respondenter, negative overfor medicinmodulet. 12 respondenter anvendte ordet "fejl" i deres kommentarer, og fire beskrev at det var direkte "farligt" for patienterne. Således skrev Respondent 02 "*Medicinmodulet skaber tit problemer. Jeg frygter for patient-sikkerheden*" og "*Oplever fejl meget oftere end tidligere, det er farligt*" (Respondent 16).

Sygeplejedokumentation

Der blev skrevet i alt 42 kommentarer udelukkende omhandlende sygeplejedokumentation. Alle kommentarerne på nær to, var kritiske overfor sygeplejedokumentationen, og kritikken kunne placeres i forskellige underkategorier

- Manglende overblik, fx beskrev respondent 04 "*Det er meget svært at få et ordentlig overblik, det går ud over vigtig viden*".
- Standard-sygepleje/utilstrækkelig dokumentation. Herunder beskrev de fleste respondenter, hvordan sygeplejen var blevet "for standardiseret" (pga. afkrydsning i bokse) og at komplekse patientforløb var vanskelige at beskrive.
- Indtastninger forsvinder. "*Jeg bruger meget tid på at tjekke om jeg har dokumenteret og gjort det de rigtige steder. Spl. Dokumentation er blevet virkelig ringe, det er svært at genfinde data*" (Respondent 22 post SP).

Den ene af de kommentarer, der ikke beskrev sygeplejedokumentationen negativt, fremhævede at roveren var en forbedring i forholdt til dokumentation (respondent 25). Den sidste kommentar, som ikke var negativ, blev præsenteret af respondent nr. 56, som mente "Problemet mange steder er at sp bliver anvendt som KISO, SP er ikke KISO, men pga. dårlig undervisning har folk ikke styr på det"

Undervisning

Kommentarerne vedrørende undervisningen i SP, kunne inddeles i undergrupper omhandlende

- Undervisere (10 kommentarer)
- Sidemandsoplæring/oplæring i afdeling (6 kommentarer)
- Kvaliteten af undervisningen (22 kommentarer), fx "*Meget foregik på papir da systemet ikke kunne køre pga. mange kursister*" (Respondent 45).
- Andet
 - Svært at forholde sig til ukendt system (1 kommentar)
 - Manglende opfølgning efter oplæring (1 kommentar)

Ni af kommentarerne omhandlende underviserne, beskrev, at underviserne ikke var tilstrækkeligt oplært, i det de skulle undervise i. Samtidig blev beskrevet at underviserne manglede viden og kompetencer. Den tiende kommentar beskrev "*De mest relevante tilfælde var dem hvor underviseren, imod deres instruks, ændrede undervisningen til "kursisternes" behov*" (respondent 03).

Andet

Kategorien "andet" indeholdt 14 kommentarer, som ikke helt passede ind i de øvrige kategorier, eller var kommentarer som skilte sig ud fra de ovenstående, gennemgåede kategorier.

Herunder præsenteres et repræsentativt udvalg af de 14 kommentarer:

- "Fyringen af læger som har kritiseret SP offentligt på bl.a. min arbejdsplads, og min tidligere arbejdsplads på BBH, burde blive en sag i pressen. Ledelsen valgte på RH og BBH⁴² til et morgenmøde at understrege at det ikke havde noget med ytringsfrihed at gøre. Det er skræmmende og jeg frygter for fremtiden!" (Respondent 05).
- *"Jeg synes at det er meget ærgerligt at man ikke har valgt samme system i hele landet, så var man udenom at faxe/maile/sendt information vedr. pt behandlingen rundt ml de forskellige hospitaler"* (Respondent 30)
- Det er tydeligt at man har valgt et system der slet ikke passer til det danske sundhedsvæsen. Alt det vi skal bruge skal bygges op til hver enkelt afdeling/hvert speciale hvilket gør det meget ugenomsigtigt og vanskeligt i den daglige brug (Respondent 51)
- Jeg var en af dem som troede at medierne overdrev den negative omtale fra Herlev/Gentofte. Men jeg skal love for at jeg blev overrasket over den ringe opbygning af systemet (Respondent 64).

Som det ses af ovenstående, omhandler "andet" kategorien lidt af hvert, men alle kommentarer er yderst relevante for den kommende analyse.

Herover blev foretaget en overordnet analyse på baggrund af de tre forskellige dataindsamlingsmetoder. For at sikre en mere dybdegående forståelse for den organisatoriske implementering af SP samt hvordan forandringen blev oplevet, foretages herunder en dybdegående analyse og diskussion. Analysen og diskussionen finder sted på baggrund af de forskellige temaer, som blev præsenteret i metode-afsnittet, og som opstod på baggrund af kondensering af observationerne: Forandringen, IT-arbejdsgange samt Uddannelse/oplæring i SP.

Med udgangspunkt i teorien, vides det, at når forandringer skal gennemføres i organisationer, er der risiko for, at der opstår modstand mod forandringen. Endvidere præsenteredes det i problemstillingen at op mod 93 % af implementeringsprojekter fejler (Decker 2012). Modstanden mod forandringen er, ifølge teorien om forandring i organisationer, ofte relateret til hvilken type organisation der er involveret og hvilken forandringsstrategi der anvendes. Ved at inddrage Businesscasen, kravspecifikationer til SP, Rigsrevisionens rapport samt observerede forhold på Rigshospitalet, blev det muligt at vurdere, den forandringsstrategi, som var anvendt til implementeringen af SP. Beslutningen om implementeringen af SP, blev truffet af Region Hovedstaden og Region Sjælland (højst sandsynligt iværksat på baggrund af, eller i hvert fald inspireret af digitaliseringsstrategierne) og gennemført med en top-down tilgang, med begrænset (ifølge aktører og respondenter) involvering af slutbrugerne. Derfor var der jævnfør teori af Jacobsen samt Jacobsen og Thorsvik tale om en Diktatorisk forandring, med ordre og tvang som den drivende motivation. Forandringen var planlagt som en revolutionær forandring, og blev gennemført med en Big-bang implementering. Eftersom der var anvendt en diktatorisk forandringsstrategi, måtte der – ifølge teorien – forventes en del modstand fra de ansatte. Det var derfor bl.a. interessant at undersøge det sundhedsfaglige personales holdninger til forandring.

⁴² BBH = Bispebjerg Hospital (i Region Hovedstaden)

5.4 Analyse og diskussion af forandringen

Temaet "Forandring" analyseres og diskuteres ud fra en kombination af observation, interviews, spørgeskemaundersøgelser samt teorien, som blev præsenteret i kapitel 4.

Spørgsmål 8-12 i spørgeskemaerne PRÆ og POST SP, omhandlede overordnet det at opleve en forandring, og respondenternes egen opfattelse af deres forandringsparathed. Herunder præsenteres nogle af spørgsmålene vedrørende forandring, resten ses bearbejdet på bilag 12 og 13.

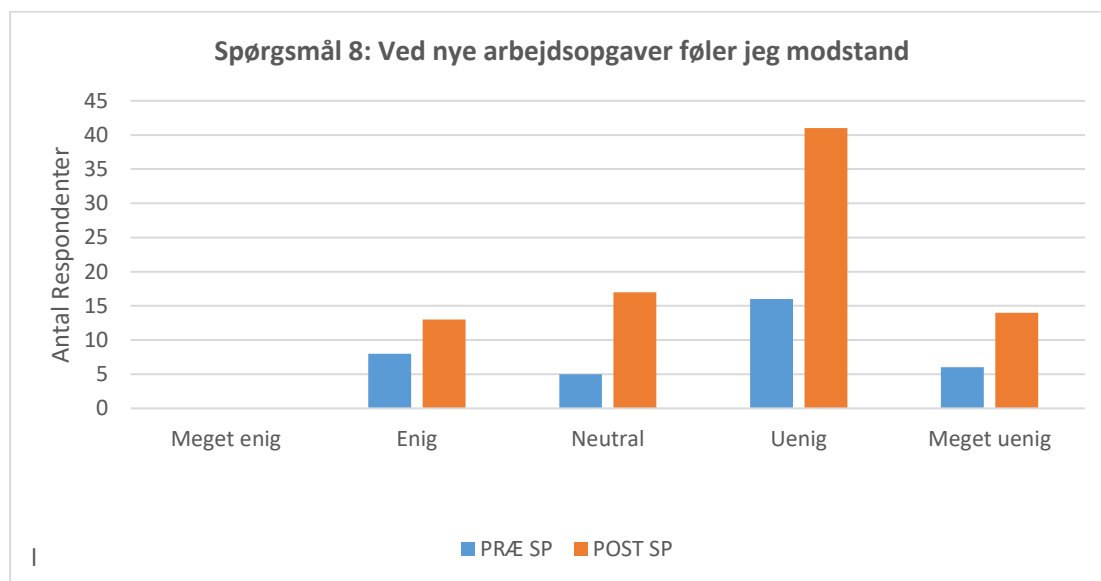


Diagram 2

Fra resultaterne for spørgsmål 8, herover, ses det ud fra antallet af respondenter (y-aksen), at størstedelen af det sundhedsfaglige personale mente, at de ikke føler modstand, når de præsenteres for ændringer i arbejdsopgaver. Det drejede sig om 45,71% for PRÆ SP og 48,24% for POST SP. Derimod følte hhv. 22,8% sig enige for PRÆ gruppen og 15,29% for POST gruppen. Der eksisterede ingen sammenhæng mellem respondenternes baggrundsdata (alder, faggruppe) og deres besvarelse.

Neutral-kategorien blev i spørgsmålet beskrevet som hverken enig eller uenig, og heri må antages at findes de respondenter, som har været i tvivl om hvorvidt de føler modstand, som har haft skiftende modstands-følelse afhængig af arbejdsopgavens karakter eller som – overordnet set – hverken var enige eller uenige i udsagnet.

At størstedelen af respondenterne var uenige eller meget uenige i, at de føler modstand ved nye arbejdsopgaver, blev desuden bekræftet af interviews med aktørerne PRÆ-SP. Her svarede alle tre aktører (bilag 11) at de ikke følte at nye arbejdsopgaver var problematiske, eller gav anledning til at føle modstand. Fx svarede aktør C "Det har jeg det da helt fint med. Det er jo fremtiden at lære nyt (...)".

Når der huskes tilbage på teorien af Mintzberg omkring Det professionelle Bureaucrati, og desuden inddrager Lorenzi og Rileys fremstilling af hospitaler som organisationer, er det ikke overraskende, at det sundhedsfaglige personale vurderer sig selv som

forandringsparate. Med udgangspunkt i deres profession er de vant til at lære nyt, og udvikle sig løbende, for at sikre de bedste behandlinger til patienterne.

Spørgsmål 9 i spørgeskemaerne, var formuleret som: Hvordan passer følgende udsagn på dig? *"Hvis jeg var involveret i beslutningstagningen vedrørende en forandring, ville jeg yde mindre modstand mod forandringen"*? (sæt et kryds)⁴³. Dette spørgsmål forsøgte at afdekke hvilken betydning involvering i forandringen har, for det sundhedsfaglige personales oplevelse af forandringen. Som det fremgår af diagram 3, herunder, var størstedelen af respondenterne enige i, at involvering i beslutningstagningen, ville mindske deres modstand mod forandringen. Det drejede sig om 57,1% af respondenterne for PRÆ SP og 48,2% af respondenterne POST SP der var enige.

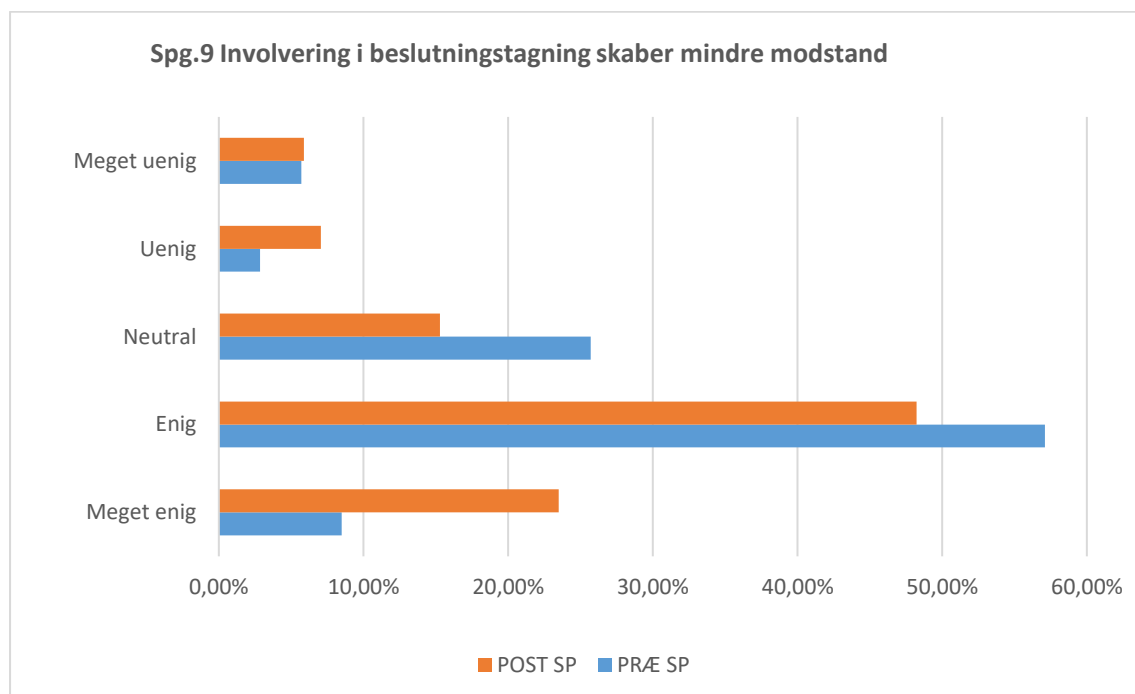


Diagram 3

At respondenterne i høj grad mener, at involvering i beslutningstagningen skaber mindre modstand, er ikke overraskende, når der ses tilbage på de teorier om forandring, som jeg præsenterede i teoriafsnittet.

Derudover beskrev aktør A, i interviewet POST SP, hvordan *"(...) jeg ved de siger at der har været personaleinvolvering, men jeg kender ingen der er blevet spurgt, og jeg har svært ved at tro det, for arbejdsgangene er ikke naturlige for os."* Under observationsdagene POST-SP, bemærkede jeg flere aktører, der var skeptiske overfor graden af brugerinddragelse i

⁴³ Som det ses, er spørgsmålet formuleret lidt kortere i diagrammet, hvilket udelukkende er pga. plads. Dette vil også være tilfældet ved kommende spørgsmål, men alle spørgsmål er fuldt beskrevet på bilag 4 og 5.

processen, idet de ikke mente SP var særlig logisk opbygget, og manglede tilpasning til deres arbejdsgange.

Da respondenterne blev spurgt ind til, hvor forandringsparate de følte sig, når de fik nye arbejdsopgaver der omhandlede teknologi (spørgsmål 10, diagram 4), svarede 46 % PRÆ SP og 47 % POST SP at de "lærer hurtigt". Derimod svarede 11 % PRÆ SP og 12 % POST SP, at de "lærer fordi arbejdet kræver det". Overordnet set, var der ikke den store forskel på, hvordan respondenterne opfattede deres egen evne til at lære ny teknologi, før og efter implementeringen af SP. Det er også interessant, at ingen af respondenterne svarede, at de ikke ønsker at lære, eller at de lærer modvilligt. Dette illustrerer, at langt de fleste sundhedsfaglige personer, er villige til at lære nye teknologi, og hænger sammen med de tidligere diskuterede forhold (diagram 2) omkring de sundhedsfaglige personers overordnede faglighed, samt aktørernes svar PRÆ SP.

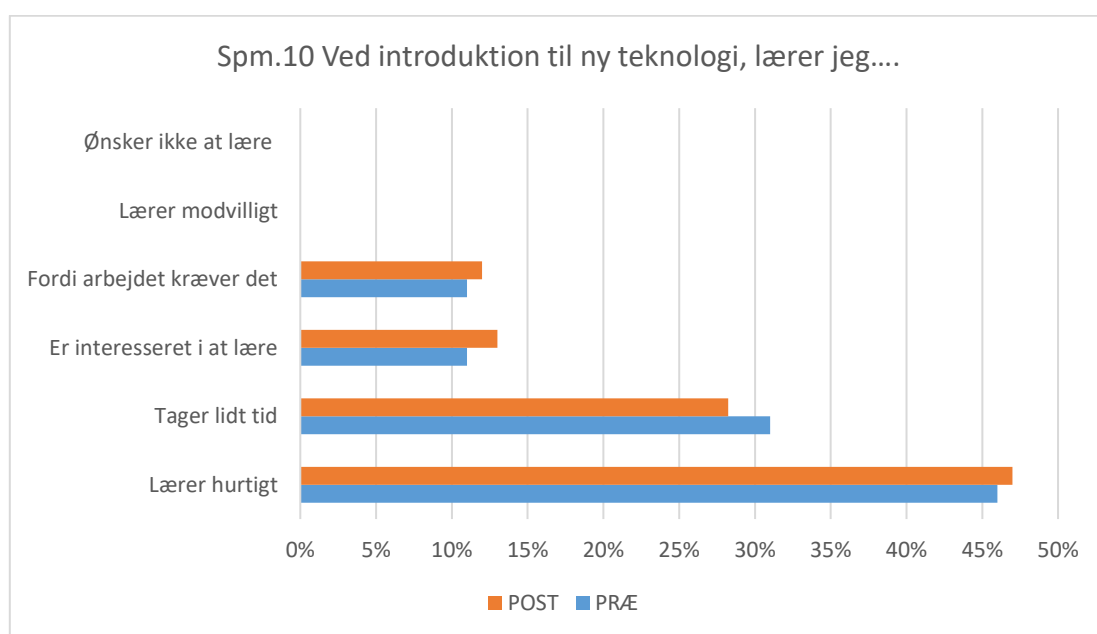


Diagram 4

Spørgsmål 12 omhandlede, hvad respondenterne mente, at modstand mod forandring skyldtes.

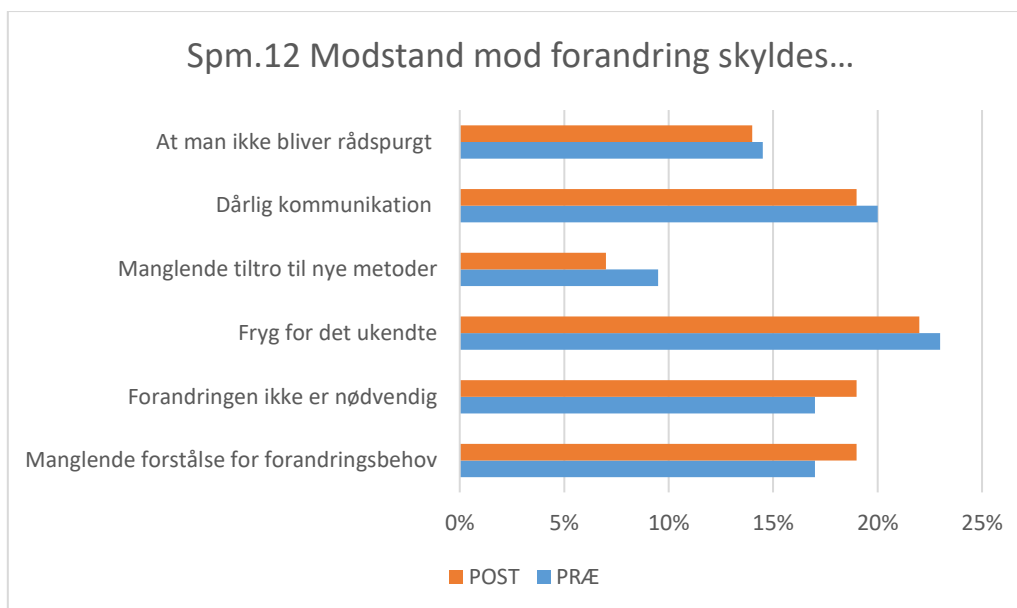


Diagram 5

Som det ses af diagram 5, var der enighed om, at modstand mod forandring primært skyldes frygten for det ukendte. Dernæst var det dårlig kommunikation, som respondenterne mente, medførte mest modstand mod forandring. Overordnet set, var besvarelsene forholdsvis jævnt fordelt mellem de forskellige svarmuligheder. Det, der differentierede sig, var, at færrest respondenter mente, at modstanden mod forandringen skyldtes manglende tiltro til de nye metoder. Når der ses på situationen med implementeringen af SP, var det gennem observationsstudierne tydeligt, at stort set alt personale, som jeg var i kontakt med, havde forstået at visionen bag SP, omhandlede at samle alle systemer til en fælles journal.

Modstand mod forandringen skal, ifølge de præsenterede teorier i kapitel 4, altid forventes, når der implementeres forandringer i en organisation. Graden af modstand kan være meget varierende, men modstanden vil typisk, som nævnt, blive forstærket såfremt forandringen er tvungen. Implementeringen af SP, blev igangsat som en tvungen forandring, og ifølge teorien af Jacobsen, måtte der derfor allerede ud fra den valgte forandringsstrategi - som havde mange ligheder med den strategi som Jacobsen beskrev som Strategi E – forventes en høj grad af modstand blandt slutbrugerne.

Ifølge Kotter, Lewin samt Lorenzi og Riley er det essentielt at der skabes en forståelse for – blandt de involverede - at forandringen er nødvendig, og at man derigennem kan optø den status quo, som mennesket befinder sig bedst i. Når der ses på ovenstående spørgsmål 12, blev det til en vis grad bekræftet af både respondenter og aktører, at modstanden mod forandring skyldes, at forandringen ikke opleves som nødvendig (17% PRÆ vs. 19% POST), eller at modstanden skyldes, at der ikke eksisterer et behov for forandringen (17% PRÆ vs. 19% POST). Frygten for det ukendte, som i høj grad kan hænge sammen med, at man ikke forstår behovet for forandringen og det som kommer til at ske, lå på 23% PRÆ vs. 22% POST SP. Det kan således overvejes, om forsøget på at optø status quo, bliver særligt vanskeligt såfremt størstedelen af det sundhedsfaglige personale, ikke kan se a) hvorfor forandringen er nødvendig b) Mangler forståelse for forandringsbehovet og c) frygter det ukendte. Derudover blev dårlig kommunikation fremhævet (20% PRÆ vs. 19% POST), som en årsag til, at

modstand opstår. Det kan desuden diskuteres, i hvor høj grad det var lykkedes for topledelsen at viderekommunikere visionen for SP. Dette gennemgås i afsnit 5.7.2.

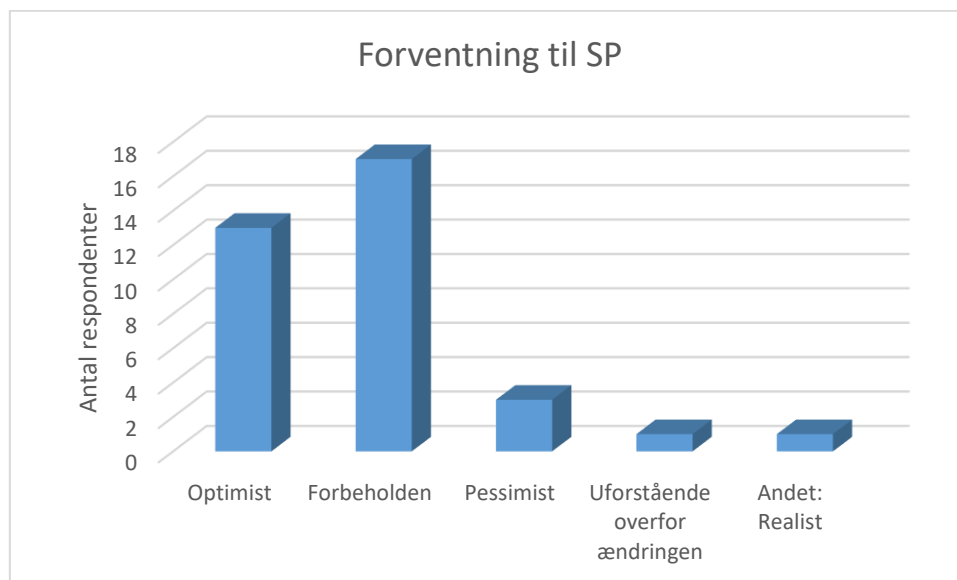


Diagram 6

Når interviews PRÆ SP sammenholdes med ovenstående respondentsvar, ses, at fordelingen af optimister og forbeholdenhed, stemmer overens med de beskrivelser, som aktørerne gav.

Aktør A var det, der kunne kaldes forbeholden

" (...) jeg håber da at min hverdag bliver lettere (...) Når det så er sagt, så frygter jeg da lidt opstartsperioden, har jo hørt hvor forvirrende det var på Herlev", ud fra citatet ses det, at der var optimisme i håbet om en lettere hverdag, hvorimod der ses frygt baseret på erfaringer fra Herlev. Aktør C derimod, meldte klart ud af *"Jeg ser i hvert fald ikke frem til det."*, hvilket blev begrundet med, at aktøren ikke mente SP som system var til at arbejde i, på baggrund af undervisningen.

Kun en respondent svarede at personen var uforstående overfor ændringen, mens en anden svarede at vedkommende så sig selv som realist, med en sidekommentar om *"at det er skidt før det bliver godt"*.

5.4.1 Delkonklusion - Forandringen

Implementeringen af SP fandt sted på baggrund af et behov for at opgradere/udskifte de tidligere EPJ-systemer, eftersom disse var forældede. Samtidig faldt udskiftningen af de tidligere systemer sammen med, at der i "Digitalisering med effekt – Nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2013-2017" eksisterede en anbefaling om, at alle arbejds-gange blev papirløse. Ved at implementere SP i 2016, opfyldte Region Hovedstaden og

Region Sjælland kravene i digitaliseringsstrategien. Når der ses på den nyeste digitaliseringsstrategi "Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle - Strategi for digital sundhed 2018-2022" (der udkom i 2018), er det yderst interessant, at forandring har fået sit eget "kapitel". Forandring har aldrig før været beskrevet i digitaliseringsstrategierne, men efter implementeringen af SP har eksisteret et behov for at præcisere vigtigheden af at have fokus på forandringen i digitaliseringsprojekter. Hvorvidt behovet for, at uddybe vigtigheden af forandring var et "tilfældigt" sammenfald i forhold til timingen med den afsluttede implementering af SP, kan man kun gisne om, men på baggrund af dette projekt, mener jeg, at det er påfaldende, at forandring skulle nævnes for første gang i en digitaliseringsstrategi, efter at implementeringen af SP havde fået massiv medieomtale, og var blevet kritiseret af Rigsrevisionens rapport.

Når der huskes tilbage på Businesscasen for SP, som blev beskrevet i afsnit 2.4, blev SP vurderet som et høj-risiko projekt, hvor en af årsagerne bl.a. omfattede at manglende forankring og modstand mod forandringen kunne medføre, at SP ikke blev anvendt optimalt (Region Hovedstaden 2015, okt.). På baggrund af ovenstående analyse og diskussion af data fra de forskellige undersøgelsesmetoder, fandt jeg, at der ikke umiddelbart var stor modstand mod forandring generelt set. Størstedelen af respondenterne beskrev således i spørgsmål 8, at de ikke følte modstand ved præsentationen af nye arbejdsopgaver, hvilket gav en indikation om, at det sundhedsfaglige personale ikke var modstandere af forandring generelt. Endvidere huskes det fra problemstillingen, at manglende forandringsparathed blandt det sundhedsfaglige personale, var blevet fremhævet som en af årsagerne til den massive kritik af SP. Analysen og diskussionen herover, har vidst at forandringsparatheden ikke umiddelbart spillede en rolle i implementeringen af SP, på de undersøgte sengeafdelinger på Rigshospitalet, eftersom, størstedelen af respondenterne i spørgeskemaer både præ og post vurderede, at de var uenige i at føle modstand ved nye arbejdsopgaver, og at de i overvejende grad var interesserede i at påtage sig nye arbejdsopgaver (spørgsmål 8, 10,11, samt samtale med aktører).

I afsnittet herunder analyseres og diskuteres betydningen af temaet "IT-arbejdsgange", som gjorde sig gældende PRÆ og Post SP

5.5 Analyse og diskussion af IT-arbejdsgange

IT-arbejdsgange som tema, indeholder – som beskrevet tidligere – også arbejdsgange generelt set, eftersom stort set alle de observerede arbejdsgange involverede teknologi, for det meste i form af sundhedsjournaler.

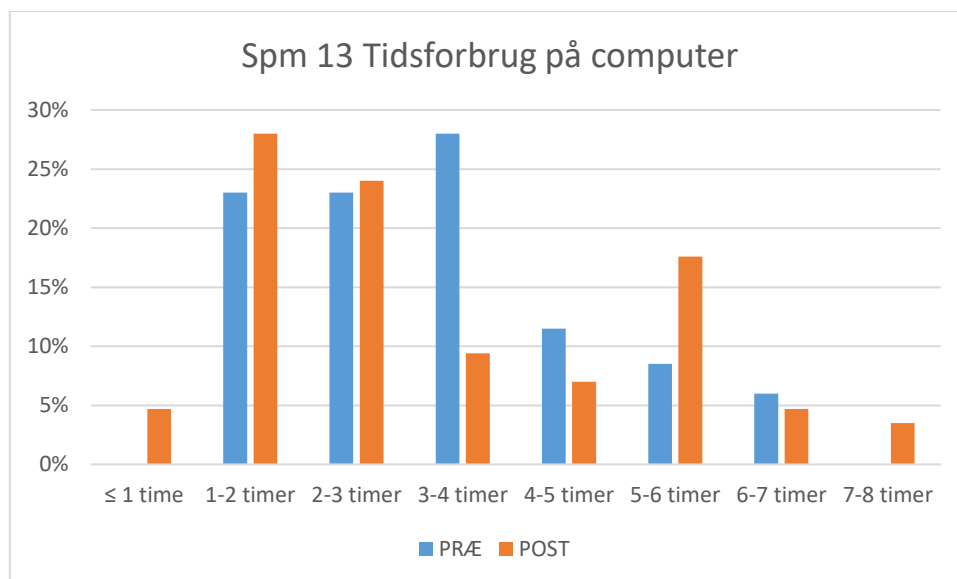


Diagram 7

Spørgsmål 13 herover er relevant, da det ikke umiddelbart viser en forskel i tiden anvendt på computeren PRÆ og POST SP. Dette er interessant, eftersom flere aktører under observationerne beskrev, at arbejdet med SP tog længere tid, hvilket også blev bekræftet i arbejdsgangsanalysen for medicindispensering, som viste et øget tidsforbrug POST SP. Det ses af diagram 7, at POST SP er der registreret tidsforbrug på 7-8 timer (svarende til 3 respondenter), hvilket kan relateres til fordelingen af faggrupper, der deltog i spørgeskemaundersøgelsen hhv. PRÆ og POST SP; før SP deltog 1 sekretær i spørgeskemaet, mens der post SP deltog 6 sekretærer. Når der ses mere dybdegående på data, gjorde en kausal-analyse det klart, at alle tre respondenter, der havde svaret 7-8 timer, var sekretærer.

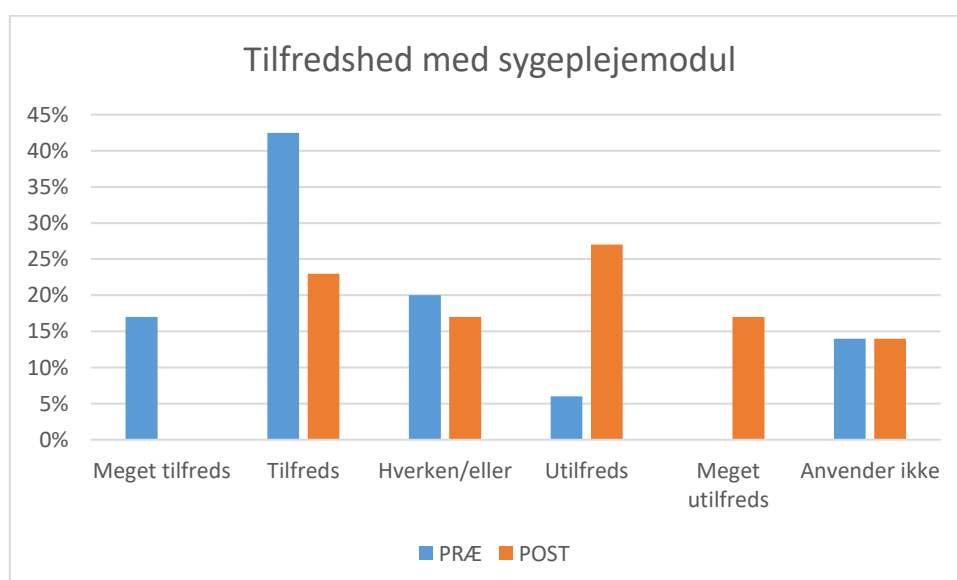


Diagram 8

Spørgsmålet omkring tilfredshed med sygeplejemodulet, diagram 8, forsøgt at afdække i hvilket omfang der var sket ændringer i opfattelsen af arbejdet med sygeplejemodulet fra PRÆ til POST. Opmærksomheden omkring sygeplejemodulet blev skabt under de første observationer PRÆ SP, hvor dette var et system, der blev anvendt flere gange dagligt af aktørerne. I kategorien "anvender ikke" eksisterede respondenter af typen sekretær, læger og studerende, hvilket procentmæssigt var ens for PRÆ og POST SP.

Som det ses af diagram 8, var der flere respondenter der var meget tilfredse (17% vs. 0%) eller tilfredse (43% vs. 23% POST SP) med sygeplejemodulet som det så ud PRÆ SP. Derimod var der omtrent samme procentmæssige fordeling som svarede hverken/eller (20% vs. 17%), hvorimod der var langt flere utilfredse (6% vs. 27% POST SP), eller meget utilfredse (0% vs. 17% POST SP) med sygeplejemodulet POST SP.

Utilfredsheden med sygeplejemodulet kom til udtryk under observationerne, hvor aktørerne havde vanskeligt ved at finde og indskrive data i modulet. Ligeledes omhandlede en del af kommentarerne (bilag 15) i fritekstfelterne fra spørgeskema POST SP, at respondenterne havde udfordringer med sygeplejedokumentation. Således beskrev respondent 22:

"Jeg bruger meget tid på at tjekke om jeg har dokumenteret og gjort det de rigtige steder. Spl dokumentation er blevet virkelig ringe, det er svært at genfinde data".

Respondent 57 mente at

"Sygeplejen er "bombet" tilbage til en tid der burde være overstået. Sygeplejen er blevet usynlig og der lægges ikke op til fremadrettet dokumentation. Alt er bag-udrettet".

Når der ses på alle kommentarer omhandlende sygeplejedokumentation, som de blev præsenteret i afsnit 5.3.2.2, er mange kommentarer præget af, at respondenterne – og aktørerne - oplever, at systemet er blevet for standardiseret, og at de mister dels evnen til at beskrive patienterne, men især også deres faglighed:

"De moduler der er købt indtil videre, er ikke tilstrækkelige. Dokumentation er spredt i atomer og det er svært at få overblik over patienten. Det kompromitterer min faglighed. Sp er ikke tænkt til spl'er der arbejder selvstændigt" (respondent 71).

Et andet forhold, omkring sygeplejemodulet, som var interessant, var en kommentar fra respondent 40, der beskrev

"Vi har været nødt til at nedsætte en arbejdsgruppe der ser på hvilken dokumentation der skal udfyldes så vi ikke dokumenterer os "til døde".

Denne kommentar illustrerede, og blev underbygget i observationerne, at sengeafdelingerne var nødsaget til at skabe lokale, tilpassede arbejdsgange (såkaldte work-arounds) for at få arbejdet til at fungere, og bl.a. – som kommentaren viser – undgå unødigt dokumentation. At lokale work-arounds var nødvendige, kan virke overraskende, eftersom en af ambitionerne med SP var, at der skulle sikres ensartet, standardiseret dokumentation. Behovet for work-arounds kan være opstået på baggrund af, at det sundhedsfaglige personale fandt det vanskeligt at identificere relevant information i SP, og samtidig, at personalet følte, at SP reducerede deres faglighed. De lokale work-arounds kan relateres til Mintzbergs teorier om den emergerende forandring, hvor organisationen "lærer" undervejs i processen, og dermed udvikler sin egen ikke-planlagte strategi for at få forandringen til at fungere.

I relation til sygeplejedokumentationsmodulet var det relevant også at beskrive medicinmodulet, som var et af de systemer, der blev anvendt flere gange dagligt under observationerne både præ og post SP. I diagram 9, herunder, ses respondenternes svar. "Anvender

ikke" var sygeplejersker, som ikke havde patientkontakt i deres daglige opgaver (fx afdelingssygeplejersker), samt Sosu'er som ikke administrerede medicin. Lægerne anvendte medicinmodulet til overblik over patienternes aktuelle medicin, samt når de skulle lægge medicin ind⁴⁴. 29% af respondenterne PRÆ SP var "meget tilfredse" vs. 2% af respondenterne POST SP. Af de 2% var alle respondenterne sygeplejersker, og havde alle været på afdelingen og været uddannet i under et år, hvorfor det kan antages at deres kendskab til systemerne præ SP var næsten ikke eksisterende. Antallet af respondenter der var "tilfredse" med medicinmodulet var væsentligt højere PRÆ SP end POST SP (54% vs. 15%). Omvendt var antallet af "utilfredse" (0% vs. 30%) og "meget utilfredse" (0% vs. 21%) væsentligt højere for POST SP, idet respondenterne PRÆ SP ikke var utilfredse med medicinmodulet. Disse forhold blev igen underbygget af observationsstudierne, hvor bl.a. det øgede tidsforbrug og øgede antal museklik blev fremhævet som særligt negativt.

Også i fritekstkommentarerne i spørgeskemaerne, var der en tendens til, at respondenterne mente at tidsforbruget i medicinmodulet var for højt, eller at medicinbehandlingen manglede overblik. *"Manglende overblik, besværligt system, absurd mange klik og kasser der giver besked"* (respondent 29). Også aktør B udtrykte sine frustrationer

"Jeg kan ikke helt forstå hvorfor det skal være så svært at få lov at give medicin. Jeg klikker og klikker i en uendelighed. Alting tager så meget længere tid, og især når det handler om medicinen er jeg meget bange for at lave fejl. Jeg har forsøgt at melde det ind [red.til helpdesk] men der sker ikke rigtig noget."

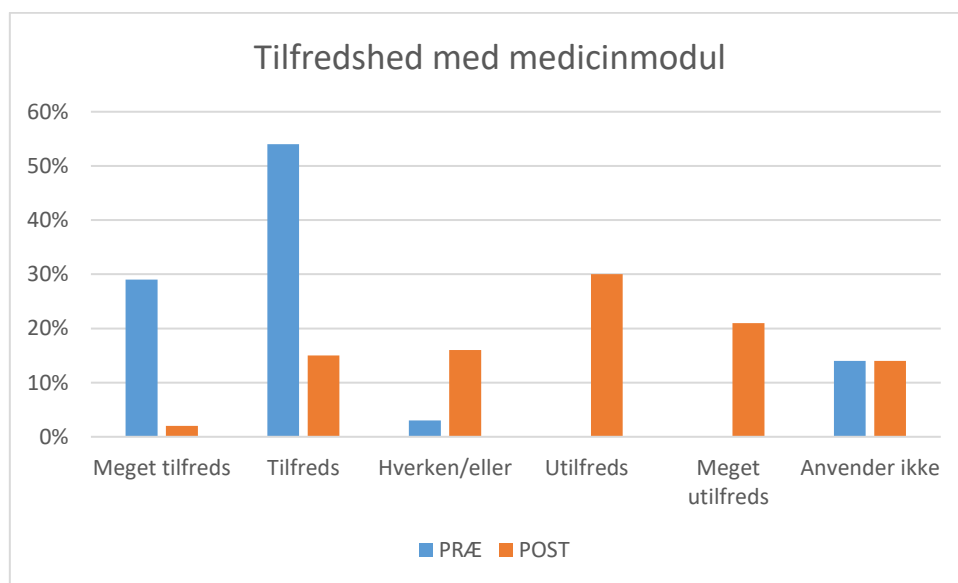


Diagram 9

At tidsforbruget i medicinmodulet var steget fra PRÆ til POST SP, blev underbygget af arbejdsgangsanalysen, afsnit 5.1.3.1, som viste et gennemsnitligt tidsforbrug på 16,97 sekund per præparat PRÆ SP, hvorimod det tog i gennemsnit 31,75 sekund per præparat POST SP. Eftersom arbejdsgangsanalysen blev foretaget med aktør B både præ og post, er

⁴⁴ "at lægge medicin ind" betyder at lægerne opretter medicinen i forhold til præparat og dosis, når patienterne har behov for ny medicin eller ændringer i deres medicin

usikkerheder i forhold til varierende aktører elimineret. Derudover blev arbejdsgangsanalysen udført under observationerne, som post SP foregik syv måneder efter implementeringen af SP. Dermed må det antages at aktør B, på observationstidspunktet, havde opnået erfaring i brugen af medicinmodulet i SP, og at det øgede tidsforbrug dermed ikke skyldtes, at systemet var nyt.

5.5.1 Delkonklusion – IT-Arbejdsgange

I ovenstående analyse og diskussion blev bearbejdet forskellige områder inden for IT-arbejdsgange.

POST SP var mange arbejdsgange problematiske. Størstedelen af brugerne var utilfredse med sygepleje-, og medicinmodul, de to systemer, som aktørerne på sengeafdelingen oftest anvendte. Flere respondenter beskrev, hvordan de var bange for, at der ville ske fejl – i og pga. de to systemer. Utilfredsheden med sygeplejemodulet skyldtes, primært at brugerne havde vanskeligt ved at finde oplysninger, bl.a. pga. mange informationer på skærmbillederne, samt at brugerne var i tvivl om, hvorvidt de dokumenterede ”korrekt”. Mange respondenter og aktører beskrev, at de gik på kompromis med deres faglighed, for at kunne arbejde i systemet. Årsagen til dette var, at de standardiserede afkrydsningsfelter – og smartphrases – begrænsede brugernes mulighed for at skrive fritekst beskrivelser om patienterne, sådan som de havde været vant til. Derfor beskrev nogle af respondenterne og aktørerne, at de – med SP – følte sig behandlet, som om, at de ikke kunne tænke selvstændigt. Enkelte respondenter beskrev dog, hvordan smartphrases og afkrydsning havde gjort deres arbejdsgange lettere, men at de fortsat havde meget vanskeligt ved, at finde oplysninger. Medicinmodulet var udsat for langt mere kritik, bl.a. fra lægerne, fordi der manglede overblik. PRÆ SP kunne hele døgnets medicin ses på computerskærmen samtidig, mens det i SP ”kun” var muligt at få et udsnit af døgnnet, hvilket skabte mindre overblik. Derudover var mange museklik, og øget tidsforbrug (som bl.a. blev dokumenteret i arbejdsgangsanalysen), med til at skabe frustrationer over, og modstand mod, medicinmodulet. Samlet set, betød implementeringen af SP højere tidsforbrug ved computeren, mindre overblik som gjorde det sværere at finde oplysninger, større risiko for medicineringsfejl, og arbejdsgange som måtte ændres, for at få hverdagen til at fungere.

5.6 Analyse og diskussion af uddannelse og oplæring i SP

Temaet uddannelse og oplæring i SP, blev under observationsstudierne fastlagt som et af de elementer, der fyldte meget hos aktørerne. Dette skyldtes primært, at de fleste aktører – og deres kolleger – havde oplevet udfordringer med måden, undervisningen foregik på.

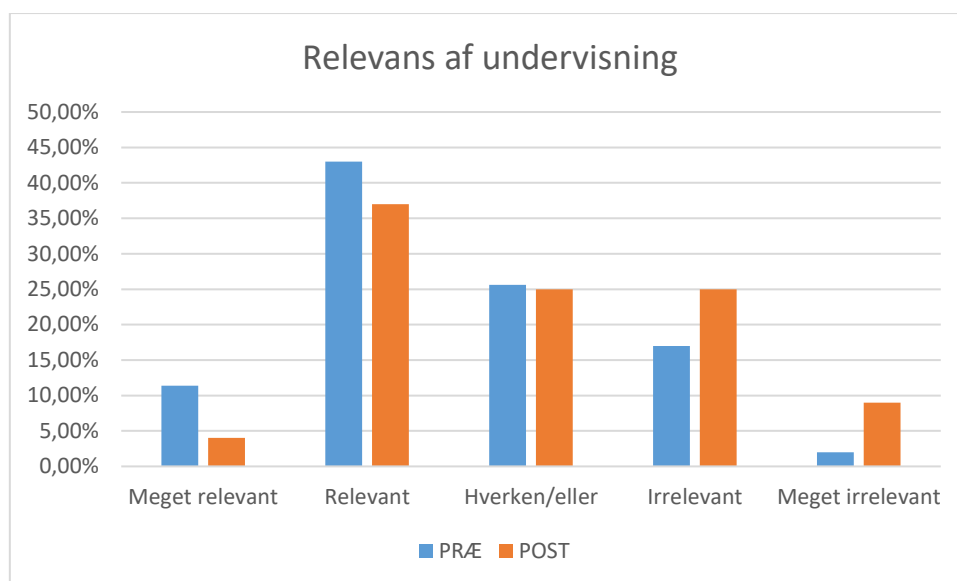


Diagram 10

Diagram 10 viser, i hvor høj grad det sundhedsfaglige personale mente, at undervisningen i SP havde været relevant for dem. Størstedelen af respondenterne svarede relevant eller hverken/eller, og derfor uddybes besvarelsen med holdninger fra interviews. PRÆ-SP mente to aktører at undervisningen ikke havde været tilstrækkelig, fx beskrev aktør B

"(...)Har jo været til undervisning, 3 moduler, men det var ikke særlig godt. Synes ikke de havde styr på det. Systemet virkede heller ikke rigtigt, så svært at få en ide om det hele(...)".

Denne holdning blev underbygget af fritekst kommentarer fra spørgeskemaet POST-SP, bl.a. beskrev respondent 29 *"Ærgerligt at mange undervisere ikke var helt fortrolige med SP ift. at kunne guide i problemstillinger i hverdagen. Vi havde spørgsmål til fx medicindelen, men det vidste undervisere ikke noget om"*.

POST SP, var der flere af aktørerne, der under observationsstudierne udtrykte frustrationer over den undervisning de havde modtaget i SP. En af udfordringerne var den manglende overensstemmelse mellem testmiljøet, og den SP brugerflade som det sundhedsfaglige personale blev præsenteret for ved Go live. Som det ses herunder, i diagram 11, viste spørgsmål 30 at størstedelen af respondenterne mente, at der var uoverensstemmelser mellem testmiljøet og det færdige SP-system. 34% af respondenterne svarede at der var små uoverensstemmelser, mens 44% mente at der var store forskelle. Aktør A beskrev PRÆ SP undervisningen således:

"(...)undervisningen var så ringe at den var ligegyldig. Der var jo ingen sammenhæng mellem de billeder jeg havde set til undervisningen og så det skærbillede jeg blev præsenteret for. Det var godt nok svært [...]".

Kun 5% mente, at der var fuldstændig overensstemmelse mellem undervisningsmiljøet og det færdige SP-system. Der var ingen sammenhæng mellem baggrundsdata og de 5% (svarende til fire respondenter). Det skal bemærkes, at de nyeste ansatte (indenfor et år efter Go live) ikke havde været på kursus i undervisningen i SP, men udelukkende havde fået side-mandsoplæring, og derfor ikke indgår i spørgsmål 30.

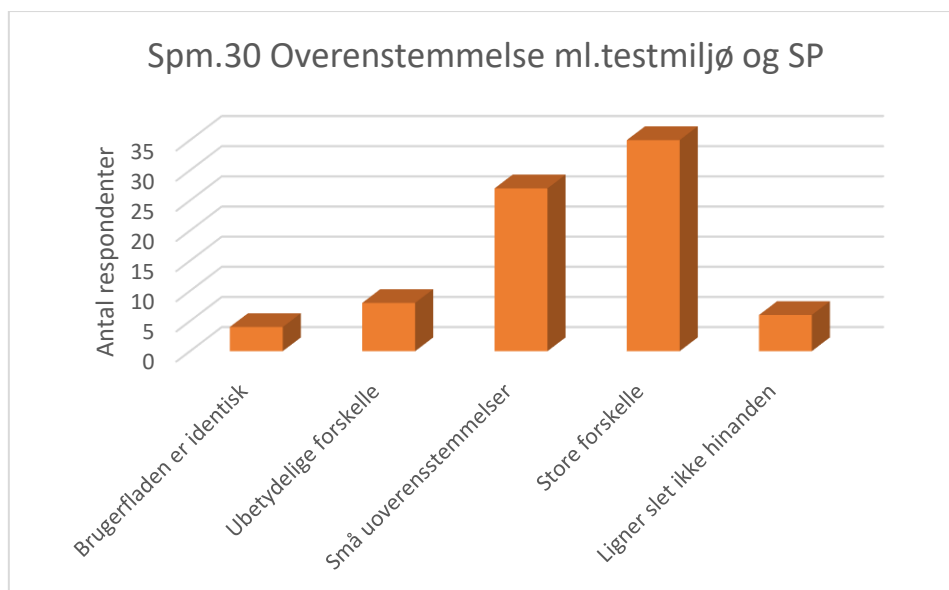


Diagram 11

Udfordringerne ved undervisningen blev både beskrevet af aktører og af respondenter. Således beskrev Respondent 45 POST SP at *"Meget foregik på papir da systemet ikke kunne køre pga. mange kursister"*, eller Respondent 35 *"Undervisningen var desværre for generel, for dårlig og for sparsom"*. Frustrationerne vedrørende undervisningen dækkede over mange forskellige forhold, og afspejlede også, at mange af respondenterne på samme sengeafdeling, havde deltaget i kurser med forskelligt indhold og forskellige undervisere. Nogle af de forhold, der blev kritiseret oftest var

- At undervisningen blev udført af personer fra andre faggrupper, som ikke kendte til relevante arbejdsgange på fx sengeafdelinger, eller for læger
- At undervisningen blev udført af undervisere der ikke var lært op i det, det underviste i, og som ikke kunne svare på spørgsmål
- At undervisere havde forskellige måder at nå til samme resultat på – flere måder at gøre samme ting på
- At undervisningsmaterialet og/eller undervisningsmiljøet ikke var opdateret, fx hands-out som ikke lignede testmiljøet, undervisningsmoduler som ikke kunne køre pga. for mange kursister, testmiljøer som ikke lignede de færdige moduler
- At flere funktioner ikke var tilgængelige i undervisningen, og at brugerne derfor først blev introduceret til elementerne på Go live dagen. Dette kunne begrundes med, at der fra testmiljøet blev designet, til Go-live på Rigshospitalet, blev foretaget systemændringer, på baggrund af erfaringer fra Herlev og Gentofte (se fx Respondent 53 og Respondent 61 POST SP).

Derudover kommenterede flere respondenter, at de følte de manglede undervisning i, hvad SP overordnet kunne, som system. Der manglede sammenhæng mellem de forskellige kurser.

Frustrationerne og udfordringerne ved undervisningens kvalitet, blev underbygget af Rigsrevisionens rapport, som bl.a. beskrev hvordan manglende oplæring af personalet, bl.a. havde

ført til alt for få indberetninger til LPR⁴⁵. Eftersom Rigsrevisionen beskrev undervisningen som et mangelfuldt område for hele Region Hovedstaden, kan diskuteres, at det ikke kun var sengeafdelingerne, der havde oplevet utilfredsstillende undervisning og oplæring i SP, men at problemet påvirkede alle faggrupper i Region Hovedstaden.

Når der ses på undervisningen, er det relevant at sætte det i forhold til Lorenzi og Rileys teorier om bl.a. peopleware. Peopleware refererede, som nævnt i teorien, til, at der generelt var for lidt fokus på de organisatoriske og menneskelige aspekter, i implementeringen af IT i sundhedsvæsenet, og at dette var en af årsagerne til manglende succes af implementeringsprojekter. Denne manglende fokus på menneskene i organisationen kom i den organisatoriske implementering af SP blandt andet til udtryk ved, at der fra Region Hovedstadens side, ikke havde været fokus på, at sikre samme niveau og kvalitet af undervisning, til alle ansatte. Samtidig, blev der, ifølge respondenter og aktører, ikke fulgt op på undervisningen. Ifølge Lorenzi og Riley var kompetenceudvikling og undervisning en essentiel del af, at sikre implementeringens succes. Eftersom implementeringen af SP fandt sted som en planlagt forandring, er det ifølge Lorenzi og Riley væsentligt at være opmærksom på, at selv den mest veltilrettelagte forandringsstrategi, kan afvige fra den oprindelige projektplan. Den emergende forandring sås på sengeafdelingen efter implementeringen af SP, ved at personalet anvendte sidemandsoplæring, indførte egne manualer for at arbejde i systemet og at de, som beskrevet af respondent 40 i afsnit, havde nedsat en arbejdsgruppe der kunne skabe lokale workarounds for hvordan fx dokumentation skulle foregå, og i hvilket omfang dokumentationen skulle udføres.

5.6.1 Delkonklusion – Undervisning i SP

Overordnet set mente respondenterne PRÆ og POST SP at undervisningen havde været relevant, men samtidig havde flere respondenter kommenteret at undervisningen var "ringe", "usammenhængende" "rodet", og at underviserne ikke vidste nok om, hvad de underviste i. Derfor kan det umiddelbart undre, at så mange respondenter beskrev undervisningen som "relevant". Ved sammenligning af brugerflader mellem testmiljøet og selve SP efter Go live, mente alle respondenter (100%) at der eksisterede små uoverensstemmelser, eller store forskelle imellem de to brugerflader, hvilket var med til at forvirre brugerne.

Det blev bemærket hvordan undervisningsmaterialet ikke var opdateret, at testmiljø ikke virkede pga. mange kursister, og at undervisningen derfor foregik på papir, samt at mange undervisere ikke kendte det fagområde de underviste i. Det skal huskes at det i problemstillingen blev beskrevet hvordan undervisningen ifølge Region Hovedstaden skulle være tilpasset faggrupperne. Derimod viste Rigsrevisionens rapport, at undervisningen havde været mangelfuld og utilstrækkelig. Når teorien inddrages, ses det at den organisatoriske implementering har været ufuldstændig i forhold til fokus på peopleware og vigtigheden af oplæring og kompetenceudvikling når nye IT-systemer implementeres.

5.7 Analyse og diskussion af øvrige relevante forhold

Herunder analyseres og diskuteres nogle af de faktorer, som ikke hørte til under de kondenserede temaer, som er blevet diskuteret indtil nu.

⁴⁵ Indberetningen til LPR var en målbar faktor, idet der kunne ses på de indberettede tal, sammenlignet med tidl. år. For at få de reelle tal for antallet af patienter, anvendte Region Hovedstaden antallet af brugt sengelinned (som blev opgjort i centralvaskeriet). Indberetning til LPR gav et særligt problem, da indberetningerne normalt blev anvendt til afregning med de individuelle hospitaler (Rigsrevisionen).

5.7.1 Den samlede tilfredshed med SP

For alle besvarelser i denne kategori henvises til bilag 12 og 13 hvor dataanalysen er præsenteret som diagrammer eller tabeller, ud for de specifikke spørgsmål. Herunder præsenteres udvalgte spørgsmål, som gav et billede af den overordnede vurdering af SP som arbejdsredskab. Denne vurdering er inddraget, da den giver et samlet indtryk af det sundhedsfaglige personales oplevelse af den samlede succes for den organisatoriske implementering af SP.

I spørgsmål 20 POST-SP blev respondenterne bedt om at give en samlet vurdering af SP. Som det fremgår af diagram 12 herunder, mente størstedelen af respondenterne at SP var "under forventning" (40%), eller en direkte fiasko (27%). 25% vurderede SP som "ok", mens 7% gav SP status af "succes". Af de respondenter der gav bedømmelsen "succes", var alle sygeplejersker, og alle på nær to havde været ansat på afdelingen/uddannet i mindre end 1 år. Dermed kan diskuteres, om "succes" bedømmelsen i høj grad skyldtes, at de nyansatte ikke havde kendskab til systemerne PRÆ SP, og at de dermed havde et andet udgangspunkt end de respondenter, der havde arbejdet med systemerne PRÆ SP. Dette forhold underbygges af respondent 54 *"Problemet mange steder er at sp bliver anvendt som KISO, sp er ikke kiso, men pga dårlig undervisning har folk ikke styr på det"*. Ud fra denne kommentar kan tolkes, at en af udfordringerne var, at folk anvendte SP, som de anvendte de tidligere systemer.

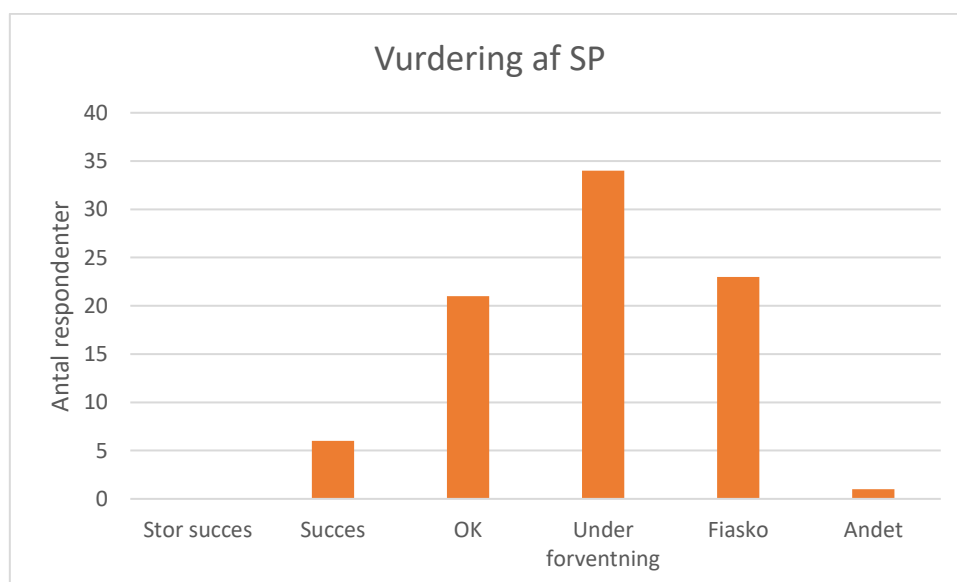


Diagram 12

Et andet element, som jeg blev opmærksom på, under observationsstudiet POST SP, var, at flere af aktørerne, og deres kolleger, diskuterede hvorvidt SP ville blive "kasseret", og om systemet kunne anvendes i praksis. Derfor undersøgte jeg dette i spørgeskemaet, og fandt – som det ses herunder – at ingen af respondenterne mente, at SP virkede som det var

tiltænkt. Størstedelen af respondenterne; 41% (svarende til 35 respondenter) mente, at SP kan virke, såfremt mange tilpasninger blev udført. 25% (svarende til 21 respondenter), mente at lidt tilpasning var nødvendigt, hvorimod 31% valgte at SP måske kunne fungere, men at det krævede mange ændringer i systemet. 3% mente, at systemet ikke virker. Dette forhold er interessant, da det i diagram 12 sås, at seks respondenter mente, at SP var en succes, men som det fremgår herunder, har alle respondenter følt, at SP kræver en grad af tilpasning. Det kan dermed diskuteres, hvordan respondenterne har opfattet ordet "succes". Opfattelsen af, om implementeringen af et system fejler eller er en succes, svært at vurdere, eftersom der ikke er klare retningslinjer for, hvornår systemet kan vurderes som fiasko hhv. succes.

Ifølge lorenzi og riley, som nævnt i teorien, kan det være vanskeligt at vurdere hvorvidt en implementering er en succes. Lorenzi og Riley beskrev, at de mente det krævede 90% tilfredshed med de "opfattede behov", som systemet skulle dække.

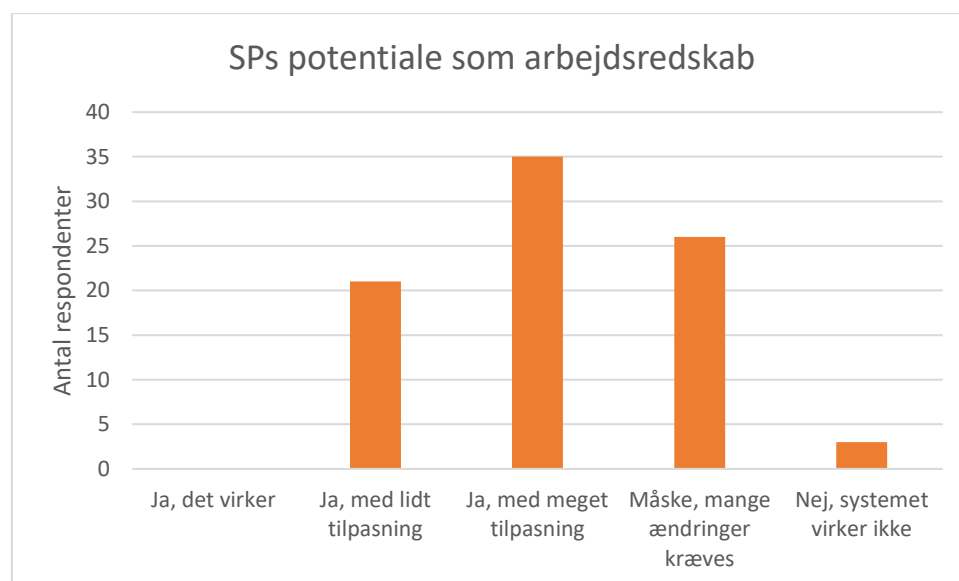


Diagram 13

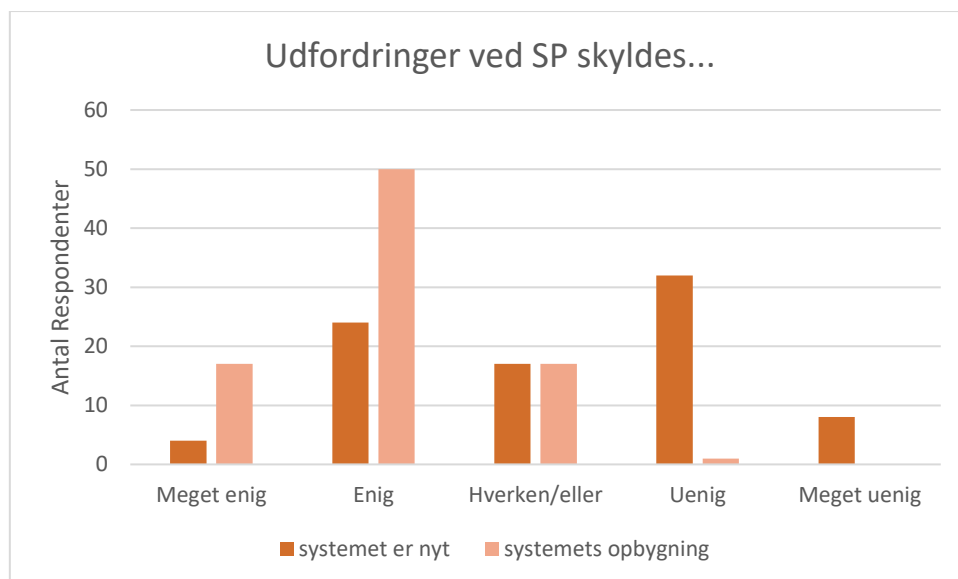


Diagram 14

Diagram 14, herover, er et samlet diagram for spørgsmål 22 og 23 POST SP, for at afdække brugernes holdninger til udfordringerne ved SP. Diagrammet viser, at de fleste respondenter (59%) var enige i – eller meget enige i (20%), at det var SPs opbygning, der resulterede i udfordringerne med systemet. Samtidig viser diagrammet, at 38% af respondenterne var uenige i, at udfordringerne med SP skyldtes, at der var tale om et nyt system. Resultaterne er interessante, da de bekræfter de oplevelser, som aktører beskrev i interviews omhandlende deres arbejdsgange, bl.a. om besværet med, at finde oplysninger i SP.

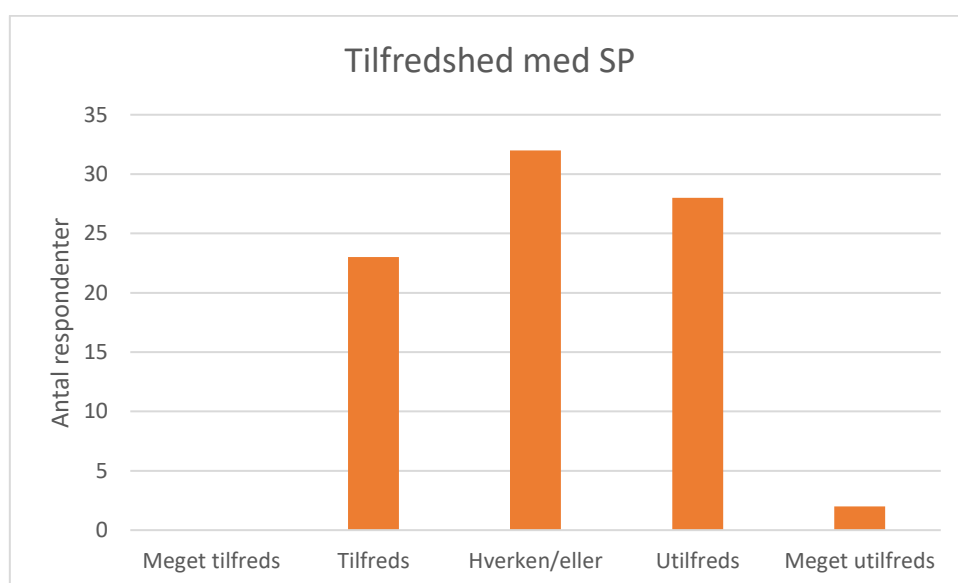


Diagram 15

Når der ses på den overordnede tilfredshed med SP, som blev vurderet i spørgsmål 18, er det yderst interessant at sammenligne med de brugerundersøgelser, som Region Hovedstaden udførte i 2018 og 2019. Undersøgelse for Region Hovedstaden fra 2018, gav en samlet

vurdering af tilfredsheden med SP = 2,78 (skala 1-5) og i 2019 var overordnede tilfredshed = 2.85 (skala 1-5, hvor 1= meget utilfreds og 5 = meget tilfreds). Det skal bemærkes at et gennemsnit på 3 kan være udtryk for de situationer hvor respondenterne er "hverken enige eller uenige" eller "hverken tilfredse eller utilfredse" (Epinion 2018, Epinion 2019, Via Ritzau 2018). Når der ses på spørgeskemaet POST SP, som i dette projekt blev undersøgt i 2017, blev tilfredsheden med SP (vurderet på baggrund af spørgsmål 18), beregnet til 2,89 når der anvendes samme beregningsmetode, som brugerundersøgelsen fra Region Hovedstaden anvendte. Ud fra dette ses, at de respondenter der deltog i dette projekt i 2017, havde næsten samme tilfredshed med SP, som respondenterne i den undersøgelse, som Region Hovedstaden udførte i 2019. At der kan ses nogenlunde samme tilfredshed med SP i 2017, syv måneder efter implementering, som i 2019, kan tolkes som, at der siden 2017 ikke har været tilstrækkeligt fokus på at optimere systemet til brugernes behov. Derudover viser den minimale forskel i tilfredshed, at dette projekts reliabilitet er høj, på trods af langt færre respondenter.

Generelt havde sygeplejerskerne en højere tilfredshed med SP, end fx læger i brugerundersøgelsen som region h udførte i 2019, hvilket kan bevise den lille uoverensstemmelse i tilfredshed mellem dette projekt i 2017 og Region Hovedstadens undersøgelse i 2018 og 2019 – de havde en væsentlig højere andel af deltagende læger, som respondenter, end jeg havde i dette projekt.

5.7.1.1 Delkonklusion – Den samlede tilfredshed med SP

Dette projekt fandt at 40% af respondenterne mente at SP var "under forventning", mens 27% af respondenterne kategoriserede SP som "fiasko". 25% vurderede SP som "ok", mens 7% gav SP bedømmelsen "succes". Ved at huske tilbage på Lorenzi og Rileys "succeskriterier" er tilfredsheden langt fra målet, om de 90% på tværs af faggrupper. Samtidig mente alle respondenter (100%) at SP krævede en større eller mindre grad af tilpasning, for at systemet kan fungere optimalt.

Størstedelen af respondenterne mente, at det var systemets opbygning, og ikke det faktum, at systemet var nyt, der var årsag til udfordringerne. Dette blev underbygget af aktørerne i observationsstudierne. Nogle respondenter havde fremhævet, at det vil tage tid, før brugere havde vænnet sig til systemet – respondenterne forudså 1-2 års tilvænningsperiode. Det var i 2017, hvilket betød, at tilfredsheden med systemet teoretisk burde være højere i Region Hovedstadens brugerundersøgelser fra 2019. Dette var dog ikke tilfældet.

Alt i alt var der en overvejende utilfredshed med SP, men flere aktører og respondenter var optimister omkring, at det nok skal blive bedre – på et tidspunkt.

5.7.2 Kommunikation fra ledelsen - og firing af kolleger

PRÆ SP blev aktørerne interviewet om, hvordan de følte, at deres arbejdsgiver havde informeret dem om implementeringen. Derudover havde jeg under observationsstudiet set, hvordan et nyhedsbrev fra Rigshospitalet så ud. Aktørerne kunne berette, at der siden starten af 2015 havde eksisteret månedlige opdateringer omkring den forestående implementering af SP. Disse opdateringer omhandlede alt fra beskrivelser af visionerne, kernefortællinger og præsentation af styregruppen m.m. Om disse informationer udtalte aktørerne, at det var fornuftigt til at få et overblik over baggrunden og ambitionen for implementeringen af

SP, men at det var forholdsvist ukonkret, og at aktørerne derfor savnede konkrete eksempler på, den betydning implementeringen ville have for dem.

Aktør C udtalte

"Altså Riget har jo opdateret os på intranettet, men det har ikke været så brugbart. En masse tomme ord om mål og vision – og formålet med systemet – men det gavner jo ikke når vi står i første række med patienterne, så tror jeg Hr Larsen er ligeglad med målene hvis han ikke får sin medicin."

Derimod fremhævede aktør A, at deres afdelingssygeplejerske havde været virkelig god til at sortere i, og videreformidle de relevante informationer for netop deres afdeling.

Post SP, kunne aktørerne under observationsstudiet berette, at der på Rigshospitalets intranet kunne findes ugentlige rapporter fra implementeringen af SP. Således hed den første fx "Uge 1: teknikken fungerer – arbejdsgange udfordrer", hvori det blev beskrevet hvordan første uge med SP var forløbet. Derudover, blev der jævnligt delt opmuntrende ord fra ledelsen, og succeshistorier. Det sidste, som aktørerne fandt væsentligt, var opdateringsrapporterne fra CIMT om "fejlrettelser, ændringer og forbedringer" som var inddelt i faggrupper. Aktør B beskrev, hvordan hun til tider fandt det frustrerende, med alle de rettelsesrapporter – for hver gang betød det oftest endnu en ændring i arbejdsgangen.

Derudover er det interessant at fremhæve, at jeg under observationsstudiet POST SP blev bekendt med, at der var sket firing af personale, som udtrykte deres utilfredshed med SP. Aktørerne og deres kolleger talte om dette (når afdelingssygeplejersken ikke var til stede), og alle havde hørt om personer der enten var blevet fyret, eller havde valgt at sige op. Derudover kendte alle aktørerne læger, som var blevet sygemeldt med stress. At fyringer reelt fandt sted, blev bekræftet af respondent 05, som i en afsluttende kommentar havde skrevet: *"Fyringen af læger som har kritiseret SP offentligt på bl.a. min arbejdsplads, og min tidlige arbejdsplads på BBH, burde blive en sag i pressen. Ledelsen valgte på RH og BBH til et morgenmøde at understrege at det ikke havde noget med ytringsfrihed at gøre. Det er skræmmende og jeg frygter for fremtiden!"*. Denne kommentar viser, at der muligvis har været et pres fra topledelsen, for at få SP til at fremstå/blive en succes, og den underbygges yderligere af aktør C "(...) Der er så meget der ikke virker, men det kan jo være farligt at brokke sig, så risikerer man reprimander eller firing."

Ud fra ovenstående ses det, at aktørerne PRÆ SP følte, at der manglede relevans i de informationer der blev delt. POST SP blev der afgivet ugentlige rapporter om arbejdet med SP, samtidig med, at der udkom mere omfattende rapporter som beskrev tiltag og ændringer. Aktørerne følte, at deres afdelingssygeplejerske var god til at sortere i informationen, men det fremgår ikke entydigt om der var tilstrækkelig med informationer fra topledelsen, og det er derfor ikke muligt at diskutere dette yderligere.

5.7.3 Mediedækningens betydning

SP blev ofte omtalt i medierne i tiden under implementeringen, og især pilotforløbet på Herlev og Gentofte blev fulgt tæt. Under observationen PRÆ SP var det tydeligt, hvordan medieomtalen ofte medførte samtaler blandt aktører og deres kolleger, og eftersom nogle af historierne fra Herlev ikke var så positive, virkede det til, at mediedækningen til tider skabte frygt blandt aktørerne. Dette blev kontinuerligt underbygget gennem kommentarer, men også i interviews PRÆ SP. Aktør A udtalte således *"(...) frygter jeg da lidt opstartsperioden, har jo hørt hvor forvirrende det var på Herlev"*.

I spørgsmål 24 i spørgeskemaundersøgelsen (se bilag 12 og 13), beskrev 26% af respondenterne at mediedækningen havde betydning for deres opfattelse af SP mens 25% beskrev, at de slet ikke var påvirket. Dette er interessant fordi den negative omtale kan have haft betydning på det sundhedsfaglige personales forventninger til forandringen, og dermed også på hvordan de har oplevet forandringen.

Herunder fremhæves nogle af de allerede analyserede og diskuterende forhold, og desuden tilføjes nogle elementer, for at samle analysen og diskussionen, inden konklusionen.

5.7.4 Den Organisatoriske Implementering

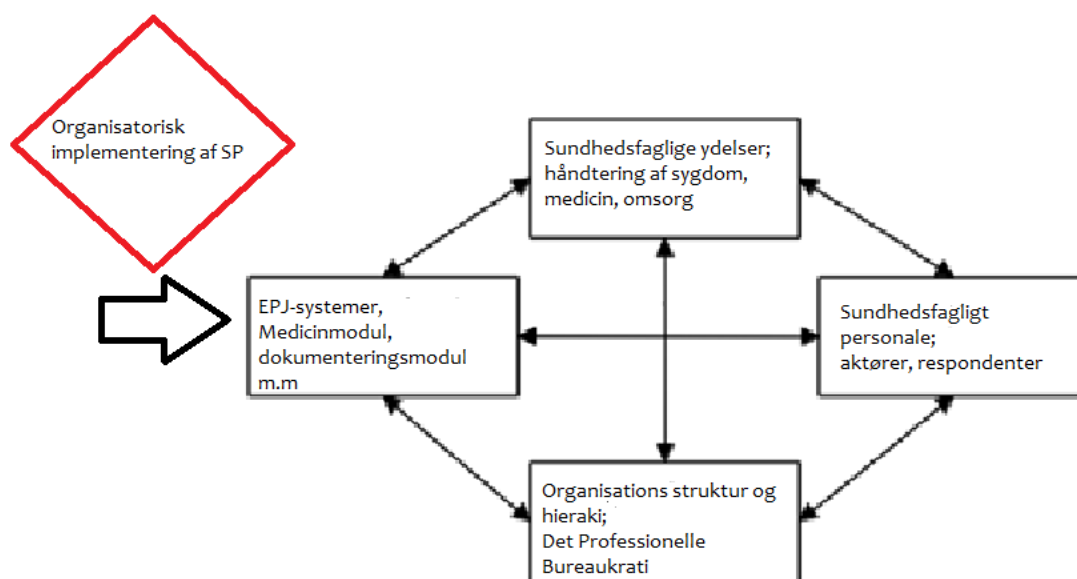
Formålet med SP var at skabe ét samlet EPJ-system på Sjælland, men en af respondenterne nævnte *"Jeg synes at det er meget ærgerligt at man ikke har valgt samme system i hele landet, så var man udenom at faxe/maile/sendt information vedr. pt behandlingen rundt ml de forskellige hospitaler"* (respondent 30, POST SP). Dette er et interessant perspektiv, det er tankevækkende at man i et lille land som Danmark tidligere har haft så mange forskellige EPJ-systemer, og at man fortsat ikke kan blive enige om ét system til hele landet. Lige nu er landet delt i øst og vest. I problemstillingen blev det beskrevet hvordan Danske regioner i 2018 ikke anså det for en ulempe at have flere forskellige systemer i DK, eftersom systemerne kunne datadele på tværs af landet. Alle de aktører jeg talte med i POST SP observationen sagde dog, at modtog de patienter udenfor Sjælland, måtte de rekvirere journaler vha. fax eller mail (eller helikopter/ambulance havde udprint af journal med), de kendte ikke til datadeling på tværs af systemerne. Udfordringen før SP, var, at lægerne typisk havde én journal og sygeplejerskerne en anden, hvilket betød at indholdet var meget forskelligt. Med SP, og et samlet system, kan sygeplejerskerne læse alt lægerne skriver – og omvendt – hvilket har skabt en bedre dokumentationsdeling.

I businesscasen blev det beskrevet, at SP var et højrisikoprojekt, og et risikoelement kunne, som nævnt i problemstillingen være, at *"Organisationen anvender ikke løsningen optimalt"*, herunder at organisationen ikke modtog SP som forventet, og at der manglede forankring og ejerskab for projektet. Modstand mod forandring nævnes også som mulighed, hvilket er yderst interessant eftersom flere af respondenterne beskrev at SP blev anvendt som de gamle systemer, hvilket førte til frustrationer i fx dokumentation. At SP blev anvendt som systemerne PRÆ SP, skyldtes til dels, at undervisningen som nævnt havde været mangelfuld, og derfor var aktører og respondenter i tvivl om, hvad der var korrekt procedure for anvendelsen af SP. Samtidig kan overvejes, om der jf. Lorenzis og Rileys beskrivelse af peopleware, har været for lidt fokus på den organisatoriske implementering, samt om der burde have mere fokus på, hvordan den reelle anvendelse af systemet SP skulle foregå

Valget af implementeringsmetoden, kan også have haft betydning for, hvordan det sundhedsfaglige personale opfattede forandringen. Jævnfør kravspecifikationerne, havde Region Hovedstaden og Region Sjælland ønsket, at implementeringen af SP skulle foregå ved en Big Bang strategi på hvert hospital. Valget af big bang betød at det sundhedsfaglige personale skulle yde en ekstraordinær indsats mens de håndterede patienter, og samtidig var Region Hovedstaden opmærksom på, at det *"tager ofte et år"* før brugerne er sat ordentlig ind i systemet (Region Hovedstaden, 2016). Big Bang-strategien gav udfordringer, fordi de forandrede arbejdsgange blev en realitet fra den ene dag til den anden, som aktør A beskrev *"Jeg gik hjem fredag fra en aftenvagt og mødte ind mandag til en hel ny verden (...)"*. Samtidig

havde Region hovedstaden ifølge Businesscasen og rigsrevisionens rapport reduceret patientkapaciteten i de første tre uger efter implementeringen, men Region Hovedstaden havde samtidig beskrevet, som det ses af citatet lidt højere i teksten, hvordan de første tre måneder ville være ekstra krævende.

Organisationers – i projektets tilfælde Rigshospitalets – struktur og opbygning har haft betydning for, hvordan den organisatoriske implementering har påvirket organisationen. Når der huskes tilbage på Leavitts diamantmodel, præsenteres den herunder i projektets kontekst, med implementeringen af SP på Rigshospitalet.



Det ses, at da SP blev implementeret, blev hele organisationen påvirket idet der skete en ændring i de fire elementer i diamantmodellen

- teknologien blev ændret – i form af det nye system
- organisationsstruktur forandrede sig, idet der skete en opgaveglidning mellem faggrupperne og dermed en ændring i deres indbyrdes forhold
- Menneskene, det sundhedsfaglige personale blev påvirket af forandringen
- Organisationens opgaver blev påvirket, idet arbejdsopgaverne tog længere tid, og at personalet derfor måtte prioritere anderledes i deres udførelse af deres arbejdsopgaver.

Som det fremgår af ovenstående, blev alle elementer af organisationen påvirket i større eller mindre grad. Dermed måtte der også, jf. teorien, forventes modstand mod forandringen. Når der ses på forhold omkring modstand mod forandringen, var der "kun" en respondent som specifikt nævnte modstand i fritekstkommentarerne. Således beskrev respondent 43 "I starten (inden go live) = meget modstand. I begyndelsen = magtesløshed og frustrationer. Herefter = begyndende accept, men sp er langt fra optimalt, og tager meget tid fra det væsentlige – patienten". Dette mener jeg dog ikke skal ses som, at der ikke eksisterede modstand mod forandringen. Jf. teorien vides, at de forandringsstrategier som regionerne havde anvendt, var meget disponerede for, at skabe modstand. Det er snarere min opfattelse - på

baggrund af observationer, interviews og helhedsindtryk fra alle respondenterne - at Respondent 43 kort får beskrevet dét som mange oplevede under implementeringen, men som de måske ikke direkte har forbundet med "modstand mod forandringen", men snarere modstand mod systemet. Inden Go live var der en følelse af modstand, som primært byggede på den viden, som respondenter og aktører på daværende tidspunkt havde, dvs.

- a) oplysninger fra ledelsen og styregruppen for SP, omkring visionen for SP og den overordnede tidsplan. Disse var, som tidligere nævnt, forholdsvis generelle og overordnede, og gav ikke umiddelbart det sundhedsfaglige personale de værktøjer de havde behov for, for at arbejde igennem forandringen.
- b) Oplysninger fra bekendte og kolleger på Herlev og Gentofte omkring deres oplevelser og erfaringer. Flere respondenter og aktører anvendte beskrivelser som "kaos, fyret personale, personale der går grædende hjem"
- c) Mediernes præsentation af processen, og alle de negative tilstande som blev fremhævet; fx personale der sagde op, flere fejl i bl.a. medicin håndtering, manglende registrering til LPR osv.
- d) Egen viden/erfaring, fra den undervisning som respondenter og aktører modtog i SP, og som ikke levede op til størstedelens forventninger.

Begyndelsen af implementeringen af SP beskrev Respondent 43 med magtesløshed og frustrationer. Disse forhold blev bekræftet i interviews og observationer. Størstedelen af fri-tekstkommentarerne var præget af, at der var udfordringer til stede i større eller mindre grad – udfordringer som førte til frustrationer. Til slut, den fase som respondenter befandt sig i på svartidspunktet, dvs. syv måneder efter implementeringen, var der "begyndende accept", hvilket kan være ensbetydende med, at forandringen er ved at ramme fasen "re-freeze".

Forholdene, som jeg har nævnt i b) og c), blev underbygget af respondent 17 POST SP, som beskrev " *Det vil tage tid at ændre kulturen og tankerne om SP, forudindtaget negativitet fra andres udfordringer med SP er et problem*". Dette var endnu en af de udfordringer, som påvirkede hvordan personalet oplevede forandringen. Eftersom Rigshospitalet fik SP implementeret i anden bølge, havde det været muligt for de ansatte at danne sig tanker og opfattelser af SP, allerede inden de selv havde oplevet Go live med systemet. Det sundhedsfaglige personale blev potentielt påvirket af omverdenens opfattelser. At forstå de psykologiske forhold omkring hvordan individer oplever, og lader sig påvirke af andres holdninger, vil dog kræve en helt anden type undersøgelse, som ligger udenfor dette projekts rammer, og jeg vil derfor undlade at diskutere disse psykologiske forhold yderligere.

Ved at se samlet på hele den organisatoriske implementeringsproces, projektet i sin helhed og huske tilbage på teorien, bliver det muligt at vurdere i hvilken grad Kotter og Lewins forandringsmodeller har været en del af implementeringens proces. Med udgangspunkt i figur 19, som samlede Kotter og Lewins forandringsmodeller, kan vurderes i hvilken grad, de forskellige faser er blevet gennemført. Figur 19 ses herunder, og der diskuteres ud fra midterste kolonne.

Lewins model	Kotters otte-trins forandringsmodel	
Faser	Hovedfaser	Trin i modellen
Optøning	Fase 1: Optø status quo	1. Etablering af oplevelse af nødvendighed
		2. Oprettelse af den styrende koalition
		3. Udvikling af en vision og en strategi
		4. Formidling af forandringsvisionen
Forandring	Fase 2: Nye metoder	5. Skabe grundlag for handling på bred basis
		6. Generering af kortsigtede gevinster
		7. Konsolidering af resultater og produktion af mere forandring
Fastfrysning	Fase 3: Integrere ændringer i kulturen	8. Forankring af nye arbejds måder i kulturen

Fase 1

Optøningsfasen, eller dét at optø status quo, foregik i trin 1-3 PRÆ SP, hvor Region Hovedstaden og Region Sjælland planlagde forandringen, og udsendte nyhedsbreve til personalet, samt pressemeddelelser, som beskrev årsagen til, at et nyt system skulle indføres. I dette projekt beskrev aktører og respondenter, at de forstod, at det var hensigtsmæssigt med indførelsen af én samlet patientjournal, men alligevel var det ikke alle, der mente, at det var nødvendigt at skifte de gamle systemer ud, for systemerne virkede jo fortsat. Dermed kan diskuteres, at det ikke entydigt var lykkedes Region Hovedstaden at etablere en oplevelse af nødvendighed.

I forhold til trin 2 - oprettelsen af den styrende koalition, har dette projekt ikke vist, om der var oprettet en tydelig koalition; det var ikke noget, som blev bemærket blandt aktører eller respondenter.

Trin 3 - udviklingen af strategien og visionen fandt sted PRÆ SP af Region Hovedstaden, Region Sjælland og styregruppen for SP. Der blev publiceret piktogrammer, som illustrerede at SP havde patienten i centrum, gav lettere arbejdsgange for personalet og sikrede en højere kvalitet af de sundhedsfaglige ydelser.



Visionen blev, af styregruppen for SP, beskrevet som "Gør det lettere at gøre det godt" (Gitte Fangel i Region Hovedstaden 2015). Visionen for SP blev blandt andet skildret i businesscasen, og er i dette projekt beskrevet i figur 2 – Gevinster ved SP (under afsnit 2.4).

Trin 4 - Formidling af forandringsvisionen, foregik ligeledes i fasen PRÆ SP, og foregik ved, at der blev publiceret information på bl.a. Region Hovedstadens hjemmeside, Rigshospitalets intranet, og der blev ophængt plakater på Rigshospitalets matrikler. Respondenter og aktører blev dagligt mødt af visionen, men flere beskrev, at de fandt den for ambitiøs, og som noget der "lød godt på papiret" (Aktør C). Formidlingen af visionen fortsatte under implementeringen af SP.

Fase 2

Forandringsfasen, eller de nye metoder, var den fase, hvor selve forandringen fandt sted. I trin 5 – at skabe grundlag for handling, var det ifølge Kotter meningen, at forhindringer for forandringen skulle fjernes, og – ifølge Lewin – at de nye tiltag skulle iværksættes og forandringen gennemføres. I denne fase blev meldt ud, at SP ville betyde ændringer i arbejds- gange for mange faggrupper, og der blev planlagt fyringsrunder af bl.a. lægesekretærer, eftersom deres flere af deres arbejdsområder ville overgå til bl.a. lægerne.

Samtidig fandt undervisningen og oplæringen i SP sted. Superbrugere, kliniske byggere og øvrige speciel-funktioner i SP blev udpeget og undervist. Det sundhedsfaglige personale blev sendt til undervisning i det nye system, for at sikre, at de havde de nødvendige kompetencer til, at sikre at forandringen blev en succes. Desværre var undervisningen, som tidligere beskrevet, mangelfuld, og med udgangspunkt i dette projekt kan antages, at der ikke blev skabt et solidt grundlag for gennemførslen af forandringen.

I forhold til det, som Kotter beskrev som trin 6, planlægning af kortsigtede gevinster, er det vanskeligt at gennemskue, om dette har fundet sted. Når der ses på implementeringsstrategien – anvendelsen af Big Bang – har der ikke eksisteret del-elementer i forandringen, som kunne opleves som "små succeser" for det sundhedsfaglige personale. Dog udgav Region Hovedstaden, efter Go live på Rigshospitalet, ugentlige nyhedsbreve som beskrev, hvordan forandringen gik, og som roste organisationen og de ansatte.

Trin 7 – konsolidering af resultater, handler ifølge Kotter om, at man skal være vedholdende i, at sikre forandringen. Dette blev desuden også diskuteret i teorien af Lorenzi og Riley, som beskrev at det var vigtigt at fortsætte indsatsen – også efter implementeringen er udført. Når der ses på de beskrevne forhold i dette projekt, er det min overbevisning, at Rigshospitalet ikke har haft tilstrækkelig fokus på, at være vedholdende i forhold til forandringen. Som eksempel kan nævnes at både aktører og respondenter beskrev, hvordan der ikke havde været opfølgning på undervisningen, at der gik lang tid før udfordringer og fejl i systemet blev rettet (i flere tilfælde skete dette slet ikke), og en del af respondenterne beskrev hvordan de følte sig magtesløse i arbejdet med SP.

Fase 3

Fastfrysningen, det at integrere og forankre forandringen i organisationen, har jeg tidligere diskuteret, at jeg ikke umiddelbart mener, har fundet sted endnu. Der er fortsat brugere, som er utilfredse med SP, og i medierne udgives fortsat artikler, som argumenterer for, at implementeringen af SP fortsat ikke er lykkedes. Da jeg udførte observationerne POST SP, i 2017, var aktørerne endnu ikke nået til fastfrysningsfasen. At der i 2017 fortsat skete ændringer i SP, og måden hvorpå aktørerne skulle arbejde, kan også medvirke til, at arbejdsmåderne på daværende tidspunkt ikke var forankret i kulturen.

5.8 Kort diskussion af metoden og undersøgelsesdesignet

Denne diskussion af metoden skal anvendes til at anskue projektets samlede resultater og udførelse ud fra de videnskabskriterier, der blev præsenteret i metodeafsnittet.

Først og fremmest, kan det diskuteres, hvor langt studiets gyldighed rækker. I dette studie blev anvendt metodetriangulering. Der blev foretaget observation af de samme tre aktører PRÆ og POST SP, og de tre aktører blev interviewet PRÆ og POST SP. Derudover blev anvendt spørgeskema, til at afdække flere respondenters oplevelser af den organisatoriske implementering og den forandring som SP medførte. Selvom antallet af respondenter både PRÆ og POST SP var forholdsvis lille set i forhold til det samlede antal ansatte på Rigshospitalets sengeafdelinger – og i Region Hovedstaden – demonstrerede dette projekt en unik mulighed for at undersøge forandringen før og efter implementeringen af SP. Samtidig viste projektets analyse og diskussion de samme oplevelser af forandringen for observatørerne og respondenterne, hvilket har været med til at styrke validiteten og reliabiliteten af studiet. Derudover er dette projekts resultater sammenlignelige med de tilfredshedsmålinger som Region Hovedstaden har udført i 2018 og 2019. Det må dog være op til læseren, og den enkelte sengeafdeling, om de mener, at dette studie kan anvendes til at beskrive de oplevede forhold under implementeringen af SP på sengeafdelinger.

Når der ses på den videnskabsteoretiske tilgang, blev der i projektet anvendt en kombination af fænomenologi og hermeneutik. I forhold til fænomenologien, var det vanskeligt at fralægge sin egen forforståelse omkring det felt der blev undersøgt, men samtidig var denne tanke altid med, for objektivt at kunne vurdere aktørernes og respondenternes subjektive holdninger og oplevelser af forandringen som den organisatoriske implementering af SP medførte.

Eftersom det er et undersøgelsesfelt, som jeg selv har været en del af – da jeg på dataindsamlingstidspunkterne var ansat på Rigshospitalet – har jeg haft fokus på den forforståelse, som jeg forinden havde om området, hvilket bl.a. er hvor hermeneutikken blev relevant. Min forforståelse kan have haft betydning for min opfattelse af observationer og kommentarer, ligesom min erfaring fra Rigshospitalet betød, at jeg forstod den ”jargon” og de begreber der blev anvendt. Det skal dog pointeres, at jeg aldrig har arbejdet på en sengeafdeling, og at mit kendskab til de specifikke arbejdsopgaver, og anvendelsen af IT, på sengeafdelinger derfor var minimal før observationsstudierne. Jeg vil ligeledes fremhæve, at jeg selv har været på 1-dags kursus i anvendelsen af SP, men at den undervisning jeg modtog – qua min daværende faggruppe tilknytning – ikke kunne relateres til, eller var relevant for faggrupperne sygeplejersker, læger, søsu’er, eller sekretærer, som er de faggrupper, der er inkluderet i dette projekt. Dermed mener jeg, at min tilknytning til Rigshospitalet ikke kan regnes som bias i forhold til studiets resultater.

I metodeafsnittet blev det beskrevet, hvordan der kunne udføres to test: stabilitet-, og ækivalenstesten for at øge projektets videnskabelige gyldighed (Harboe 2006). I forhold til stabilitetstesten, hvor målinger skal gentages over tid, for at teste om resultaterne bliver ens, kan argumenteres for, at det var vanskeligt at undersøge, i forhold til projektets design. Dog blev observationerne udført over tre dage, for at sikre, at de tre aktører arbejdede ensartet og repræsentativt for undersøgelsesenhed X, hvorved kravet om stabilitet kan siges at være delvist opfyldt for observationsstudierne. I forhold til interviews og spørgeskemaundersøgelser, er det undersøgelser, som blev udført en gang PRÆ SP og en gang POST SP.

Ækvivalenstesten handlede om at undersøge, om det var målemetoden som påvirkede resultaterne af undersøgelsen, men ved at anvende en kombination af kvalitative og kvantitative undersøgelser, og opnå data der gav samme resultater, blev ækvivalenstesten opfyldt, hvorfor projektet samlet set har en høj videnskabelig gyldighed.

Ud fra ovenstående kapitel med analyse og diskussion af de forskellige relevante temaer, er det nu muligt at præsentere konklusionen på problemstillingen.

Kapitel 6 - Konklusion

I dette projekt blev der arbejdet ud fra problemformuleringen ”**Hvilken betydning havde den organisatoriske implementering af SP på det sundhedsfaglige personales opfattelse af forandringen, på sengeafdelinger på Rigshospitalet**”, og på baggrund af det samlede projekt er det muligt at fremstille en konklusion på problemformuleringen:

Måden den organisatoriske implementering af SP, fandt sted på, betød for størstedelen af det sundhedsfaglige personale på sengeafdelinger på Rigshospitalet, at de oplevede den forandring som SP medførte, som kaotisk og ”rodet”. Eftersom det sundhedsfaglige personale ikke udelukkende var positive overfor måden SP blev implementeret på, medførte dette en del modstand fra personalet.

Dette projekt har beskrevet, at modstanden mod forandringen var en kombination af modstand mod måden, hvorpå SP blev indført, samt modstand mod opbygningen af systemet. Mange af de adspurgte sundhedsfaglige personer, mente, at det var opbygningen af SP, og den dårlige undervisning/oplæring i systemet, som gjorde, at de følte udfordringer med at anvende systemet.

Samtidig var der en tendens til, at forventningerne til systemet var urealistiske, netop fordi det før selve implementeringen – og på baggrund af undervisningen – ikke stod klart for brugere, hvad systemet reelt kunne, samt hvilke brugere, der havde hvilke opgaver i systemet. SP medførte opgaveglidning hos det sundhedsfaglige personale, således at både læger og sygeplejersker måtte ”overtage”, det, der tidligere havde været sekretæropgaver. En del af opgaveglidningen var velkendt af Region Hovedstaden, inden SP blev taget i brug, idet SP blev beskrevet som en ”ny måde at organisere arbejdet på”, bl.a. fordi lægerne med implementeringen af SP selv skulle udfylde journal og bestille undersøgelser (Region hovedstaden 2015).

Når samtlige faggrupper i større eller mindre grad får nye arbejdsopgaver, eller ændringer i deres basale arbejdsforhold, kan der let opstå frustrationer. Disse frustrationer blev i mange tilfælde kædet sammen med modstand mod forandringen.

På baggrund af de i projektet udførte undersøgelser, fandt jeg desuden, at årsagerne til udfordringerne med SP således skyldtes forskellige forhold i den organisatoriske implementering:

- Mangelfuld undervisning, samt ingen opfølgning på undervisningen
- Manglende evner til (fra ledelsen/styregruppen) at skabe forståelse/nødvendighed for forandringen.
- En stor del af det sundhedsfaglige personale som deltog i dette projekt, var forberedt til forandringen, men den massive medieomtale og rygterne fra Herlev og Gentofte skabte frygt og usikkerhed omkring, hvorvidt brugerne reelt var forberedt til implementeringen.

- Manglende realitetsfornemmelse fra ledelsen om, hvor omfattende en forandring af den størrelsesorden var. Erfaringerne fra Holland viste, at det havde taget ca. halvdelen af året at nå tilbage på normal "produktion" men i businesscasen var der kun planlagt nedgang i antallet af patienter i tre uger. Dette kan have været medvirkende årsag til, at personalet blev presset (og forklare aktørernes udsagn om opsigelser, sygemeldinger og personale der gik grædende hjem).
- Manglende forankring af forandringen, der var fokuseret mere på selve systemet end på arbejdsgange – dvs. peopleware var i baggrunden – og mange brugere måtte derfor klare sig selv.
- Manglende fokus på peopleware. Flere aktører og respondenter, mente at der ikke havde været nok fokus på at SP var et nyt system og ikke blot en erstatning af de gamle systemer.
- Manglende etablering af realistiske mål for, hvordan SP kunne og skulle anvendes. Flere respondenter bemærkede, at de ikke vidste hvordan det var tiltænkt at de skulle anvende SP, og derfor blev SP anvendt som "de gamle" systemer, hvilket førte til frustrationer.
- Frygt for fejl. Eftersom undervisningen havde været mangelfuld – i mange tilfælde – frygtede en stor del af respondenterne og aktørerne at de arbejdede uhensigtsmæssigt eller at fejl opstod, fx i medicinmodulet. SP som system fik det sundhedsfaglige personale til at tvivle på deres faglighed, da systemet ikke tillod at de fx dokumenterede patientforhold som de oprindeligt var blevet oplært i.

Alt i alt er der mange forhold i den organisatoriske implementering, som, når der ses samlet på det, førte til de udfordringer, og manglende tilfredshed med SP, som det sundhedsfaglige personale oplevede.

Ifølge brugerundersøgelsen fra 2019 var personalet på daværende tidspunkt fortsat utilfredse med SP, og det kan derfor overvejes, om implementeringen af SP kan vurderes som værende fuldendt. Hvis der tages udgangspunkt i Kotters otte trins model, eller Lewins forandringsmodel, kan argumenteres for, at "re-freeze" ikke havde fundet sted, på undersøgelsestidspunktet post SP.

Projektet har skabt indsigt i nogle af de forhold, der var til stede på sengeafdelinger på Rigshospitalet under den organisatoriske implementering af SP. Selvom projektet tog udgangspunkt i sengeafdelinger, er det min opfattelse, at mange af forholdene, der er blevet analyseret og diskuteret, kan være relevante for fremtidige implementeringsprojekter på hospitaler. Især blev vigtigheden af undervisning og forventningsafstemning fremhævet, som elementer, der har påvirket opfattelsen af forandringen.

Ud over ovenstående forhold, er det min konklusion, på baggrund af mine undersøgelser, at det sundhedsfaglige personale ikke som udgangspunkt er modstandere af al forandring – tværtimod beskrev flere respondenter og aktører, hvordan ideen med SP og en fælles journal er rigtig god – det er i stedet udførelsen af forandringen – og dermed den organisatoriske implementering - de har været modstandere af. Under observationsstudierne blev det tydeligt, at faglighed er ekstremt vigtigt for det sundhedsfaglige personale (hvilket også blev underbygget af teorien om det professionelle bureaukrati fremsat af Mintzberg), og det vigtigste for de sundhedsfaglige personer i dette projekt var, at patienterne fortsat fik en fornuftig behandling, og ikke blev udsat for fejl. Derfor var det vanskeligt for mange, at de opfattede implementeringen af SP, som om de måtte gå på kompromis med deres faglighed.

Det skabte tvivl, magtesløshed og utryghed i de daglige arbejdsgange – og det var de forhold, som kom til udtryk som modstand mod forandringen.

Samlet set, kan dermed konkluderes at den organisatoriske implementering af SP på sengeafdelinger på Rigshospitalet, var så mangelfuld, at det skabte en oplevelse af, at forandringen var kaotisk. Forandringen medførte frustrationer, magtesløshed og irritation blandt personalet, hvilket kom til udtryk som en overordnet, generel modstand mod forandringen.

Kapitel 7 - anbefalinger

På baggrund af konklusionen, vil jeg anbefale at der i fremtidige IT-implementeringsprojekter i sekundærsektoren, bør være langt mere fokus på den organisatoriske implementering. Det er mit forslag, at der tages udgangspunkt i teorien af Kotter, Lewin samt Lorenzi og Riley, for at følge deres anbefalinger, til at gennemføre en forandringsproces. Med udgangspunkt i de nævnte teorier, bør der sættes fokus på følgende:

- Synliggørelse af visionen for forandringen, overfor især slutbrugerne. Det er væsentligt at der bliver fulgt op på, om slutbrugerne har forstået årsagen til forandringen, for at undgå potentiel modstand mod forandringen. Der bør nedsættes en gruppe – gerne med involvering af karismatiske slutbrugere – som kan etablere kontakt til slutbrugere og sikre videreformidling mellem ledelse/styregruppen for forandringen og slutbrugerne.
- Der bør afsættes rigeligt med ressourcer til oplæring og træning af det sundhedsfaglige personale, således at det kan sikres, at kvaliteten af undervisningen er tilstrækkelig. I den forbindelse anbefales det, at de personer som skal afholde undervisningen forinden, bliver trænet i det, de skal undervise i – og evt. bliver udstyret med et "svar-ark", med hyppigst forekommende problemetiker. Dette kunne fx etableres ved, at undervisere på ugentlig basis afholdt et kort møde og updaterede hinanden om udfordringer, og sikrede vidensdeling.
Samtidig anbefales det, at undervisningen finder sted på en måde, så faggrupper bliver fordelt, såfremt der er faggruppe-relaterede elementer i IT-systemet. Fx bør læger undervises af læger, og sygeplejersker af sygeplejersker, eller som minimum af personer, der har indgående kendskab til faggruppens arbejdsgange.
- I forbindelse med undervisningen, anbefales det, at udføre løbende evalueringer af kvaliteten af undervisningen, fx via et online-spørgeskema efter endt deltagelse, hvori undervisningen evalueres, og evt. med afsluttende quiz for at sikre, at tilstrækkelige kompetencer er etableret.
- Inden selve implementeringen iværksættes, fx ved en Go live dag, anbefales det, at ledelsen/styregruppen tager kontakt til afdelingssygeplejersker, og får vurdering af, hvor parate de enkelte afdelinger er, til implementeringen. Såfremt afdelingerne er i tvivl, bør en person i projektgruppen besøge afdelingen og foretage en vurdering af forholdene.
- Ved implementeringsprojekter som involverer en hel organisation på en gang, anbefales det at sætte nogle målbare værdier for de små succeser i processen, og at dele

dem med alle organisationens ansatte, således at motiveres til, at forsætte forandringen.

- Ved IT-implementeringsprojekter, fx af EPJ-systemer, anbefales det at personalet får "ro" til at håndtere forandringen. Det er væsentligt, at systemet ikke konstant opdateres eller ændres, når det først er implementeret. Dermed, bør det, forinden den tekniske implementering, være klart, at systemet er brugbart i hverdagen for slutbrugerne, og at sidste-øjeblikks-rettelser kun bør finde sted i nødstilfælde.
- Det anbefales desuden, at der kontinuerligt foregår vidensdeling og information i hele organisationen, således at alle niveauer af medarbejdere er informeret om, hvordan forandringsprocessen forløber, og hvilke tiltag der er på vej.

Som sidste bemærkning vil jeg blot fremhæve, at det vil være yderst gavnligt for ledelser, styregrupper for implementeringsprojekter, projektgrupper og øvrige involverede, at huske at forventningsafstemme med medarbejderne, inden den organisatoriske implementering iværksættes. Sæt ambitionerne realistisk og vær tydelige omkring, hvad I ønsker der skal opnås.

Referencer

- Attrup, M. & Olsson, J (2005). *Power i projekter og portefølje*. (1.udgave). København, Danmark: Jura og Økonomiforbundets forlag. s. 64-72,101-110,134-139,178-180, samt kap.8
- 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>
- Bille, M. (2016). *Fælles journalsystem til sygeplejersker og læger*. Sygeplejersken, 5, 54-55. Lokaliseret fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2016-5/faelles-journalsystem-til-sygeplejersker-og-laeger>
- Boolsen, M. W. (2008). *Spørgeskemaundersøgelser - Fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene*. København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.
- Brooks, R., & Grotz, C. (2010). *Implementation of Electronic Medical Records: How Health-care Providers Are Managing the Challenges of Going Digital*. Journal of Business & Economics Research, 8(6), 76-84.
- Burnes, B. (2004), "*Emergent change and planned change – competitors or allies?*", International Journal of Operations & Production Management, Vol. 24 Iss 9 pp. 886 - 902
- Businesscase.dk (2017) *Hvad er en businesscase?* Lokaliseret via <https://business-case.dk/hvad-er-en-business-case/> senest tilgået 19.november 2020
- Bødker, K., Kensing, F., & Simonsen, J. (2008). *Professionel IT-forundersøgelse - grundlag for brugerdriven innovation* (2. udg.). København, Danmark: Samfundslitteratur.
- Choi, M. (2011) *Employees attitudes toward organizational change: a literature review*. Human Resource Management, july-august 2011, vol 50, no.4, p.479-500
- Coiera, E. (2015). *Guide to Health Informatics* (3. udg.). Boca Raton, USA: CRC Press.
- Computerworld. (2013, 22 April). *It-system til en milliard erstatter 12 gamle systemer*. Lokaliseret fra <http://www.computerworld.dk/art/226093/it-system-til-en-milliard-erstatter-12-gamle-systemer>
- Dagens medicin (2011) *15 år med EPJ: Den lange vej til den nationale journal*. Lokaliseret fra <https://dagensmedicin.dk/15-ar-med-epj-den-lange-vej-til-den-nationale-journal/> (Tilgået 15.oktober 2020).
- Dagens medicin (2018) *Rigide krav til journalføring hæmmer overblik i journalen*. Lokaliseret fra [Rigide krav til journalføring hæmmer overblikket i journalen - Dagens Medicin](#) (senest tilgået 15.oktober 2020).

Dagens medicin (2019, 04.oktober) *Psykiaterne tager bladet fra munden: nyt it-system er en hæmsko*, lokaliseret fra <https://dagensmedicin.dk/psykiaterne-tager-bladet-fra-munden-ny-it-system-er-en-haemsko/> tilgået 20.09.20

Dagens medicin (2020, 15.januar) *Overlægers utilfredshed med sundhedsplatformen ignoreres* Lokaliseret fra <https://dagensmedicin.dk/overlaegers-utilfredshed-med-sundhedsplatformen-ignoreres/> Tilgået 10.09.2020

Danske regioner (2018), *Fakta ark om sundhedsvæsenet* <https://www.regioner.dk/media/9892/faktaark-epj-final.pdf> tilgået 11.10.2020

Dansk Sygepleje Råd (DSR) (2002) *Strukturering af kliniske oplysninger*. Lokaliseret fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2002-15/strukturering-af-kliniske-oplysninger> (Tilgået 15.september 2020)

Dansk Sygepleje Råd (DSR) (2018) *Historien om dansk sygehusbyggeri og indretning af patientstuerne*. Lokaliseret fra <https://dsr.dk/dshm/udstillinger/historien-om-dansk-sygehusbyggeri-og-indretning-af-patientstuerne> sidst besøgt 22.nov 2020

Dansk Sygepleje Råd (DSR) (2019) *NOTAT: Sygeplejersker beskæftiget i og uden for sygeplejefaget 2019*. Lokaliseret fra https://dsr.dk/sites/default/files/50/notat_sygeplejersker_beskaeftiget_i_og_uden_for_sygeplejefaget_2019.pdf Tilgået 18.november 2020

Dansk Sygepleje Råd (DSR) (2020) *Sygeplejersker bliver overvåget i medicinrum*. Lokaliseret fra <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2020-7/sygeplejersker-bliver-overvaaget-i-medicinrum> Tilgået 17.november 2020

Digital sundhed (2008); Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark; *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012*. Lokaliseret fra https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406_national-strategi-2008-2012.pdf (Tilgået 21.september 2020).

Digitaliseringsstyrelsen, *Strategi og mål*. Lokaliseret fra <https://digst.dk/om-os/om-digitaliseringsstyrelsen/strategi-og-maal/> tilgået den 01.10.2020

Digitaliseringsstyrelsen (2011), *Digitaliseringsstrategien 2011-2015*. Lokaliseret fra <https://digst.dk/strategier/digitaliseringsstrategien/tidligere-strategier/digitaliseringsstrategien-2011-2015/> citat fundet under ”effektivt digitalt samarbejde med patienterne”, tilgået den 01.10.2020

DR (2016, 21.maj) *Læger advarer om Sundhedsplatformen: Det kan gå ud over patienterne* lokaliseret fra <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/hovedstadsomraadet/laeger-advarer-om-sundhedsplatformen-det-kan-gaa-ud-over> Tilgået den 17.juni 2018

DR.dk (2019, 14.august) *DF vil kalde sundhedsministeren i samråd: Sundhedsplatformen er til fare for patienterne*. Lokaliseret fra <https://www.dr.dk/nyheder/regionale/sjaelland/df-vil-kalde-sundhedsministeren-i-samraad-sundhedsplatformen-er-til-fare> tilgået 05.09.2020

- DSSnet (2018) *CPR nummeret: en ægte dansk succes*. Lokaliseret fra (<https://dssnet.dk/artikler/cpr-nummeret-en-aegte-dansk-succes/>) (Tilgået 15.september 2020).
- Epic (2016) *With the patient at the heart – Software and services*. Lokaliseret via <https://www.epic.com/> Tilgået 16.november 2018
- Epinion (2019) *Brugerundersøgelse af Sundhedsplatformen*. Lokaliseret fra <https://app.incite.pro/#/menu/9396/10949/c5ab4915-1d25-4f94-a062-b829816a729b> Tilgået 20.november 2020
- Epinion (2018) *Brugerundersøgelse af Sundhedsplatformen*. Lokaliseret fra <https://app.incite.pro/#/menu/9397/10949/c5ab4915-1d25-4f94-a062-b829816a729b> Tilgået 20.november 2020
- EPJ Observatoriet (2000) *Statusrapport 2000* (ISBN: 87-90839-05-6) Lokaliseret fra <https://www.dachi.aau.dk/publikationer/EPJ-Observatoriet/> (tilgået 21.september 2020).
- EPJ Observatoriet (2004) Høstgaard, A. M., & Nøhr, C. *Metodehåndbog i forandringsparathed*. Lokaliseret fra https://www.dachi.aau.dk/digitalAssets/196/196282_forandringsparathed.pdf (Tilgået 19.oktober 2020).
- Finans (2010) *Digital sundhed får dødsstødet efter fire år*. Lokaliseret fra <https://finans.dk/artikel/ECE4400895/Digital-Sundhed-far-dødsstødet-efter-fire-år/?ctxref=ext>.
- Finansministeriet (2011) *Aftale om den kommunale og regionale økonomi for 2011*. Lokaliseret fra <https://fm.dk/udgivelser/2010/juni/aftaler-om-den-kommunale-og-regionale-oekonomi-for-2011/> s.62 om NSI. Tilgået 18.oktober 2017
- Harboe, T. (2006). *Indføring i samfundsvidenskabelig metode* (4. udg.). København, Danmark: Samfundslitteratur.
- HK (2018) *Personnummeret fylder 50år og her er tre bud på fremtidens cpr*. Lokaliseret fra <https://www.hk.dk/aktuelt/nyheder/2018/02/05/personnummeret-fylder-50-og-her-er-tre-bud-paa-fremtidens-cpr> (tilgået 15.september 2020).
- Høstgaard, A. M., & Nøhr, C. (2004). *Dealing with Organizational Change when Implementing EHR systems*. Medinfo, 1, 631-634.
- Hollesen (1996) *Fordele og ulemper ved successiv/simultan metodetriangulering*, Slides fra undervisning i ”Vidensskabsteori og case”, af Karsten Niss, Master i Sundhedsinformatik, slide 25-26. Lokaliseret fra: udleveret af Karsten Niss.
- Høstgaard, A.M (2009) *Fryder forandring? Casestudie af EPJ udbudsprocessen i Region Nord: Belyst gennem en procesevaluering med fokus på lægerne som sociale bærere af den elektroniske patientjournal, EPJ*. Ph.D afhandling. Aalborg Universitet; Department of Development and Planning. Fundet på Aalborg Universitets bibliotek, under 361.1 (Høs). Læst august 2018.

Indenrigs – og Sundhedsministeriet (2003) *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*. Lokaliseret fra http://begrebsbasen.sst.dk/IT-strategi_Screen%20PDF.pdf (Tilgået 19.september 2020).

Information (2018, 11.september) *Sundhedsplatformen nærmer sig en parodi på, hvad teknologibegejstring kan medføre af dårligdomme*. Lokaliseret fra <https://www.information.dk/debat/2018/09/sundhedsplatformen-naermer-parodi-paa-teknologibegejstring-kan-medfoere-daarlig-domme> Tilgået 10.09.2020

Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2008). *Hvordan organisationer fungerer - en indføring i organisation og ledelse* (2. udg.). København, Danmark: Hans Reitzels Forlag.

Kelly, P., Hegarty, J., Barry, J., Dryer, K., & Horgan, A. (2017). *A systematic review of the relationship between staff perceptions of organizational readiness to change and the process of innovation adoption in substance misuse treatment programs*. Journal of Substance Abuse Treatment, 1, 6-25.

Kierkegaard, P (2011) *Electronic health record: wiring Europe's healthcare* Computer Law & Security Review vol. 27, Issue 5, September 2011, pages 503-515. Lokaliseret fra <https://www.sciencedirect.com/journal/computer-law-and-security-review>

Kotter, J. P. (1999). *I spidsen for forandringer*. København, Danmark: Peter Asschenfeldts Nye Forlag.

Kotter & Schlesinger (2008) *Choosing strategies for change*. Harvard Business Review July-august 2008. lokaliseret fra <https://hbr.org/2008/07/choosing-strategies-for-change> Tilgået november 2018.

Københavns universitet, Datalogisk institut. (2016, 20 Maj). *DIKU professor: Det nye it-system Sundhedsplatformen er et "højrisikoprojekt"*. Lokaliseret fra <http://www.diku.dk/nyheder/2016/sundhedsplatformen>

Lee, K. (2016) *Epic's EHR: Challenges and lessons learned at Mass general in HealthIT; Techtarget*. Lokaliseret via <https://searchhealthit.techtarget.com/video/Epics-EHR-Challenges-and-lessons-learned-at-Mass-General> Tilgået 18.oktober 2017.

Metodeguiden. Aarhus universitet metodeguide. Lokaliseret fra <https://metodeguiden.au.dk/>

Mintzberg, H. (1980) *Structures in 5's: A synthesis of the research on organization design*. Management science, vol.26, no. 3, march 1980 p. 322-341

Olsen, H. (2005) *Fra spørgsmål til svar – konstruktion og kvalitetssikring af spørgeskema-data*, Akademisk forlag, København 2005

Politiken (2017, 20.maj) *Overlæger: I dag er det sundhedsplatformens fødselsdag* Lokaliseret fra <https://politiken.dk/debat/art5960015/I-dag-er-det-Sundhedsplatformens-fødselsdag> . Tilgået 05.09.2020

ProData consult. (2016). *Danmarks største IT-sundhedsprojekt*. Konsulentnyt, 43(1), 1-21. Lokaliseret fra <http://www.konsulent-nyt.dk/vis/43/konsulentnyt-nr-43-2016/>

Regeringen, KL, Danske regioner. (2013, Juni). *Digitalisering med effekt – National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2013-2017*. Lokaliseret fra : https://www.sundhed.dk/content/cms/6/3406_national-strategi-for-digitalisering-2015.pdf

Region Hovedstaden. (2015). *Hvordan skaber Danmarks største sundhedsit-projekt forandring*. Lokaliseret på/fra <http://www.pwc.dk/da/arrangementer/2015/region-hovedstaden.pdf>

Region Hovedstaden (2015, Oktober) *Region Hovedstadens business case ved Sundhedsplatformen Version 2,4*. Lokaliseret fra https://edagsorden.regionh.dk/committee_1444/agenda_291942/documents/86633efb-bc13-493e-bf6e-0f3256e7c769.pdf Tilgået 5.oktober 2020

Region Hovedstaden. (2016, september). *Kernefortælling om Sundhedsplatformen*. Lokaliseret fra <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/presse/PublishingImages/Sider/Materiale/Kernefort%C3%A6lling%20Sundhedsplatformen.pdf> (Tilgået november 2018)

Region Hovedstaden. (2016, Maj). *Spørgsmål og svar om Sundhedsplatformen*. Lokaliseret fra <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/om-sundhedsplatformen/Sider/Spoergsmaal-og-svar-om-Sundhedsplatformen.aspx>

Region Hovedstaden (2018). (evt. juni). *Region Hovedstaden: Rigsrevisionen peger meget præcist på, hvor sundhedsplatformen har været svær*. Lokaliseret fra <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/Sider/Region-Hovedstaden---Rigsrevisionen-peg-er-meget-pr%C3%A6cist-p%C3%A5,-hvor-Sundhedsplatformen-har-v%C3%A6ret-sv%C3%A6r.aspx> Tilgået 19.november 2020

Region Hovedstaden (2019, juni). *Risikoemner i forbindelse med opnåelse af forbedringer ved implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden. Ekspert rådet – Sundhedsplatformen*. Lokaliseret fra <https://www.regionh.dk/presse-og-nyt/pressemeddelelser-og-nyheder/PublishingImages/Sider/Ekspertr%C3%A5det-Klar-ledelse-og-styring-af-Sundhedsplatformen-/L%C3%A6s%20hele%20ekspert%C3%A5dets%20rapport%20med%20konklusioner%20og%20anbefalinger.pdf> Tilgået 20.november 2020.

Region Hovedstaden (2019, november). *Orientering om resultaterne af den årlige brugerundersøgelse af Sundhedsplatformen – Notat til Regionsrådet*. Lokaliseret fra https://edagsorden.regionh.dk/committee_1444/agenda_427944/documents/068e3ad5-d484-435e-b4cb-cccc1831fb0d.pdf Tilgået 20.november 2020

Region Sjælland. (2015, december). *Status for SP*. Lokaliseret fra <http://www.regionsjaelland.dk/omregionen/job-og-karriere/med-system/Moedeplan->

[2015/20151214/Punkt14 bilag10 Status%20for%20Sundhedsplatformen,%20november%202015%20.PDF](https://www.regionssjælland.dk/lager/Sundhedsplatformen/Fag-folk/Sider/Spoergsmaal-og-svar.aspx)

Region Sjælland. (2016, oktober). *Spørgsmål og svar - hvordan ændres personalets arbejdsgange*. Lokaliseret fra <http://www.regionssjælland.dk/lager/Sundhedsplatformen/Fag-folk/Sider/Spoergsmaal-og-svar.aspx>

Region Sjælland (2020), *Sundhedsplatformen Covid-19 undervisningsmateriale. Plejepersonale, sengeafdeling, Dispensering og administration af medicin*. Lokaliseret fra https://www.regionssjælland.dk/For-ansatte/SP_covid19_uv/Manualer/Dispensering%20og%20administration%20af%20medicin.pdf Billederne fra denne manual blev anvendt, da kvaliteten af de billeder jeg oprindeligt havde taget med min telefon, blev for dårlig i upload til dokumentet

Region Syddanmark (2020) *EPJ SYD er Region Syddanmarks nye elektroniske patientjournalssystem* lokaliseret fra <https://www.regionssyddanmark.dk/wm521940> Tilgået 11.10.2020

Rigsrevisionen (2018). *Rigsrevisionens beretning om Sundhedsplatformen afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger*. Lokaliseret fra <https://www.rigsrevisionen.dk/publikationer/2018/172017/> (Tilgået den 15.september 2020).

Sundhedsdatastyrelsen (2016) *Danskernes brug af sundhedsvæsenet, rapport, lokaliseret fra* <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/sundhedsvaesenet/forbrug-sundhedsvaesenet> Tilgået 15.september 2020

Sundheds-og Ældreministeriet, Finansministeriet, Danske regioner, KL (2018). *Ét sikkert og sammenhængende sundhedsnetværk for alle – Strategi for digital sundhed 2018-2022*. I teksten oplyst som **Sundheds-og Ældreministeriet 2018**.

Teknologiens mediehus (2016, 10.juni) *Leder: Hold intime sundhedsdata fra statens embedsmænd*, Lokaliseret fra <https://ing.dk/artikel/leder-hold-intime-sundhedsdata-statens-embedsmaend-184767> Tilgået 20.09.2020

Vallgård, S., & Koch, L. (2011). *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab* (4. udg.). København, Danmark: Munksgaard.

Version 2 (2016) *1.000 it-klik om dagen tager lægers tid fra patienterne*. Lokaliseret fra <http://www.version2.dk/artikel/laeger-klikker-dagen-vaek-596869> Tilgået 28.september 2020

Via Ritzau (2018). *Ny brugerundersøgelse skal forbedre sundhedsplatformen*. Tilgået 20.november 2020. Lokaliseret fra <https://via.ritzau.dk/pressemeddelelse/ny-brugerundersogelse-skal-forbedre-sundhedsplatformen?publisherId=3111258&releaseId=12611953>



Bilag

Bilag 1 – Tidslinje for digitaliseringen; forklaring til tidslinjen

Bilag 2 – Big Bang implementering og kravspecifikationer

Bilag 3 – Interviewguide PRÆ og POST SP

Bilag 4 - Det færdige spørgeskema PRÆ SP

Bilag 5 - Det færdige spørgeskema POST SP

Bilag 6 – Rigshospitalets organisationsdiagram

Bilag 7- Mintzbergs fem organisationsstrukturer

Bilag 8 – Fire hovedtyper af forandringsstrategier

Bilag 9 – Trin for trin med medicinmodulet

Bilag 10 - Tidsregistrering af arbejdet i medicinmodulet

Bilag 11 – Interview med aktører PRÆ og POST SP

Bilag 12 – Analyse af besvarelser PRÆ SP

Bilag 13 – Analyse af besvarelser POST SP

Bilag 14 – Kommentarer spørgeskemaer PRÆ SP

Bilag 15 – Kommentarer spørgeskemaer POST SP

BILAG 1 – Forklaring til tidslinjen

Kort efter CPR.nr indførelse, i 1972, udviklede daværende Kommunedata (KMD) et "Hospital information system", også kendt som Health Information System (HIS), som de navngav Patientadministrative system (PAS), og som i 1988 blev videreudviklet til det grønne system (GS). GS indeholdt booking- og kliniske funktioner, hvilket gav bedre overblik over patienter, diagnoser, operationer osv. Samtidig kunne systemet sikre indberetning til Sundhedsstyrelsen. (Høstgaard 2009).

For at strukturere digitaliseringen af det danske sundhedsvæsen, er der gennem tiden blevet udgivet forskellige handlingsplaner og strategier. I 1995 blev "IT-politisk handlingsplan" en realitet, og kort efter i 1996, samarbejdede sundhedsministeriet og amterne om at igangsætte udviklingen af Elektronisk Patient Journal (EPJ). I den forbindelse blev "Handlingsplan for elektroniske patient journaler" (HEP) sat i værk. HEP gav økonomisk støtte til regionale og lokale Elektroniske Patient Journal-projekter, og fungerede samtidig som koordinerende instans (EPJ Observatoriet 2004, Dagens Medicin 2011).

I 1999 øgedes opmærksomheden omkring it i sundhedsvæsenet, og for første gang udsendtes "National strategi for IT i sundhedsvæsenet 2000-2002". Strategien skabte udgangspunktet for implementeringen af Elektroniske Patient Journal (EPJ) systemer i det danske sundhedsvæsen, og blev til som et samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, amterne og H:S - og skulle erstatte HEP. Samtidig med udgivelsen af strategien, blev det nationale standardiseringsforum for EPJ nedsat. Formålet med forummet var, at fastsætte standarder for EPJ inden implementeringen af systemet. Således foregik i år 2000 testrunder på Gentofte hospital, samt høringer, for at fastslå behovet for – og ønsker til EPJ (Sundhedsstyrelsen 2009). Efter de forskellige test, præsenterede Sundhedsstyrelsen i 2001 en grundstruktur for EPJ, som dannede grundlag for praktisk evaluering af systemet (Medicinsk informatik 2000). I 2002 indgik amterne og regeringen en økonomiaftale som sikrede indførelsen af EPJ på alle sygehuse inden udgangen af 2005, og en national styregruppe for EPJ blev nedsat (Dagens medicin 2011, Høstgaard 2009).

Med etableringen af EPJ, var grundstenen for et digitalt sundhedsvæsen lagt.

"National IT-strategi for sundhedsvæsenet" udsendtes af Indenrigs-, og Sundhedsministeriet for 2003-2007, og indeholdt initiativer til implementeringen af EPJ i praksis (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003).

Herefter fortsatte udviklingen og forandringerne. I 2007 blev regionerne etableret. Regionernes strategi var - overordnet set - at forbedre den kliniske hverdag, således at datadeling og tilgængelighed af journaler ville blive lettere. Samtidig ønskede regionerne at elektroniske oplysninger om patienten blev samlet ét sted. Ved etableringen af regionerne havde alle danske sygehuse delvist indført it-systemer, som indeholdt enkelte af EPJ-modulerne (Statsrevisorerne, feb. 2011). Der opstod øget fokus på at samle de mange forskellige it-systemer, som havde eksisteret under amterne, til færre systemer. Drømmen var ét EPJ-system pr region. For at strukturere IT i sundhedsvæsenet, blev Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (Digital Sundhed), etableret i 2007. Målet var bl.a. at sikre udviklingen og udbredelsen af EPJ i Danmark, samt at sikre regionalt samarbejde omkring digitaliseringen af borgernes data.

Det var også i januar 2007 at regeringen, KL og Danske regioner etablerede første version af borger.dk som gav borgerne digital adgang til informationer om det offentlige (Digitaliseringsstyrelsen). I slutningen af 2007 blev "National strategi for digitalisering af sundhedsområdet 2008-2012" udgivet. Denne kaldes også for den nationale it-strategi, og havde til formål at *"(...)opstille konkrete mål for anvendelse og nytteværdi (effekter) af epj"* (Beretning til statsrevisorerne om elektroniske patientjournaler på sygehuse, feb 2011, s. 2).

Digital Sundhed blev nedlagt i 2010, da styrelsen ikke havde formået at opnå de ønskede effekter, især var det ikke lykkedes at koordinere og styre EPJ, som det havde været hensigten (Finans 2010). Erstatningen til Digital Sundhed, blev Regionernes Sundheds-it, som blev etableret i 2010, med det formål at sikre regionalt samarbejde - i bestræbelsen på at digitalisere sundhedsvæsenet – og for at sætte overordnede rammer for hvordan, regionerne gennemførte sundheds-it-projekter, fx gennem

fælles udbudsrunder, indkøb og kravspecifikationer til EPJ-systemer. I forlængelse heraf, blev National Sundheds-it (NSI) etableret den 1. januar 2011, som en del af Sundhedsdatastyrelsen, med to formål. For det første skulle NSI sikre national koordinering og styring af samarbejdet mellem regioner og kommuner omkring sundheds-IT, og for det andet skulle NSI sikre sammenhængende og effektive it-løsninger indenfor sundhedssektoren. NSI skulle således fastsætte milepæle der kunne styre prioriteringen af ressourcer til it i sundhedsvæsenet, samt sikre arbejdsdeling, sammenhæng og fremdrift (Finansministeriet 2011). En af NSI's opgaver var, ved oprettelsen, at sikre

"Sygehusene skal have sammenhængende it-værktøjer, som understøtter effektive og veltilrettelagte arbejdsgange og som samtidig sikrer, at sundhedspersonalet altid har de data, som er nødvendige for at sikre en høj kvalitet i patientbehandlingen.

Inden udgangen af 2013 har hver region en fuldt konsolideret elektronisk patientjournal (EPJ) og en sammenhængende it-arbejdsplads med fælles log-in til alle relevante sygehussystemer"

(Finansministeriet; Aftaler om den kommunale og regionale økonomi for 2011 s.62).

Citatet herover viste tydeligt, at EPJ var en stor ambition for NSI.

Siden 2011 eksisterede et samarbejde mellem stat, regioner og kommuner om digitaliseringen af det offentlige Danmark, kaldet Digitaliseringsstyrelsen (Digitaliseringsstyrelsen). Digitaliseringsstyrelsen fastlægger digitaliseringsstrategier, som blandt andet har muliggjort nemid og borger.dk. Derudover arbejder styrelsen fortsat for at sikre og monitorere kvaliteten af sundhedsvæsenet, ud fra tanken om, at *"Sundheds-it er en helt nødvendig løftestang for at sikre effektive arbejdsgange, høj produktivitet og god kvalitet på sygehusene"* (Digitaliseringsstyrelsen 2011).

I maj 2012 indgik Region Hovedstaden og Region Sjælland et samarbejde om, at indføre et fælles integreret dokumentationssystem for hospitalerne i begge regioner. Dette system blev senere kendt som Sundhedsplatformen (SP).

I juni 2013, blev en ny fælles offentlig strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet fastlagt, med det formål at skabe en fælles forpligtende kurs for det digitale arbejde.

I "Digitalisering med effekt – Nationale strategi for digitalisering i sundhedsvæsenet 2013-2017", kan læses om hvordan, og hvorfor, digitaliseringen bør finde sted. Strategien blev udgivet af regeringen, kommunernes landsforening (KL), og danske regioner, og var således resultatet af et bredt samarbejde, hvilket også ses ved et af målene:

"Borgerne i DK skal møde et moderne og effektivt sundhedsvæsen med sammenhængende patientbehandling af høj kvalitet(...)Digitalisering er et centralt redskab til at skabe et mere borger-nært, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen" (Regeringen, KL, Danske regioner 2013 s.2)

Som det fremgår af ovenstående gennemgang, har ideen om ét fælles it-system, som middel til at opnå et moderne, sammenhængende og effektivt sundhedsvæsen, været gennemgående siden 2007. EPJ-systemer blev i flere strategier præsenteret som et vigtigt værktøj, til at sikre digitaliseringen af sundhedsvæsenet, og medvirkede til at skabe grundlag for implementeringen af et system som SP.

Den seneste strategi som udkom var "Et sikkert og sammenhængende sundhedsvæsen for alle – strategi for digital sundhed 2018-2022", som præsenteres i selve tekststykket i afsnit 2.1

Bilag 2 – Big Bang implementeringsstrategi og kravspecifikationer

Implementeringen af SP fandt som nævnt sted ved anvendelsen af en Big-Bang implementering. Herunder ses, at det var et krav fra Region Hovedstaden og Region Sjælland, at implementeringen skulle udføres som Big Bang.

8.2.5.3 Implementeringsforløb

I bilag 1, Tidsplan for Sundhedsplatformen fastsættes tidspunkter for de aktiviteter, der er relevante i forbindelse med konverteringsopgaven.

Kunden forventer (jf. Bilag 1), at der skal foretages en løbende udrulning af Sundhedsplatformen på Regionernes hospitaler, startende med et pilotprojekt. Som udgangspunkt skal der implementeres "Big Bang" på et hospital – det vil sige at al funktionalitet skal implementeres i samme forløb på det givne hospital.

Kunden skal i samarbejde med Leverandøren udarbejde en analyse, som dels skal afdække problemområdet omkring hospitalsvis implementering og dels beskrive og komme med løsninger på, hvordan det håndteres, at nogle hospitaler i implementeringsperioden har adgang til Sundhedsplatformen, mens andre hospitaler fortsat arbejder på de eksisterende systemer.

Sundhedsplatformen
Underbilag 3-1 Kravspecifikation

313

(Kilde: Region Hovedstaden og Region Sjælland, Sundhedsplatformen, Underbilag 3-1 Kravspecifikation, s. 313. (ukendt dato). Fremsendt via mail efter ansøgning om agtindsigt i kravspecifikationerne hos Region Hovedstaden).

At der var tale om en big-bang implementering betyder, at hele systemet – dvs. i dette tilfælde SP - tages i brug på én gang. At Region Hovedstaden og Region Sjælland valgte, at anvende en big bang implementering, beskriver samtidig, hvordan de opfatter de forskellige hospitaler. Såfremt regionerne havde valgt at opfatte hvert hospital som en organisation, er det korrekt at der er tale om en big-bang implementering på hvert hospital. Havde regionerne derimod opfattet hospitalerne på Sjælland som én samlet organisation, havde den fase-inddelte implementering, de fem faser, svaret til det der kunne beskrives som en domino-implementering, altså en gradvis implementering. (kilde: Attrup 2008 s. 267 i slides fra undervisning i faget Ledelse, Kvalitetsudvikling og evaluering i sundhedssektoren, undervisere Karsten Niss og Christian Nøhr, januar 2017).

Eftersom Region Hovedstaden og Region Sjælland opfattede hvert hospital som en organisation, har jeg også, i dette speciale, valgt at anskue Rigshospitalet som en separat organisation.

Bilag 3 - Interviewguide: PRÆ og POST SP

Introduktionen til interviewguiden var identisk for PRÆ og POST SP, og derfor opdeles først i PRÆ og POST ved de to interviewguides.

Præsentation af min rolle som interviewer er udeladt, da aktørerne kendte til projektet fra introduktion på den første observationsdag. Dette gælder for interviewet både før og efter implementeringen af SP.

Inden optagelse af interview påbegyndes, oplyses informanter om

- Den forventede tidsramme (maks.20 min)
- At interviewet behandles fortroligt og anonymt med mindre aktørerne ønsker at stå frem med navn
- At interviewet optages (med diktafon i mobiltelefon), og at optagelsen anvendes til at hjælpe min hukommelse
- Afklaring; herunder at de skal stille spørgsmål undervejs, eller gøre opmærksom på, hvis der er noget de er i tvivl om i forhold til spørgsmålene

Interviewguide PRÆ SP

Tema/emne	Mål	Spørgsmål
Introduktion	Information om informant, for at få bekræftet den information jeg havde fået under observationerne	Vil du præsentere dig selv? (navn, alder, stilling osv.)
Viden	At afklare personalets forventninger til implementeringen af SP, og hvilken betydning de forventer SP får for deres arbejde, og derigennem opnå viden om deres holdninger til SP	Hvilke forventninger har du til Sundhedsplatformen?
Forandringsparathed	At afdække hvor forandringsparate personalet opfatter sig selv, i forhold til arbejdslivet	Hvordan reagerer du, når der sker forandringer i din arbejdsgang og/eller i de arbejdsværktøjer du anvender?
Forberedelse	At undersøge om personalet føler sig "klædt på" til ibrugtagningen af SP	Føler du dig tilstrækkeligt forberedt til ibrugtagningen af SP?
Organisation	At få forståelse for, hvordan Rigshospitalet som organisation har kommunikeret forandringen til personalet	Hvordan føler du at din arbejdsgiver har informeret dig om den forestående implementering?
Afslutning	For at give informanten mulighed for en afslutning på interviewet.	Har du noget du gerne vil tilføje?

Interviewguide POST SP

Tema/emne	Mål	Spørgsmål
Introduktion	Information om aktør, for at få bekræftet den information jeg havde fået under observationerne og interview præ SP	Vil du præsentere dig selv? (navn, alder, stilling osv.)
Implementering af SP	Afdække aktørens holdninger til implementeringen og ibrugtagningen af SP	Hvordan har du oplevet implementeringen af SP?
Implementering af SP	Afdække aktørens parathed til anvendelse af SP	Følte du dig tilstrækkeligt forbedret, da SP blev taget i brug?
Arbejdsgange	Undersøge aktørernes opfattelse af arbejdsgangene efter implementeringen af SP, for at afdække hvordan disse var ændret.	Kan du beskrive hvordan dine arbejdsgange har ændret sig efter SP?
Afslutning	For at give informanten mulighed for en afslutning på interviewet.	Har du noget du gerne vil tilføje?

Bilag 4 – Det færdige spørgeskema PRÆ SP

Brugen af IT på din afdeling: Spørgeskema

Introduktion: Formålet ved dette spørgeskema

Hej ☺

Jeg er masterstuderende i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet, og er i gang med mit afsluttende projekt. I den anledning ønsker jeg at undersøge anvendelsen af IT på forskellige afdelinger her på Rigshospitalet – før og efter implementeringen af Sundhedsplatformen. Spørgeskemaet skal bruges til at give mig et overblik over, og indblik i, hverdagen med IT på Rigshospitalet inden sundhedsplatformen. Spørgsmålene omhandler derfor hovedsageligt hvordan du arbejder med IT i løbet af din arbejdsdag. På et tidspunkt, når sundhedsplatformen har været implementeret i en periode, vil du modtage anden del af spørgeskemaet.

Alle besvarelser er anonyme, og du skal beregne ca. 15.min til besvarelserne.

Skemaet bedes udfyldt og afleveret hos _____, hvor jeg vil samle dem ind onsdag den 2.november 2016.

Jeg sætter stor pris på din hjælp.

Med venlig hilsen
Stella Lauenborg Hansen

Spørgeskemaet

Først lidt baggrundviden om dig

1. Hvad er din stilling? (sæt kryds ved dit svar)

- ☐ BIOANALYTIKKER
☐ FYSIOTERAPEUT
☐ LÆGE
☐ MEDICIN STUDERENDENE
☐ RADIOGRAF
☐ SEKRETÆR
☐ SOCIAL OG SUNDHEDSASSISTENT
☐ SOSU-ELEV
☐ SYGEPLEJERSKE
☐ SYGEPLEJESTUDERENDE
ANDET: _____.

2. Har du speciel funktion? fx leder, afdelingssygeplejerske, forskningsansvarlig, forskningssygeplejerske, sygeplejerske med ledelsesansvar, kliniske uddannelsesansvarlig osv (skriv selv)_____.

3. Hvor gammel er du? _____år.

4. Er du MAND / KVINDE ? (sæt ring om dit svar)

5. Hvor længe har du arbejdet på din nuværende afdeling? _____År.

6. Hvor længe har du været færdiguddannet?_____År.

7. Hvilken type afdeling er du ansat på? fx medicinsk, ambulatorie, sengeafdeling, intensiv, operationsafsnit osv.
(skriv selv)_____.

8. Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Ved oplysning om ændringer i mine arbejdsopgaver/ måde at arbejde på, er min første reaktion at føle modstand"

(sæt et kryds)

- ☐ Meget enig
☐ Enig
☐ Hverken enig eller uenig
☐ Uenig
☐ Meget uenig

9. Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Hvis jeg var involveret i beslutningstagningen vedrørende en forandring, ville jeg yde mindre modstand mod forandringen"

(sæt et kryds)

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig

10. Hvor forandringsparat synes du selv du er, i forhold til ny teknologi, nye it-systemer? (sæt et kryds)

- ☐ Jeg lærer hurtigt ny teknologi (fx computere, smartphones, hospitalsudstyr)
- ☐ Jeg lærer at anvende ny teknologi, men det tager lidt tid
- ☐ Jeg er meget interesseret i at lære ny teknologi, da det er fremtiden
- ☐ Jeg lærer ny teknologi fordi mit arbejde kræver det
- ☐ Jeg lærer modvilligt ny teknologi (fx for at beholde mit job)
- ☐ Jeg ønsker ikke at lære ny teknologi

11. Hvor forandringsparat synes du selv du er, i forhold til nye arbejdsopgaver? – de nye arbejdsopgaver påvirker ikke din generelle arbejdsbyrde (sæt et kryds)

- ☐ Jeg lærer hurtigt nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg lærer at have nye arbejdsopgaver, men det tager lidt tid
- ☐ Jeg er meget interesseret i at få nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg påtager mig nye arbejdsopgaver, fordi mit arbejde kræver det
- ☐ Jeg er modvillig overfor nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg frygter at nye arbejdsopgaver for mig, betyder at kolleger fyres
- ☐ Jeg ønsker ikke at få nye arbejdsopgaver

12. Færdiggør sætningen "Jeg mener modstand mod forandring skyldes..."

(sæt gerne flere kryds)

- ☐ Manglende forståelse for behovet for forandring
- ☐ At man ikke føler forandringen er nødvendig
- ☐ Frygten for det ukendte
- ☐ Manglende tiltro til de nye metoder
- ☐ Dårlig kommunikation omkring forandringen
- ☐ At man ikke bliver rådspurgt omkring forandringen

Nu kommer lidt spørgsmål om din brug af IT når du udfører dine daglige arbejdsopgaver

13. Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på arbejdsopgaver, på computeren, hvis din arbejdsdag er 8 timer? (sæt kryds. Hvis du bruger præcist 3 timer, sæt da krydset ved 3-4 timer)

- ☐ Under 30 min.
- ☐ 30 min til 1 time
- ☐ 1-2 timer
- ☐ 2-3 timer

- ☐ 3-4 timer
- ☐ 4-5 timer
- ☐ 5-6 timer
- ☐ 6-7 timer
- ☐ 7-8 timer

14. Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på interaktioner (samtale, pleje) med patienter i løbet af din arbejdsdag, hvis den er 8 timer? (sæt kryds)

- ☐ Under 15min
- ☐ 15min til 30min.
- ☐ 31min til 1 time
- ☐ 1-2 timer
- ☐ 2-3 timer
- ☐ 3-4 timer
- ☐ 4-5 timer
- ☐ 5-6 timer
- ☐ 6-7 timer
- ☐ 7-8 timer

15. I hvor høj grad synes du, at du har tilstrækkelig tid sammen med patienten? (sæt 1 kryds)

- ☐ I meget høj grad (meget acceptabelt)
- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ Hverken eller
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad (helt uacceptabelt)
- ☐ Jeg har ikke patientkontakt i mine arbejdsopgaver

Evt. kommentarer: _____

16. Hvor mange forskellige IT-programmer anvender du i dagligdagen, når du skal orientere dig i patienten? (her menes selvstændige programmer, fx OPUS, EPM, ORBIT)

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6 eller flere

17. Hvor let/svært er det at finde oplysninger om en patient (med kendt dansk cpr.nr), **som du/I ikke tidligere har haft på din afdeling/ambulatorie?**

- ☐ Meget let
☐ Let
☐ Hverken eller
☐ Svært
☐ Meget svært

Evt. kommentarer: _____

18. Når du/ I får en ny patient på afdelingen/ambulatoriet hvor finder I så oplysninger om patienten? Fx oplysninger som skal bruges til et behandlingsforløb, indlæggelsesforløb/operation (sæt et kryds)

- ☐ Finder alle oplysninger i OPUS, EPM, ESA m.m
☐ Modtaget fax/brev med oplysninger fra praktiserende/henvisende læge/andet hospital
☐ Tager telefonisk kontakt til tidligere læge/hospital
☐ Spørger patienten om ALLE oplysninger
☐ Spørger patienten om supplerende oplysninger
☐ Andet: : _____

Evt. kommentarer: _____

19. Når du/ I får en ny patient på afdelingen/ambulatoriet hvor ofte udspørger du så patienten om deres oplysninger stemmer overens? (sæt et kryds)

- ☐ Altid, jeg skal bekræfte at oplysninger om fx medicin, funktionsniveau, ernæring ,trivsel er de samme som oplyst
☐ Hver gang, jeg vil gerne danne mig mit eget indtryk af patienten
☐ Ofte, hvis oplysningerne er mangelfulde
☐ Sjældent, kun hvis det fx er længe siden patienten sidst har været i kontakt med sundhedsvæsenet
☐ Aldrig, jeg stoler på at oplysningerne i systemet er korrekte
☐ Andet: : _____

20. Hvor tilfreds er du med det nuværende IT-system KISO (til sygeplejedokumentation)

- ☐ Meget tilfreds (Systemet opfylder mine behov)
☐ Tilfreds

- ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds
☐ Utilfreds
☐ Meget utilfreds
☐ Jeg anvender ikke KISO til dokumentation

Evt. kommentarer: _____

21. Hvor tilfreds er du med det nuværende IT-system EPM (til håndtering af medicin)

- ☐ Meget tilfreds
☐ Tilfreds
☐ Hverken tilfreds eller utilfreds
☐ Utilfreds
☐ Meget utilfreds
☐ Jeg anvender ikke EPM

Evt. kommentarer: _____

Nu kommer nogle spørgsmål om Sundhedsplatformen og om den undervisning du har modtaget

22. Du har været til undervisning i Sundhedsplatformen, hvor relevant synes du undervisningen er/var? (sæt et kryds)

- ☐ Meget relevant
☐ Relevant
☐ Hverken relevant eller irrelevant
☐ Irrelevant
☐ Meget irrelevant
☐ Jeg har ikke været til undervisning i sundhedsplatformen endnu

23. Har du nogle kommentarer til undervisningen, i forhold til relevansen, eller andet?

24. Hvor mange timer/kurser har du været til i Sundhedsplatformen? (skriv venligst selv)

25. Har du særfunktion på Sundhedsplatformen? (sæt gerne flere kryds)

- ☐ Superbruger
- ☐ Underviser
- ☐ Andet: _____
- ☐ Nej

26. Hvilken betydning forventer du at sundhedsplatformen får for dine arbejdsgange når den er fuldt implementeret/igangsat? (sæt et kryds ved følgende udsagn)

- ☐ Uændrede arbejdsgange
- ☐ Mere tid til patienten
- ☐ Færre systemer at hente informationer i
- ☐ Kortere tid anvendt foran computeren
- ☐ Lettere arbejdsgange indenfor IT
- ☐ Mere effektivitet i patientforløb
- ☐ Mere papirløs arbejdsdag

27. Hvilket af følgende udsagn passer på dig? (sæt et kryds). "Når det handler om sundhedsplatformen er jeg..."

- ☐ Optimist, jeg tror på at sundhedsplatformen er en forbedring
- ☐ Forbeholden (fx projektet virker meget ambitiøst)
- ☐ Pessimist, hvorfor ændre på systemer der virker
- ☐ Uforstående overfor at alle systemer ændres, vi burde beholde dem der virker fint
- ☐ Andet/evt. tilføjelser: _____
- _____
- _____

28. Har du noget du gerne vil tilføje omkring brugen af IT i din arbejdsdag, sundhedsplatformen, eller andet?

Tusind tak for hjælpen 😊

Bilag 5 – Det færdige spørgeskema POST SP

OBS! Bemærk venligst at skrifttypen er mindsket i forhold til det omdelte spørgeskema af hensyn til omfanget af bilag.

Brugen af IT på din afdeling: Spørgeskema

Introduktion: Formålet med dette spørgeskema

Hej ☺

Jeg er masterstuderende i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet, og er i gang med mit afsluttende projekt. I den anledning ønsker jeg at undersøge anvendelsen af Sundhedsplatformen på Rigshospitalet.

Spørgeskemaet skal give mig et overblik over, og indblik i, hverdagen med sundhedsplatformen.

Dette spørgeskema er en opfølgning på det spørgeskema jeg delte ud før implementeringen af SP, så hvis du var med til at besvare det, har du måske set nogle af spørgsmålene før.

Alle besvarelser er anonyme, og du skal beregne ca. 20 min til besvarelserne.

Skemaet bedes udfyldt og afleveret hos _____, hvor jeg vil samle dem ind torsdag den 30. november 2017

Med venlig hilsen og tusind tak for hjælpen

Stella Lauenborg Hansen

SPØRGESKEMAET

Først lidt baggrundsviden om dig

1. Hvad er din stilling? (sæt kryds ved dit svar)

- ☐ BIOANALYTIKKER
- ☐ FYSIOTERAPEUT
- ☐ LÆGE
- ☐ MEDICIN-STUDERENDE
- ☐ RADIOGRAF
- ☐ SEKRETÆR
- ☐ SOCIAL OG SUNDHEDSASSISTENT
- ☐ SOSU-ELEV
- ☐ SYGEPLEJERSKE
- ☐ SYGEPLEJERSKE-STUDERENDE
- ANDET: _____.

2. Har du speciel funktion? Fx leder, afdelingssygeplejerske, forskningsansvarlig, forskningssygeplejerske, sygeplejerske med ledelsesansvar, klinisk uddannelsesansvarlig osv.
(skriv selv) _____.

3. Hvor gammel er du? _____ år.

4. Er du **MAND** / **KVINDE** **?** (sæt ring om dit svar)

5. Hvor længe har du arbejdet på din nuværende afdeling? _____ År.

6. Hvor længe har du været færdiguddannet? _____ År.

7. Hvilken type afdeling er du ansat på? Fx medicinsk, ambulatorie, sengeafdeling, intensiv, operationsafsnit osv
(skriv selv) _____.

8. Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Ved oplysning om ændringer i mine arbejdsopgaver/ måde at arbejde på, er min første reaktion at føle modstand"
(sæt et kryds)
☐ Meget enig
☐ Enig
☐ Hverken enig eller uenig
☐ Uenig
☐ Meget uenig

9. Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Hvis jeg var involveret i beslutningstagningen vedrørende en forandring, ville jeg yde mindre modstand mod forandringen" (sæt et kryds)

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig

10. Hvor forandringsparat synes du selv du er, i forhold til ny teknologi, nye it-systemer? (sæt gerne flere kryds)

- ☐ Jeg lærer hurtigt ny teknologi (fx computere, smartphones, hospitalsudstyr)
- ☐ Jeg lærer at anvende ny teknologi, men det tager lidt tid
- ☐ Jeg er meget interesseret i at lære ny teknologi, da det er fremtiden
- ☐ Jeg lærer ny teknologi fordi mit arbejde kræver det
- ☐ Jeg lærer modvilligt ny teknologi (fx for at beholde mit job)
- ☐ Jeg ønsker ikke at lære ny teknologi

11. Hvor forandringsparat synes du selv du er, i forhold til nye arbejdsopgaver? – de nye arbejdsopgaver påvirker ikke din generelle arbejdsbyrde (sæt et kryds)

- ☐ Jeg lærer hurtigt nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg lærer at have nye arbejdsopgaver, men det tager lidt tid
- ☐ Jeg er meget interesseret i at få nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg påtager mig nye arbejdsopgaver, fordi mit arbejde kræver det
- ☐ Jeg er modvillig overfor nye arbejdsopgaver
- ☐ Jeg frygter at nye arbejdsopgaver for mig, betyder at kolleger fyres
- ☐ Jeg ønsker ikke at få nye arbejdsopgaver

12. Færdiggør sætningen "Jeg mener modstand mod forandring skyldes..." (sæt et kryds)

- ☐ Manglende forståelse for behovet for forandring
- ☐ At man ikke føler forandringen er nødvendig
- ☐ Frygten for det ukendte
- ☐ Manglende tiltro til de nye metoder
- ☐ Dårlig kommunikation omkring forandringen
- ☐ At man ikke bliver rådspurgt omkring forandringen

Nu kommer nogle spørgsmål om brugen af Sundhedsplatformen (SP)

13. Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på arbejdsopgaver, på computeren, hvis din arbejdsdag er 8 timer? (sæt et kryds)

- ☐ Under 30 min
- ☐ 30min – 1 time
- ☐ 1-2 timer
- ☐ 2-3 timer
- ☐ 3-4 timer
- ☐ 4-5 timer
- ☐ 5-6 timer
- ☐ 6-7 timer
- ☐ 7-8 timer

14. Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på interaktioner (samtale, pleje) med patienter i løbet af din arbejdsdag, hvis den er 8 timer? (sæt et kryds)

- ☐ Under 30 min
- ☐ 30min – 1 time
- ☐ 1-2 timer
- ☐ 2-3 timer
- ☐ 3-4 timer
- ☐ 4-5 timer
- ☐ 5-6 timer
- ☐ 6-7 timer
- ☐ 7-8 timer

15. I hvor høj grad synes du, at du har tilstrækkeligt tid sammen med patienten (sæt 1 kryds)

- ☐ I meget høj grad (meget acceptabelt)
- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ Hverken eller
- ☐ I ringe grad
- ☐ I meget ringe grad (helt uacceptabelt)
- ☐ Jeg har ikke patientkontakt i mine arbejdsopgaver

Evt. kommentarer: _____

16. Hvor tilfreds er du med SP til sygeplejedokumentation?

- ☐ Meget tilfreds (systemet opfylder mine behov)
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Jeg anvender ikke SP til sygeplejedokumentation

Evt. kommentarer: _____

17. Hvor tilfreds er du med SP til håndtering af medicin (altså medicinmodulet i SP)?

- ☐ Meget tilfreds (systemet opfylder mine behov)
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds
- ☐ Jeg anvender ikke SP til medicin håndtering

Evt.kommentarer: _____

18.Hvor tilfreds er du generelt med SP?

- ☐ Meget tilfreds (systemet opfylder mine behov)
- ☐ Tilfreds
- ☐ Hverken tilfreds eller utilfreds
- ☐ Utilfreds
- ☐ Meget utilfreds

Evt. kommentarer: _____

19.Synes du SP er bedre eller dårligere at arbejde med, end de tidligere systemer? (sæt et kryds)

- ☐ Meget bedre
- ☐ Bedre
- ☐ Hverken bedre eller dårligere – det er det samme
- ☐ Dårligere
- ☐ Meget dårligere

Kan du uddybe/forklare dit svar ? (fx mener du det er systemet eller brugeren som er årsag til dit svar. Obs skriveplads fortsætter næste side)

20.Hvordan vil du samlet set beskrive SP? (sæt ét kryds)

- ☐ Stor succes, yderst vellykket
- ☐ Succes
- ☐ OK
- ☐ Under forventning
- ☐ Fiasko
- ☐ Andet: _____

21.Mener du SP har potentiale som arbejdsredskab? (sæt et kryds)

- ☐ Ja, SP virker som det skal
- ☐ Ja, med lidt tilpasning kan systemet virke
- ☐ Ja, med meget tilpasning kan systemet virke
- ☐ Måske, det kræver mange ændringer for at blive godt
- ☐ Nej, systemet kan ikke anvendes i hverdagen
- ☐ Andet: _____.

22. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn? "Udfordringerne ved SP skyldes at systemet er nyt, og skal læres" (sæt et kryds)

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig

23. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn? "Udfordringerne ved SP skyldes systemets opbygning og brugerflade" (sæt et kryds)

- ☐ Meget enig
- ☐ Enig
- ☐ Hverken enig eller uenig
- ☐ Uenig
- ☐ Meget uenig

24. Efter din mening, i hvor høj grad har mediedækningen af SP haft indflydelse på din opfattelse af SP (Her tænkes både den positive og negative medieomtale)

- ☐ I meget høj grad
- ☐ I høj grad
- ☐ I nogen grad
- ☐ I lav grad
- ☐ I meget lav grad
- ☐ Jeg er ikke påvirket af mediedækningen

Evt. kommentarer: _____

25. Hvor let/svært er det at finde oplysninger om en patient (med kendt dansk cpr.nr) **som du/I ikke tidligere har haft på din afdeling?** (sæt kryds)

- ☐ Meget let
- ☐ Let
- ☐ Hverken eller
- ☐ Svært
- ☐ Meget svært

26. Når du / I modtager en ny patient på afdelingen, hvor finder I så oplysninger om patienten? fx oplysninger som skal bruges til et behandlingsforløb, indlæggelsesforløb/operation (sæt et kryds)

- ☐ Finder alle oplysninger i SP
- ☐ Modtaget fax/brev med oplysninger fra praktiserende læge/henvisende læge/andet hospital
- ☐ Tager telefonisk kontakt til praktiserende læge/andet hospital

- ☐ Spørger patienten om ALLE oplysninger
- ☐ Spørger patienten om supplerende oplysninger
- ☐ Andet: _____.

27. Når du / I modtager en ny patient på afdelingen, hvor ofte udspørger du så patienten om deres oplysninger stemmer overens? (sæt et kryds)

- ☐ Altid, jeg skal bekræfte at oplysninger om fx medicin, funktionsniveau, ernæring, trivsel er de samme som oplyst
- ☐ Hver gang, jeg vil gerne danne mig mit eget indtryk af patienten
- ☐ Ofte, hvis oplysningerne er mangelfulde
- ☐ Sjældent, kun hvis det fx er længe siden patienten sidst har været i kontakt med sundhedsvæsenet
- ☐ Aldrig, jeg stoler på at oplysningerne i SP er korrekte
- ☐ Andet: _____.

Nu kommer nogle spørgsmål til den undervisning du har modtaget i sundhedsplatformen, for ca. 1 år siden – inden implementeringen.

28. Har du været til undervisning i Sundhedsplatformen? (sæt ring)

JA

NEJ

(Hvis NEJ, gå til spørgsmål 31)

29. Du har været til undervisning i sundhedsplatformen, hvor relevant synes du undervisningen var i forhold til dit arbejde med SP? (sæt et kryds)

- ☐ Meget relevant
- ☐ Relevant
- ☐ Hverken relevant eller irrelevant
- ☐ Irrelevant
- ☐ Meget irrelevant

30. I hvor høj grad synes du, at der var overensstemmelse mellem den brugerflade du blev præsenteret for til undervisningen (i testmiljøet), og den brugerflade du fik at arbejde med, efter SP gik live? (sæt 1 kryds)

- ☐ Brugerfladen i testmiljø og i SP er identiske
- ☐ Der er ubetydelige uoverensstemmelser mellem testmiljø og SP
- ☐ Der er små uoverensstemmelser mellem testmiljø og SP
- ☐ Der er store forskelle mellem testmiljø og SP
- ☐ Testmiljøet og SP ligner slet ikke hinanden
- ☐ Andet: _____.

31. Har du fået sidemandsoplæring i SP – altså har du fået oplæring i SP fra dine kolleger, efter implementeringen (sæt et kryds)

- ☐ Ja, jeg har udelukkende fået sidemandsoplæring
☐ Ja, jeg har fået sidemandsoplæring som supplement til undervisningen
☐ Ja, jeg har fået – og har været med til at give – sidemandsoplæring, som supplement til undervisningen
☐ Nej, jeg har ”kun” fået oplæring gennem undervisningen i SP (de officielle kurser)
☐ Andet: _____

32. Har du kommentarer til undervisningen i SP, i forhold til relevansen, og brugbarheden i din hverdag?

33. Har du særfunktion på Sundhedsplatformen? (sæt gerne flere kryds)

- ☐ Superbruger
☐ Underviser
☐ Andet: _____
☐ Nej

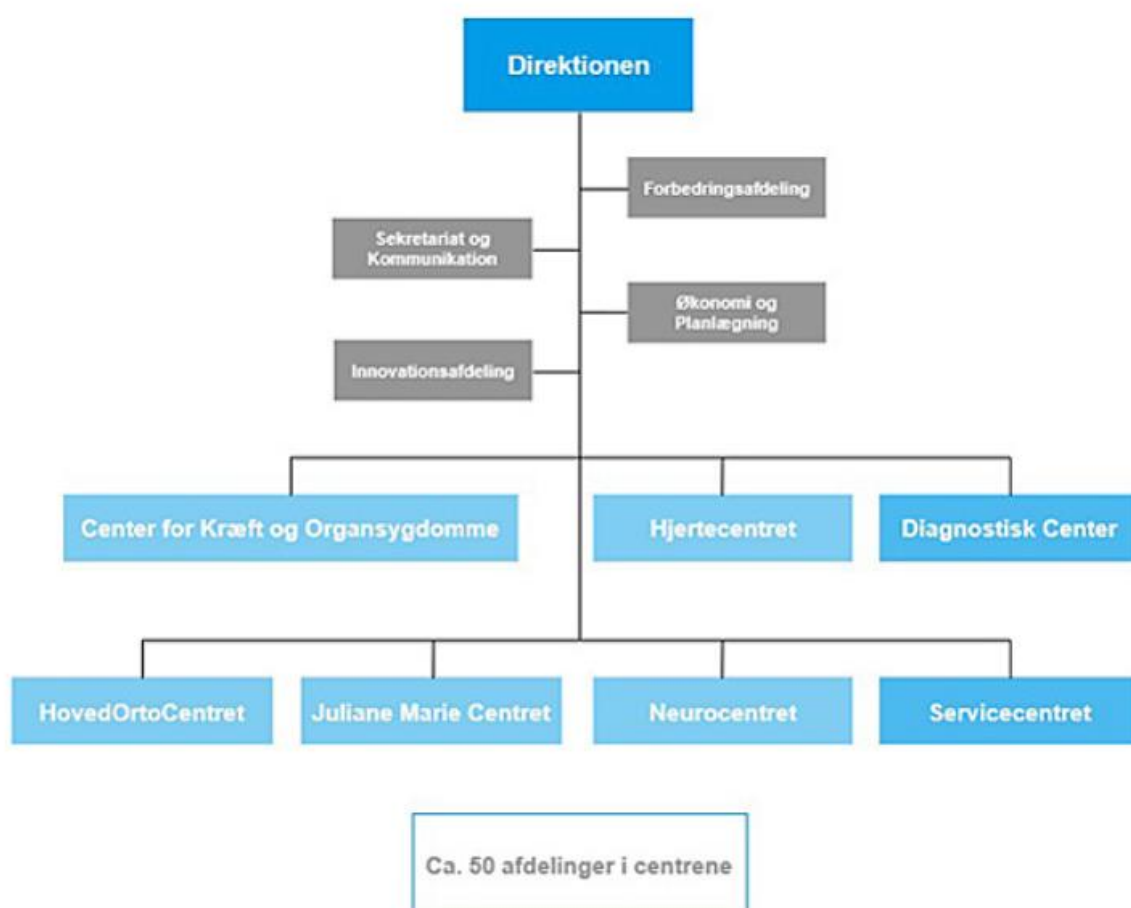
34. Har du noget du gerne vil tilføje?

Tusind tak for din hjælp 😊

Såfremt jeg må kontakte dig med henblik på uddybende spørgsmål, må du meget gerne notere din mail (din besvarelse vil stadig forblive anonym for andre end mig)

Bilag 6 – Rigshospitalets organisationsdiagram

Herunder ses organisationsdiagrammet for Rigshospitalet, hvilket yderligere underbygger, at der kan ses på hvert hospital, som en organisation. Som det fremgår, består Rigshospitalet af en direktion, som har ansvar for hospitalets samlede virksomhed. Hospitalsdirektionen består af en direktør og to vicedirektører, og støttes af de fire stabe som ses i grå i diagrammet. De syv centre indeholder i alt ca. 50 afdelinger.



Rigshospitalet (inkl. matriklen på Glostrup) håndterer årligt ca. 370.000 unikke patienter, og har 1.182 normerede senge⁴⁶. Dermed udgør sengeafdelinger en stor del af hospitalet (Rigshospitalets hjemmeside). <https://www.rigshospitalet.dk/om-hospitalet/organisation/Si-der/default.aspx>

⁴⁶ Tal fra 2019.

Bilag 7 – Mintzbergs fem organisationsstrukturer

- **Entreprenørorganisationen** kaldes ifølge Mintzberg for The simple structure, og består af en operativ kerne og en topledelse. Der findes ingen stabsfunktioner, og hierarkiet virker som koordinerende instans. Beslutningssystemet er centraliseret⁴⁷ – lederen træffer beslutningerne.
- **Maskinbureaukratiet** består af en forholdsvis stor teknostruktur, og har en høj grad af formalisering. Dermed er denne organisationstype koordineret, og styret, af procedurer og regler. Beslutningskompetencen er centraliseret og denne organisation producerer typisk enkle produkter, eller ydelser. Eksempler er hoteller, postvæsen.
- **Det professionelle bureaukрати** er præget af professionalisering. De ansatte i den operative kerne har beslutningskompetence, og der er dermed tale om en decentraliseret⁴⁸ organisation. Eksempler er hospitaler og høje uddannelsesinstitutioner.
- **Den innovative organisation**, blev oprindeligt kaldt The Adhocracy, af Mintzberg, denne form har en uklar struktur, og er decentraliseret. Strukturen kaldes også for organisk, der er ikke nedskrevne regler, så aktørerne i organisationen handler på eget initiativ. Eksempler er forskningsinstitutter og udviklingsafdelinger
- **Den divisionaliserede organisation**, er en organisation der består af forskellige afdelinger eller divisioner, og anvendes af organisationer, som driver forskellige former for virksomhed – eller på forskellige markeder. De individuelle afdelinger har en divisionsleder, der har beslutningskompetencerne. Denne struktur kan også ses hos de fire foregående organisationskonfigurationer, og er dermed ikke en selvstændig organisationsform. Eksempler er større produktionsvirksomheder – der producerer flere produkter.

(kilder til dette bilag; Jacobsen & Thorsvik 2008 s.83-92, Mintzberg 1980)

⁴⁷ Centralisering betyder at det er ledelsen, som træffer beslutningerne

⁴⁸ Decentralisering betyder, at det er de ansatte i en organisation, der træffer beslutningerne.

Bilag 8 – Fire hovedtyper af forandringsstrategier

- Ved den diktatoriske forandring, er det ledelsen og dennes magt, som er styrende for forandringen. Ledelsen har opdaget et behov for forandring, og opstiller på baggrund af behovet strategiske mål, som skal medvirke til, at implementere en forandring. Denne metode har en top-down⁴⁹ tilgang til forandringen, og er dermed grundlagt i koncentreret magt. Eftersom der ved denne strategi, anvendes magt, vil der potentielt opstå meget modstand (Jacobsen & Thorsvik 2008)
- Karismatisk forandring, tager udgangspunkt i, at det er lettere at gennemføre forandringer uden modstand, såfremt man har en karismatisk person til at stå i spidsen for forandringen. Ved at have en karismatisk leder i spidsen for en forandring, vil forandringen lettere få tilhængere. Den karismatiske leder, vil typisk være en del af forandringen, fra det øjeblik, hvor nødvendigheden af forandring bliver tydelig, og vil hurtigt præsentere en ny vision, som kan "redde" situationen. Samtidig vil den karismatiske leder, ofte gennem personligt engagement, fremhæve de små succeser, og på den måde sikre, at organisationen bevæger sig i den ønskede retning. Den karismatiske leder, vil for mange være en rollemodel, og en som de øvrige aktører i organisationen, ser op til og stoler på (ibid). Denne strategi, kan være vanskelig at gennemføre, da de færreste organisationer, med behov for forandring, vil have en karismatisk leder stående klar. Samtidig kan den karismatiske leder, skabe for høje forventninger til forandringen, og når løfterne ikke kan indfries, vil medarbejderne miste tiltro til lederen, og modstanden mod forandringen vil vokse frem (ibid)
- Tvungen, eller inkrementel, udvikling, vil typisk ske på baggrund af ordre fra ledelsen, hvilket vanskeliggør samarbejde med de ansatte. Disse forandringer kan virke små, idet forandringen deles op i mindre etaper, som en del af en større forandringsstrategi. I denne tilgang, udarbejdes forslag til ændringer forskellige steder i organisationer, og så medvirker ledelsen til at fastslå, hvilke ændringer der passer i den større strategi. Målet defineres tydeligt, men medarbejdere har indflydelse på, hvordan implementeringen af forandringen skal finde sted. Der er mulighed for, at denne strategi møder stærk modstand fra individer eller grupper af individer.
- Deltagende udvikling foregår ikke udelukkende gennem ledelsen. Alle i organisationen bliver inddraget i forandringsprocessen, da alle har et ansvar for organisationens udvikling. Denne strategi har fællestræk med en anden strategi, som kaldes organisationsudvikling. (Jacobsen & Thorsvik 2008)

⁴⁹ Top-down tilgang, dét at aktører øverst i hierarkiet, fx ledelsen, igangsætter en strategi eller et tiltag, som udbredes ned gennem hierarkiet, til de forskellige ansatte

Bilag 9 – Trin for trin med SP

obs screenshot er fra en kombination af det opdaterede undervisningsmiljø/elaerning, hvor brugerfladen ligner det "korrekte" SP, og billeder taget med kamera, som er blevet sløret. I undervisningsmiljøet er alle CPR.nr og patientnavne fiktive. Jeg valgte at tage sceenshots fra undervisningsmiljøet – og Region Sjællands online vejledninger- af hensyn til patienternes anonymitet, i de tilfælde hvor det drejede sig om patientlister, og sløring af data derfor ville ødelægge helhedsforståelsen . Da det drejer sig om undervisningsmiljø, fremgår det også, at der er tale om Herlev/Gentofte og ikke Rigshospitalet. Dette skyldes opsætning i dette miljø.

SP åbnes via ikon på skrivebordet



Der logges ind med brugernavn og adgangskode, et id kort kan tilknyttes en scanner, så kun en firecifret kode skal huskes, såkaldt single-sign on

Identitet	Lokation	Indl./Fov. udskr./Altalt udskr. (PFP)	Beh. niveau	Score	Ny info.	Isolation/smithfare	Kontrollering	Opholdstid
Andersen, Jens (26 år) 391520-7400	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	17-03-2020	Fuld behandling	I-EWS	✓	✓	✓	Herlev Hospital
Andersen, Jens (26 år) 391520-7401	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	17-03-2020	Fuld behandling	I-EWS	✓	✓	✓	Herlev Hospital
Andersen, Jens (26 år) 391520-7402	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	17-03-2020	Fuld behandling	I-EWS	✓	✓	✓	Herlev Hospital
Andersen, Jens (26 år) 391520-7403	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	17-03-2020	Fuld behandling	I-EWS	✓	✓	✓	Herlev Hospital
Andersen, Jens (26 år) 391520-7404	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	17-03-2020	Fuld behandling	I-EWS	✓	✓	✓	Herlev Hospital
Andersen, Rasmussen (34 år) 4687	NONE Jenseme/NONE Herlev Hospital	19-03-2020	Ej udfyldt	---	✓	✓	✓	Herlev Hospital

Andersen, Jens - Aktuel HGH O105E - Show Jenseme - Sprog NONE

CAVE pr. 18-03-2020

Gentamin
Svækketgrad
Livstruende og alvorlige
Opdateret: 17-03-2020 11:53
Reaktionstype: Alvorlige
Erklæring: Nye symptomer

Bevidsthed, psykisk, neuro

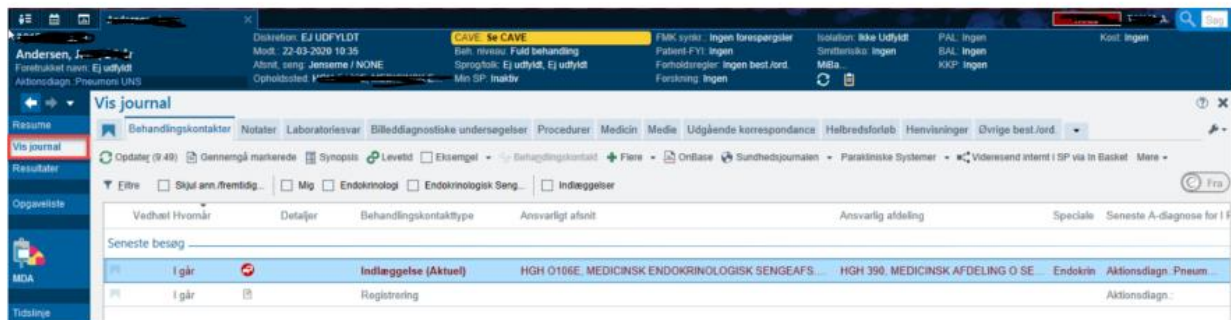
Bevidsthedsniveau
17-03 11:03
Vilgen, reagerer normalt eller normal søvn

Diagnoseliste - Markér som gennemgået

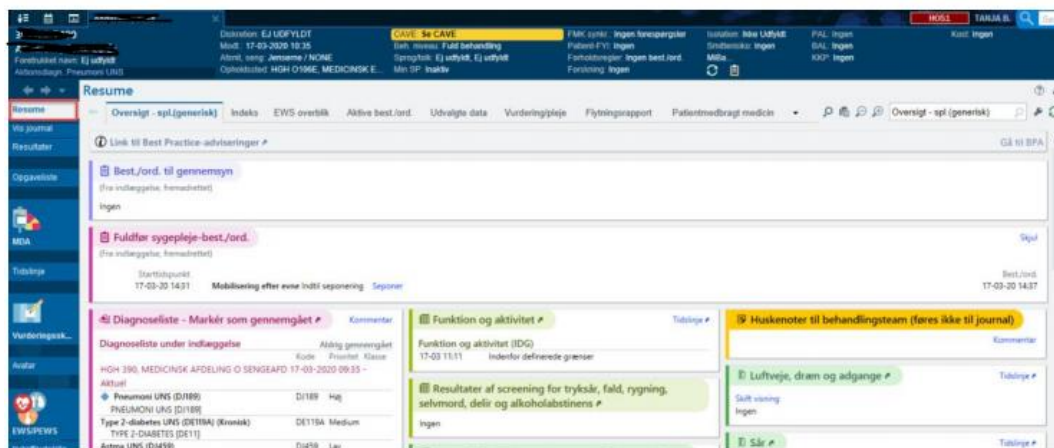
Diagnoseliste under indlæggelse
HGH 390, MEDICINSK AFDELING O SENGGAFO 17-03-2020 09:35 - Aktuel

Personalet finder deres afdeling til venstre, og alle indlagte patienter på undersøgelsesenheden fremkommer på listen.

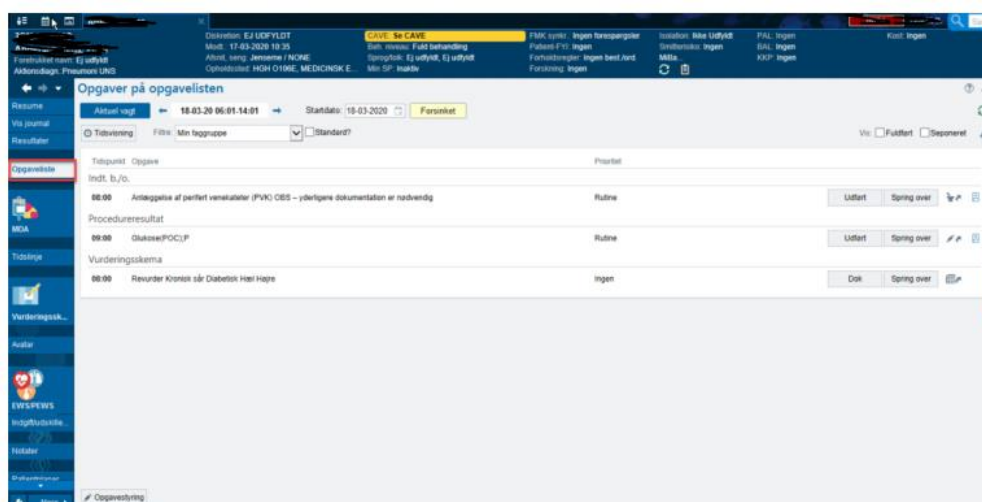
Ved at vælge "vis journal" kan ses noter for aktuell indlæggelse



Ved at vælge "resume" fås et oversigtsbillede, som kan vise, aktuelle forhold for patienten. Dette billede kan skabe hurtigt overblik, når sygeplejersken fx modtager en ny patient



Opgavelisten (herunder), anvendes til at se aktuelle opgaver, der skal håndteres. Der kan sorteres på områder, således vil de fleste sygeplejersker på sengeafdelingen vælge område, fx "sygepleje", for at få sorteret til relevante opgaver



Under Notater, kan oprettes nye journalnotater, og tidligere notater kan læses

Notater

Antal viste notater: 3 ud af 3. Alle indlæst.

Sortér: Fortællertype Notattype Speciale Data

Tilføje Kopie Slet Knyt til Signer Viderevid Viderevid Fjern kommentering

Dags dato

Tanja [redacted] Kontinuationsnotat Sygeplejerske Kardiologi Ydelsesdato: 27-03-2020 11:35 Gæst: 27-03-11:36 Signeret

Tanja [redacted] Vurderingskemanotat Sygeplejerske Kardiologi Ydelsesdato: 27-03-2020 11:35 Gæst: 27-03-11:36 Signeret

I går

Martin [redacted] AOP Endokrinologi Ydelsesdato: 26-03-2020 11:53 Gæst: 26-03-12:11

Tanja [redacted] Kontinuationsnotat Sygeplejerske Kardiologi Ydelsesdato: 27-03-2020 11:35 Gæst: 27-03-11:35 Signeret

Udvikl alle Skjul alle

Alt vel, har sovet godt, ingen smerter.

Vitalte værdier: ☐ Udvikl som standard

Vitalte værdier:	26-03-20 11:03	26-03-20 11:30
BT:	143/80	
Puls:	102	
Resp:	24	
Temp:	36,9 °C	
TempSrc:	Rektal	
SpO2:	93%	
Vægt:		85 kg
Højde:		1,85 m

Briggmann, Tanja, Spl.

Bilag 10 – Tidsregistrering af arbejdet i medicinmodulet

Herunder ses tidsregistrering i medicin modul, målt for de tre aktører; PRÆ og POST SP. Der er beregnet en gennemsnitlig tid per præparat, på baggrund af alle tidsregistreringer. Der ses øget tidsforbrug og museklik POST SP.

PRÆ og POST SP blev udelukkende registreret for præparater i tablet eller pilleform, og ikke for infusionsvæsker (IV), der skulle blandes – da denne tid var meget varierende, alt efter hvilken type infusion det drejede sig om. Derudover, blev der tidsregisteret og observeret for alle tre dage, før og efter SP. Samme patient kunne derfor godt være registreret flere gange, da patienterne ofte fik medicin flere gange dagligt. Da patientdata dog ikke var relevant for undersøgelsen, blev patienterne blot registreret med fortløbende numre for at illustrere, at der er tale om forskellige episoder med disponering, og for at vise, hvor mange forskellige præparater nogle patienter modtog. Alle data blev registreret i excell, og beregninger udført der.

PRÆ SP						POST SP					
Aktør	Patient	Antal præparater	Total tid	Antal museklik	Gennemsnitlig tid per præparat	Aktør	Patient	Antal præparater	Total tid	Antal museklik	Gennemsnitlig tid per præparat
A	1	5	01.22	5	16,40	A	1	2	01.14	19	37
A	2	8	01.55	8	14,38	A	2	4	01.55	38	28,75
A	3	4	01.07	4	16,75	A	3	6	02.45	45	27,5
A	4	2	00.37	2	18,50	A	4	8	04.01	59	30,125
A	5	5	01.31	5	18,20	A	5	3	01.48	32	36
A	6	1	00.17	1	17,00	A	6	4	02.05	35	31,25
A	7	8	02.03	8	15,38	A	7	1	00.35	9	35
A	8	6	01.42	6	17,00	A	8	5	02.34	41	30,8
B	9	2	00.43	2	21,50	A	9	6	02.57	43	29,5
B	10	7	01.59	7	17,00	B	10	6	02.36	39	26
B	11	3	00.47	3	15,67	B	11	4	02.12	36	33
B	12	2	00.29	2	14,50	B	12	2	01.08	15	34
B	13	8	02.10	8	16,25	B	13	7	03.51	48	33
B	14	6	01.37	6	16,17	B	14	3	01.38	27	32,6667
B	15	3	00.52	3	17,33	B	15	5	02.29	34	31,6
B	16	4	01.15	4	18,75	B	16	8	04.17	56	32,125
B	17	1	00.14	1	14,00	B	17	1	00.29	7	29
C	18	5	01.39	5	19,80	C	18	4	01.53	29	28,25
C	19	6	01.55	6	19,17	C	19	6	02.25	39	24,1667
C	20	3	00.45	3	15,00	C	20	7	03.46	45	32,2857
C	21	8	02.14	8	16,75	C	21	3	01.44	25	34,6667
C	22	4	01.15	4	18,75	C	22	2	01.02	12	31
C	23	4	01.09	4	17,25	C	23	5	02.39	37	31,8
C	24	7	01.55	7	16,43	C	24	8	04.13	54	31,625
C	25	3	00.49	3	16,33	C	25	4	02.11	38	32,75
					16,97						31,35

Bilag 11 – Interview med aktører PRÆ og POST SP

Vær opmærksom på, at citaterne er redigeret, således at [...] er angiver at ord, sætninger eller hele afsnit er udeladt, fx når aktøren pauserede sin sætning, gentog allerede nævnte pointer, eller hvor navne angives, således at aktøren – og aktørens kollegers – identitet ikke afsløres.

PRÆ SP	Aktør A	Aktør B	Aktør C
1. Vil du præsentere dig selv? (navn, alder, stilling osv.)	[...] 41 år, basissygeplejerske, har været på afdelingen i 10 år	[...] 26 år. Jeg har været på afdelingen i to år, og jeg havde min praktiktid på afdelingen (så i alt 3 år)	[...] Basissygeplejerske, 36 år og har været ansat 5 år her.
2. Hvilke forventninger har du til Sundhedsplatformen?	Hmm, jeg håber da at min hverdag bliver lettere når jeg kun skal logge på et system, og at det går hurtigere at finde oplysningerne når al information er samlet samme sted. Når det så er sagt, så frygter jeg da lidt opstartsperioden, har jo hørt hvor forvirrende det var på Herlev	Jeg er virkelig spændt på det. Det bliver forhåbentligt bedre for os i længden... Min veninde arbejder på Herlev, hun sagde det var totalt kaos derude, og at der hver dag går nogen grædende hjem [...] fordi de har fyret alle sekretærerne er der ikke nogen der kan finde ud af noget... det håber jeg virkelig ikke sker hos os.	Jeg ser i hvert fald ikke frem til det. Altså, ideen med et nyt system er jo god nok, de gamle er jo virkelig udfordret, men jeg tænker at det hele er gået lidt for hurtigt. Det virker ikke til at systemet er til at arbejde med, og med det jeg har set i undervisningen kan jeg da tvivle på at vi når i mål. Alting virker så ugennem tænkt og så rodet.
3. Hvordan reagerer du, når der sker forandringer i din arbejdsgang og/eller i de arbejdsværktøjer du anvender?	"Altså normalt synes jeg ikke det er det store problem. Vi har da fået nyt måleudstyr og sådan, men vores afdelingssygeplejerske er virkelig god til at sørge for undervisning. Jeg synes det er spændende med nye arbejdsopgaver, så længe vi får tid til at udføre dem. Synes virkelig vi mangler tid til patienterne. Og så forventer jeg nok også bare ordentlig oplæring."	Det ved jeg ikke, jeg reagerer ikke, tror jeg. Det er jo en del af jobbet, ikke? Altså man må holde sig opdateret hvis man skal arbejde her. Det kan ikke nytte noget at hænge i bremsen. Tænker virkelig ikke så meget over det... Nogen ting kan da virke lidt forstyrrende, men det kommer vel efterhånden med rutinen.	Det har jeg det da helt fint med. Det er jo fremtiden at lære nyt. Jeg har altid godt kunne lide når vi får nyt legetøj på afdelingen – så kommer der et afbræk i hverdagen
4. Føler du dig tilstrækkeligt forberedt	"Åhh det er da et svært spørgsmål. Altså undervisningen var	"Ja, det er vel fint nok. Har jo været til undervisning, 3	Øhhh ja eller nej. Det synes jeg egentlig ikke. Det kommer lidt

til ibrugtagningen af SP?	<i>håbløs. Der var ingen sammenhæng og jeg blev undervist af en fysioterapeut som intet kendte til mine arbejdsgange. Så har jeg forsøgt på afdelingen at anvende det der testmiljø – nogle af træningerne er jo tvungne – men testmiljøet og opgaverne er så rodede. Jeg er ikke sikker på hvordan de skal bruges, for kan ikke finde hverken hoved eller hale i det (suk) Jeg har ellers normalt nogenlunde styr på IT.</i>	<i>moduler, men det var ikke særlig godt. Synes ikke de havde styr på det. Systemet virkede heller ikke rigtigt, så svært at få en ide om det hele. Men det skal nok gå – det SKAL det jo. Mener, jeg lærer bedst ved at prøve mig frem, så klasseundervisning er ikke lige mig.</i>	<i>an på hvordan det går. Jeg mener de har jo planlagt det hele, og vi får systemet allerede den 5, men der er vidst mange ting der ikke er på plads. Jeg ved vi har fået ekstra bemanning i de dage, vi får vidst hjælp af superbrugere, men jeg er i tvivl om det er nok. Men nu må vi se. Jeg føler mig i hvert fald ikke klar på nuværende tidspunkt. Men det er nok bare et hovedspring i et glas vand.</i>
5. Hvordan føler du at din arbejdsgiver har informeret dig om den forestående implementering?	<i>Min afdelingssygeplejerske har været virkelig god, men det er han nu altid. Vi har fået tid til at øve i træningsmiljøerne og synes også han har været god til at informere når han har fået besked. Men jeg tror faktisk ærlig talt ikke at han har fået anden information end det der er sendt ud i nyhedsbrevene og som vi selv kan læse på intranettet. Vi drøftede det lidt på et morgenmøde, mange af mine kolleger er bange for fremtiden, især fordi det hele har virket så rodet på Herlev.</i>	<i>Det er vel okay. Har kunne følge med på intranettet og i nyhedsmails. Synes nu ikke rigtig der har stået noget særligt. Det er lidt det samme hele tiden.</i>	<i>Altså Riget har jo opdateret os på intranettet, men det har ikke været så brugbart. En masse tomme ord om mål og vision – og formålet med systemet – men det gavner jo ikke når vi står i første række med patienterne, så tror jeg Hr Larsen er ligeglad med målene hvis han ikke får sin medicin.</i>
6. Har du noget du gerne vil tilføje?	<i>Jeg håber de får styr på systemet inden vi skal på lige om lidt.. jeg håber det bliver godt, men jeg frygter det da også...især har vi jo så mange patienter vi også skal tage os</i>	<i>Næhh ikke rigtig, mener, må jo tage det som det kommer.</i>	<i>"Tja, min ven [...] på Herlev, han er TR, og han sagde at oversættelsen af systemet er helt hen i vejret. Fx havde de i tre uger oversat CAVE til hule, det grinte vi meget af,</i>

	<i>af. De er jo det vigtigste.</i>		<i>for de må have brugt google, det er jo til grin. Jeg håber ikke vi skal udsættes for den slags.</i>
--	------------------------------------	--	--

POST SP

	Aktør A	Aktør B	Aktør C
1. Vil du præsentere dig selv? (navn, alder, stilling osv)	[...] 42 år, sygeplejerske, har været på afdelingen i 11 år	[...] Jeg har været på afdelingen i to og et halvt år, og jeg havde min praktiktid på afdelingen (så i alt 3 år). Nåhh ja og jeg er 26 nu.	[...] Basissygeplejerske, 37 år og har været ansat 6 år her.
2. Hvordan har du oplevet ibrugtagningen/ implementeringen af SP?	<i>Jeg gik hjem fredag fra en aftenvagte og mødte ind mandag til en hel ny verden. Der var mennesker i lilla trøjer til at hjælpe os, men det gav ikke altid mening det de ville have os til. De forstod ikke vores arbejdsgange, så de var virkelig ikke til hjælp. Jeg havde meget svært ved at finde noget som helst i systemet, og det hele tog forfærdelig lang tid. Jeg kunne ikke få søgefunktionen til at virke, og jeg kunne ikke rigtig få et overblik i medicinen. jeg havde heldigvis printet medicinlister ud på vores patienter fredag aften, og det var jeg meget glad for.</i>	<i>Uha den var rodet, føj for den. Det var totalt kaos. Vi kunne ikke finde nogen ting. Jeg husker de første uger som en lang kamp hvor al tiden blev brugt foran computeren. Jeg blev glad for roveren, så kunne jeg skrive med det samme på stuen, men mange andre ting har været umulige at finde. Der mangler struktur og overblik – det gør der fortsat.</i>	<i>Selve go live gik vidst fredfyldt nok, men jeg var da glad for jeg ikke var på arbejde den weekend. Resten af forløbet har været mærkeligt. Der var de her floorwalkers i lilla trøjer, nogle af dem talte engelsk, og de var meget tekniske når man spurgte om hjælp. De gav bare en sludder uden at give et løsningsforslag. Jeg har godt nok meldt mange ting ind til forbedringer, men har ikke set rettelserne endnu. I starten kunne vi se ugerapporter, en af de sidste viste at der var +2500 ting der skulle rettes, og det gik vidst langsomt. Derefter fik vi ikke flere opdateringer.</i>
3. Følte du dig tilstrækkeligt forbedret da SP blev taget i brug	<i>Det gjorde jeg egentlig ikke for undervisningen var så ringe at den var ligegyldig. Der var jo ingen sammenhæng mellem de billeder jeg havde set til</i>	<i>Øhh ja det troede jeg jo jeg var, men det vidste sig at jeg tog meget fejl. Jeg kunne kun svagt huske det jeg havde set i undervisningen. Vi endte</i>	<i>Nej, absolut ikke. Der var så mange afvigelser fra undervisningen at det var som at starte forfra. Overblikket var fuldstændig tabt, og vi kæmpede</i>

	<i>undervisningen og så det skærbillede jeg blev præsenteret for. Det var godt nok svært [...] meget frustrerende og jeg var så bange for at gøre fejl.</i>	<i>med at printe en masse vejledninger ud som kunne følges. Og så var der ting der slet ikke fungerede. Der måtte vi være kreative og arbejde lidt uden om systemet, men så gik det bedre. Jeg synes det går bedre med systemet nu, men der er mange ting som slet ikke fungerer. Medicinmodulet, det er alt for besværligt og tager så laaaang tid.</i>	<i>meget med at finde oplysninger på patienterne. Dokumentationsdelen er stadig alt for dårlig. Det er svært at krydse alt af og samtidig skabe kendskab og personlighed om patienten.</i>
4. Kan du beskrive hvordan dine arbejdsgange har ændret sig efter SP?	<i>"Altså, nu har jeg jo nævnt det for dig før, men jeg føler virkelig at jeg mangler et sted at skrive mine observationer omkring patienten - jeg kan simpelthen ikke finde ud af hvor jeg skal gøre det henne. De der smart-sætninger er slet ikke så smarte, for jeg mangler muligheder og nuancer. [...] Desuden er det bare ikke rart at få noget trukket ned over hovedet, jeg ved de (red.Region H) siger at der har været personaleinvolvering, men jeg kender ingen der blevet spurgt, og jeg har svært ved at tro de for arbejdsgangene er ikke naturlige for os.</i>	<i>Jeg kan ikke helt forstå hvorfor det skal være så svært at få lov at give medicin. Jeg klikker og klikker i en uendelighed. Alting tager så meget længere tid, og især når det handler om medicinen er jeg meget bange for at lave fejl. Jeg har forsøgt at melde det ind [red.til helpdesk] men der sker ikke rigtig noget.</i>	<i>Alt tager længere tid, og er frustrerende. De der pop-up kasser er virkelig åndsvage. Jeg ved godt nogle af dem skal hjælpe mig, men for pokker hvor kræver de meget ekstra arbejde og mange klik, det er jo helt absurd. Nu klikker jeg dem bare væk uden rigtig at læse dem, for jeg har simpelthen ikke tid til det.</i>
5.Har du noget du gerne vil tilføje?	<i>Jeg håber det bliver bedre, for lige nu er det næsten umuligt at udføre mit arbejde på en tilfredsstillende måde. Jeg føler min faglighed er blevet erstattet af diskussion med pcen; det er i</i>	<i>Ja! Jeg synes du skal vide at det er møgbesværligt at arbejde med systemet. Derudover fik vi en rapport på 27 sider, 27 sider! Om hvordan vi skulle skifte fra sommer til vintertid i systemet.</i>	<i>Jeg ved ikke hvor jeg skal starte. Der er så meget der ikke virker, men det kan jo være farligt at brokke sig, så risikerer man reprimander eller fyring. Systemet virker ikke, så kort kan det siges.</i>

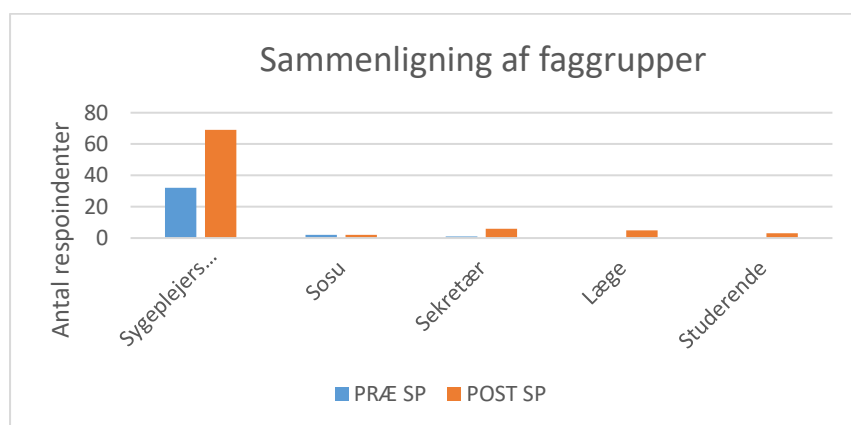
	<i>hvert fald det jeg bruger min tid på.</i>	<i>Det er jo helt grotesk og siger lidt om systemet.</i>	<i>Måske om nogle år, men jeg tvivler faktisk.</i>
--	--	--	--

Bilag 12 – Analyse af besvarelser PRÆ SP

Spørgsmål 1-15 besvares samlet for PRÆ og POST SP, og præsenteres her.

Spørgsmål 16-27 besvares kun for PRÆ SP.

Sammenligning mellem respondenter				
	PRÆ SP		POST SP	
		Fordeling		Fordeling
Kvinder	29	82,86%	75	88,24%
Mænd	6	17,14%	10	11,76%
Alder (mean)	37,2 år	(range 24-60år)	39,6 år	(range 22-62 år)
Antal år uddannet (mean)	8,76 år	(fra <1år - 36år)	12,98 år	(range <1år-40år)
Antal år på aktuel afd.(mean)	5,16 år	(fra <1år - 17år)	6,42 år	(range <1 år-25 år)



8.Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Ved oplysning om ændringer i mine arbejdsopgaver/måde at arbejder på, er min første reaktion at føle modstand"

	PRÆ SP		POST SP	
Meget enig	0	0%	0	0%
Enig	8	22,80%	13	15,29%
Neutral	5	14,28%	17	20%
Uenig	16	45,71%	41	48,24%
Meget uenig	6	17,14%	14	16,47%

9.Hvordan passer følgende udsagn på dig? "Hvis jeg var involveret i beslutningstagningen vedrørende en forandring, ville jeg yde mindre modstand mod forandringen" (sæt et kryds)

	PRÆ SP	POST SP	PRÆ SP	POST SP
Meget enig	8,50%	23,50%	3	20
Enig	57,10%	48,23%	20	41
Neutral	25,70%	15,29%	9	13
Uenig	2,85%	7,05%	1	6
Meget uenig	5,71%	5,88%	2	5

10.Hvor forandingsparat synes du selv du er, i forhold til ny teknologi, nye it-systemer? (sæt et kryds)

Spm.10 Ved introduktion til ny teknologi, lærer jeg....					
		PRÆ	POST	Præ	post
Lærer hurtigt		46%	47%	16	40
Tager lidt tid		31%	28,23%	11	24
Er interesseret i at lære		11%	13%	4	11
Fordi arbejdet kræver det		11%	12%	4	10
Lærer modvilligt		0%	0%	0	0
Ønsker ikke at lære		0%	0%	0	0

11.Hvor forandringsparat synes du selv du er, i forhold til nye arbejdsopgaver? – de nye arbejdsopgaver påvirker ikke din generelle arbejdsbyrde (sæt et kryds)

		PRÆ	POST	præ	post
Lærer hurtigt		37,14	44,70%	13	38
Tager lidt tid		42,85%	35%	15	30
Er interesseret i at lære		2,80%	3,50%	1	3
Fordi arbejdet kræver det		17,20%	16,40%	6	14
Ønsker ikke at lære		0%	0%	0	0

12.Færdiggør sætningen "Jeg mener modstand mod forandring skyldes..."

		PRÆ	POST	PRÆ	POST
Manglende forståelse for forandringsbehov		17%	19%	6	16
Forandringen ikke er nødvendig		17%	19%	6	16
Fryg for det ukendte		23%	22%	8	19
Manglende tiltro til nye metoder		9,50%	7%	3	6
Dårlig kommunikation		20%	19%	7	16
At man ikke bliver rådspurgt		14,50%	14%	5	12

13.Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på arbejdsopgaver, på computeren, hvis din arbejdsdag er 8 timer?

	PRÆ	POST	præ	post
≤ 1 time	0%	4,70%	0	4
1-2 timer	23%	28%	8	24
2-3 timer	23%	24%	8	21
3-4 timer	28%	9,40%	10	8
4-5 timer	11,50%	7%	4	6
5-6 timer	8,50%	17,60%	3	15
6-7 timer	6%	4,70%	2	4
7-8 timer	0%	3,50%	0	3

14.Hvor lang tid bruger du i gennemsnit på interaktioner (samtale, pleje) med patienter i løbet af din arbejdsdag, hvis den er 8 timer? (sæt kryds)

	PRÆ	POST	præ	post
≤ 1 time	5,70%	11,70%	2	10
1-2 timer	8,60%	9,40%	3	8
2-3 timer	28,60%	30%	10	25
3-4 timer	28,60%	14%	10	12
4-5 timer	11,40%	20%	4	17
5-6 timer	14,30%	13%	5	11
6-7 timer	2,85%	2,00%	1	2
7-8 timer	0%	0%	0	0

15.I hvor høj grad synes du, at du har tilstrækkelig tid sammen med patienten?

	PRÆ	POST	præ	post
I meget høj grad	3%	4,70%	1	4
I høj grad	31%	30%	11	25
I nogen grad	40%	27%	14	23
Hverken/eller	17%	8%	6	7
I ringe grad	3%	22,30%	1	19
I meget ringe grad	0%	2%	0	2
Ingen pt-kontakt	6%	6%	2	5

16.Hvor mange forskellige IT-programmer anvender du i dagligdagen, når du skal orientere dig i patienten?

Antal systemer	Antal respondenter
1	0
2	0
3	0
4	5
5	12
≥6	18

17.Hvor let/svært er det at finde oplysninger om en patient (med kendt dansk cpr.nr), som du/I ikke tidligere har haft på din afdeling

	Antal respondenter
Meget Let	3
Let	13
Hverken/eller	11
Svært	7
Meget svært	1

18.Når du/ I får en ny patient på afdelingen/ambulatoriet hvor finder I så oplysninger om patienten?

Finder alt i Opus, EPM,ESA	19
Får Fax/brev	1
Telefonisk kontakt	1
Spørger pt. om alt	5
Spørger pt. om supplerende	8
Andet	1

19.Når du/ I får en ny patient på afdelingen/ambulatoriet hvor ofte udspørger du så patienten om deres oplysninger stemmer overens?

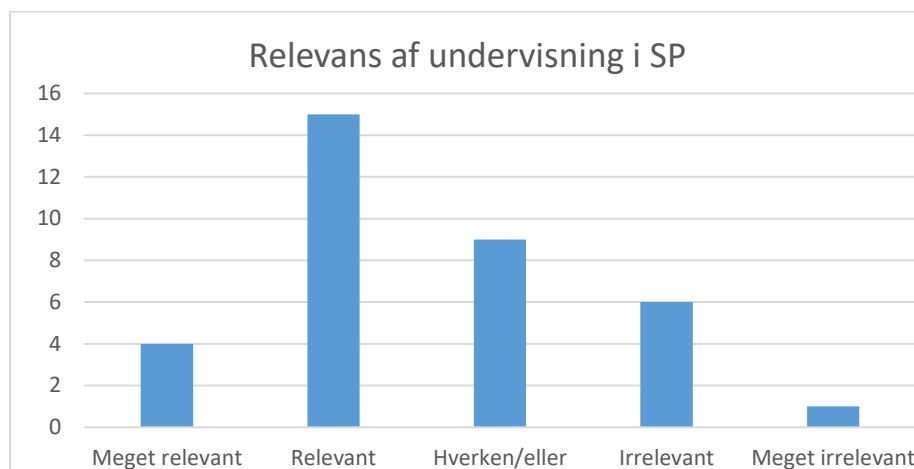
20.Hvor tilfreds er du med det nuværende IT-system KISO

	Antal respondenter
meget tilfreds	6
tilfreds	15
hverken tilfreds el utilfreds	6
utilfreds	2
meget utilfreds	0
anvender ikke	4

21.Hvor tilfreds er du med det nuværende IT-system EPM (

	Antal respondenter
meget tilfreds	10
tilfreds	17
hverken tilfreds el utilfreds	2
utilfreds	0
meget utilfreds	0
anvender ikke	4

22. Du har været til undervisning i Sundhedsplatformen, hvor relevant synes du undervisningen er/var?



24. Hvor mange timer har du været til i Sundhedsplatformen?

0-10 timer	0
11-20 timer	21
21-30 timer	11
31-40 timer	1
41-50 timer	2
≥ 51 timer	0

25. Har du særfunktion på Sundhedsplatformen?

	Antal respondenter
superbruger	3
underviser	0
nej	28
andet: transkript journaler	1
andet: tovholder?	1

26. Hvilken betydning forventer du at sundhedsplatformen får for dine arbejdsgange når den er fuldt implementeret/igangsat?

Uændrede arbejds	2
Mere tid til pt	13
Færre systemer	15
Kortere tid på pc	0
Lettere ltarbejdsg	2
Mere effektivitet	3
Mere papirløs hve	0

27. Hvilket af følgende udsagn passer på dig? (sæt gerne flere kryds). "Når det handler om sundhedsplatformen er jeg..."

Optimist	13	37%
Forbeholden	17	49%
Pessimist	3	8%
Uforstående overfor	1	3%
Andet: Realist	1	3%

Bilag 13 – Analyse af besvarelser POST SP

Spørgsmål 1-15 besvares samlet for PRÆ og POST SP, og præsenteres i bilag 12.

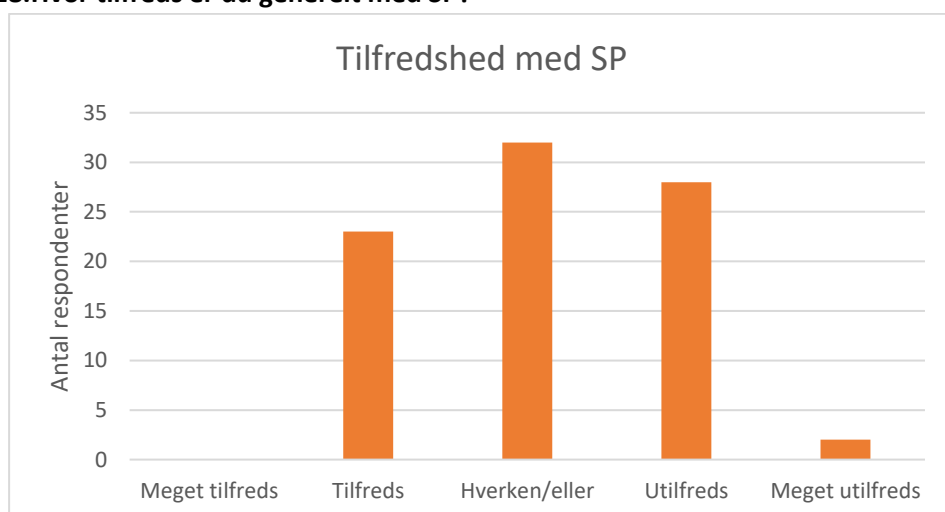
16. Hvor tilfreds er du med SP til sygeplejedokumentation?

	Antal respondenter
Meget tilfreds	0
Tilfreds	20
Hverken/eller	15
Utilfreds	23
Meget utilfreds	15
Anvender ikke	12

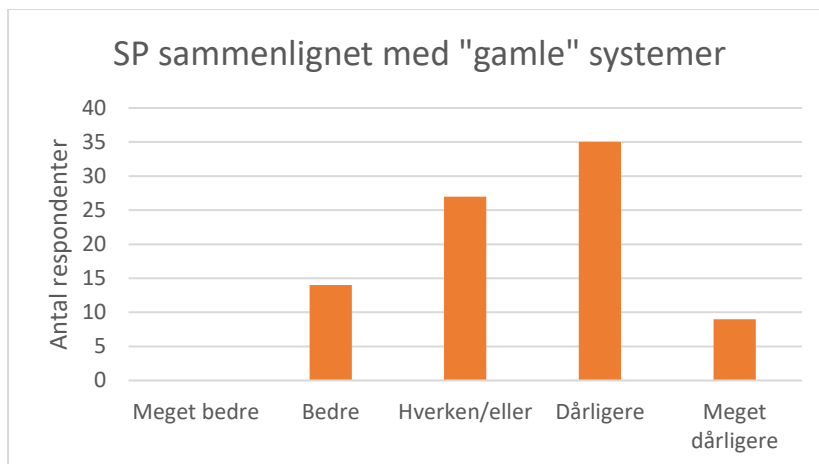
17. Hvor tilfreds er du med SP til håndtering af medicin (altså medicinmodulet i SP)?

	Antal respondenter
Meget tilfreds	2
Tilfreds	13
Hverken/eller	14
Utilfreds	26
Meget utilfreds	18
Anvender ikke	12

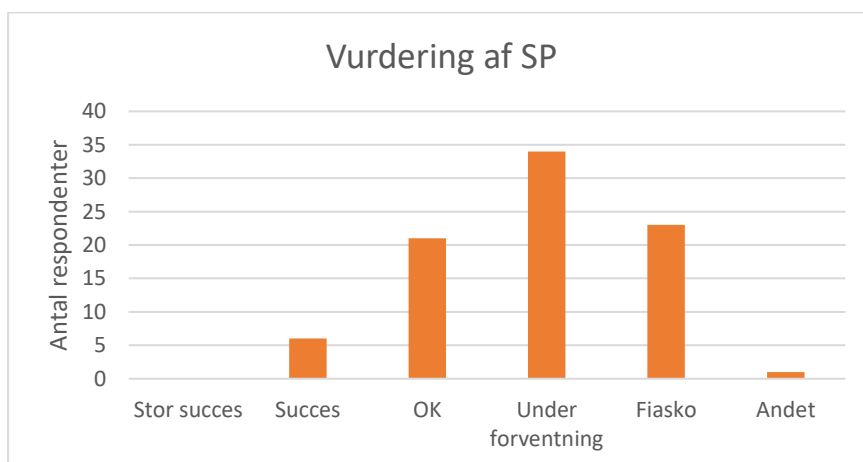
18. Hvor tilfreds er du generelt med SP?



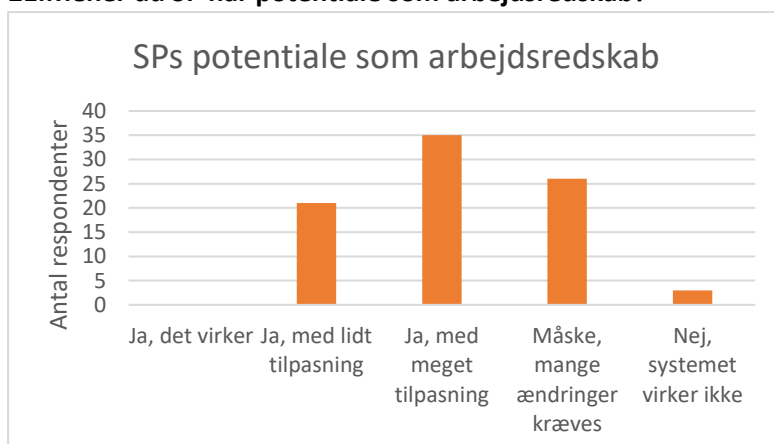
19. Synes du SP er bedre eller dårligere at arbejde med, end de tidligere systemer?



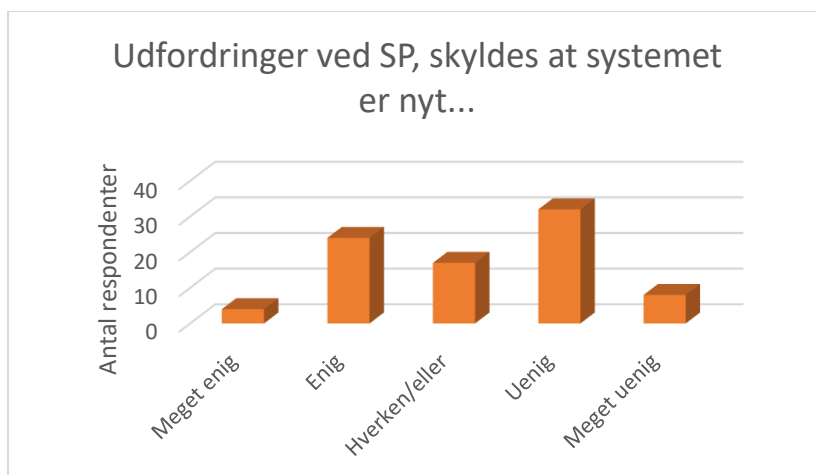
20. I hvor høj grad mener du, at SP er en succes?



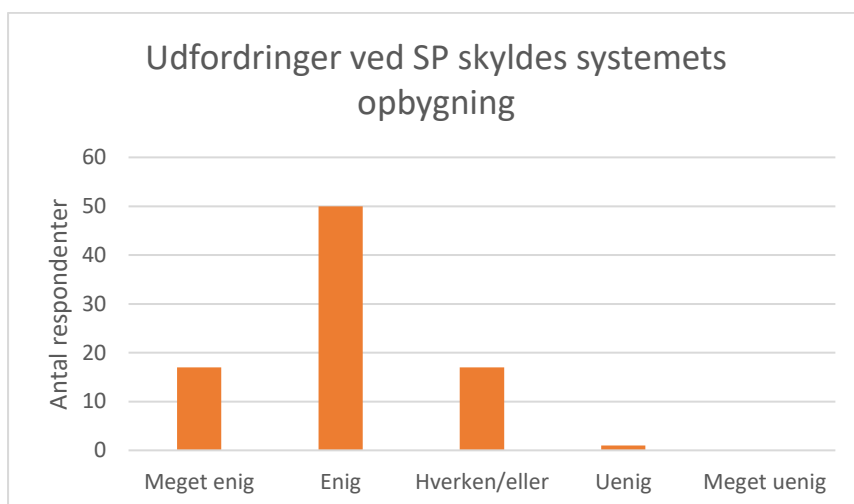
21. Mener du SP har potentiale som arbejdsredskab?



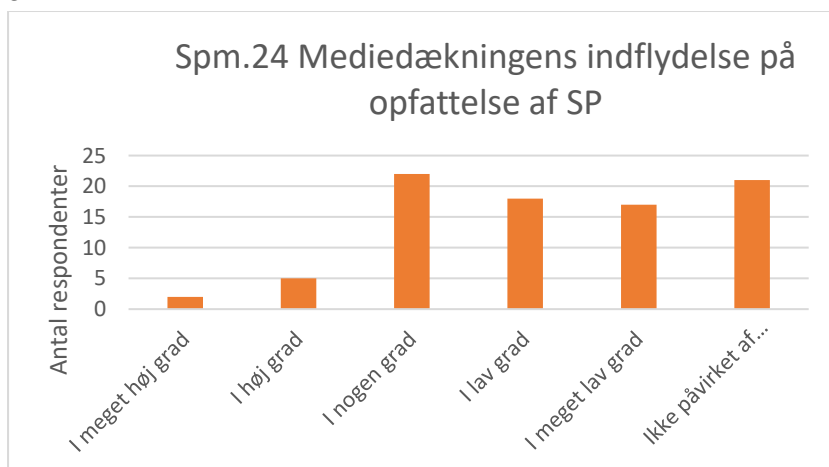
22. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn? ”Udfordringerne ved SP skyldes at systemet er nyt, og skal læres”



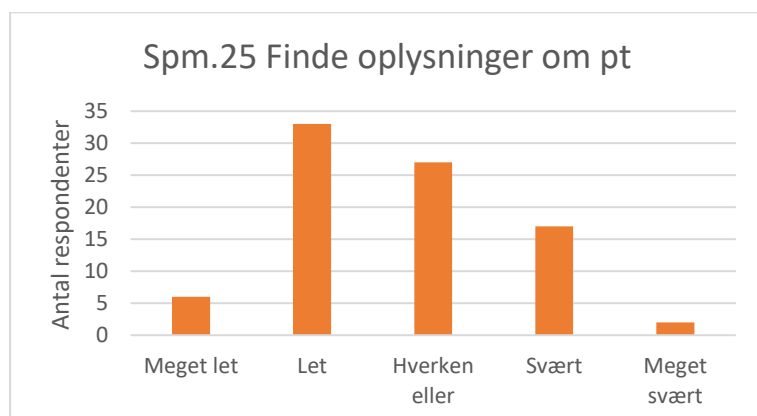
23. Hvor enig/uenig er du i følgende udsagn? **"Udfordringerne ved SP skyldes systemets opbygning og brugerflade"**



24. Efter din mening, i hvor høj grad har mediedækningen af SP haft indflydelse på din opfattelse af SP.



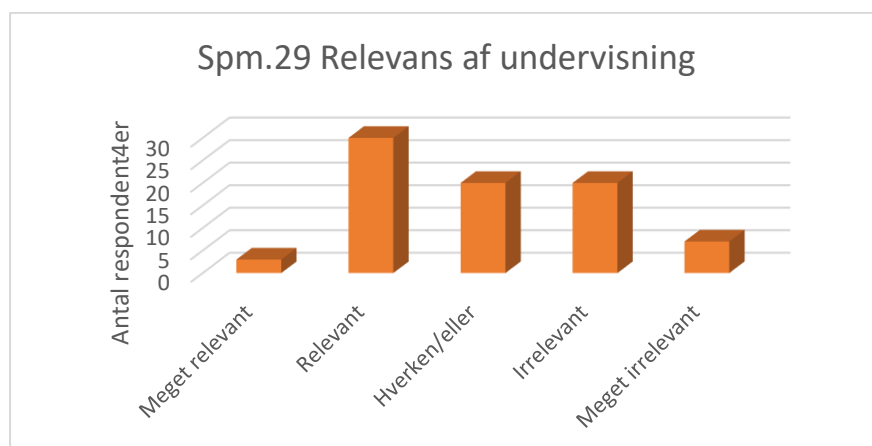
25.Hvor let/svært er det at finde oplysninger om en patient (med kendt dansk cpr.nr) som du/I ikke tidligere har haft på din afdeling?



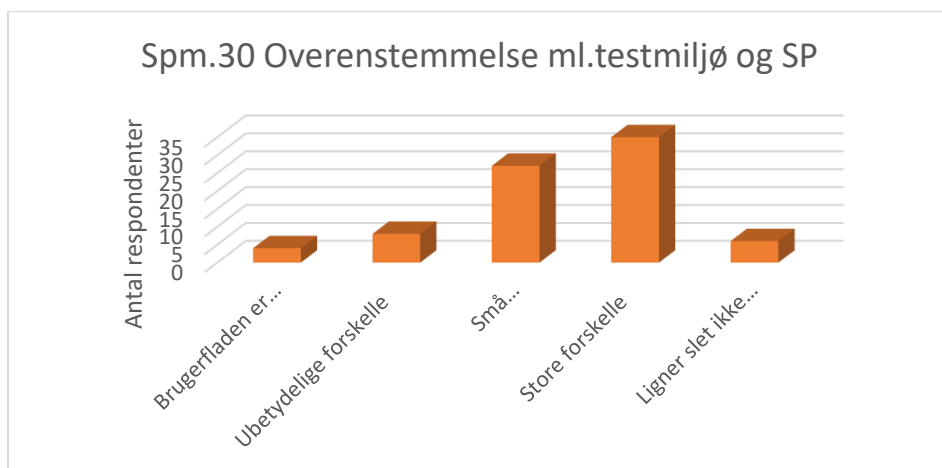
28.Har du været til undervisning i Sundhedsplatformen?

Ja	80	94%
Nej	5	6%

29.Du har været til undervisning i sundhedsplatformen, hvor relevant synes du undervisningen var i forhold til dit arbejde med SP?



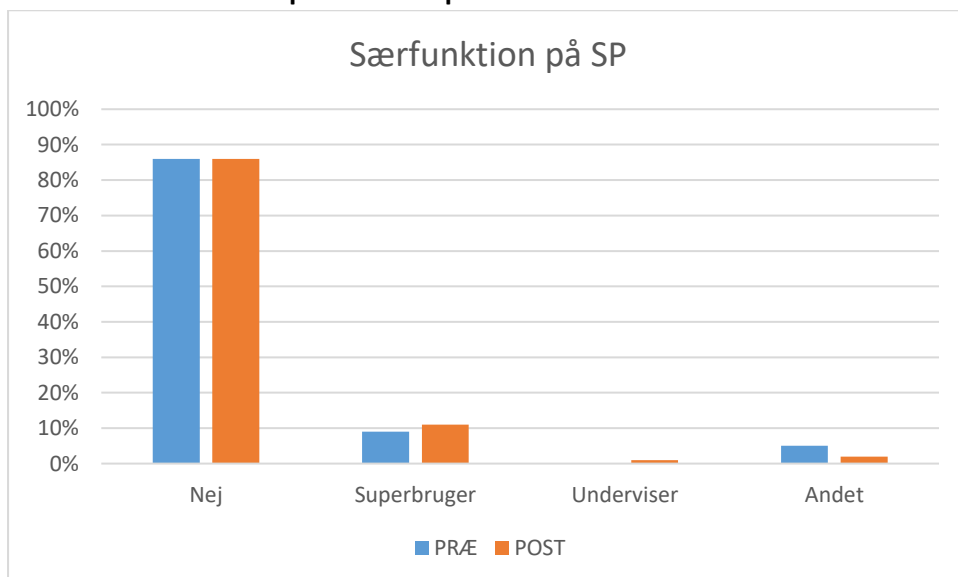
30.I hvor høj grad synes du, at der var overensstemmelse mellem den brugerflade du blev præsenteret for til undervisningen (i testmiljøet), og den brugerflade du fik at arbejde med, efter SP gik live?



31.Har du fået sidemandsoplæring i SP – altså har du fået oplæring i SP fra dine kolleger, efter implementeringen

Udelukkende sidemands oplæring	5	6%
Sidemandsoplæring som suppl.	43	51%
Har fået/givet sidemands oplæring	22	26%
Nej "kun" undervisning ved SP	14	17%
Andet	1	1%

33.Har du særfunktion på Sundhedsplatformen?



Bilag 14 – Kommentarer spørgeskema PRÆ SP

Respondent ID	Kommentar	Emne/kategori
01	Det er vanskeligt at få ordentlig undervisning når systemet ikke afspejler virkeligheden – underviserne var ikke gode	Undervisning
02	For hurtig og koncentreret undervisning. For lidt tid til spørgsmål og øvelser	undervisning
03	Alt for omfattende. Skulle have været mere skarp på de vigtigste tips og tricks	undervisning
04	Det virkede lidt uoverskueligt. Op til "go live" har det været svært at prioritere systemet, især når det vi får ikke er helt ens med øvemiljøet	undervisning
04	Nogle gange ville en simpel undervisningen i genvejstaster – tips og tricks – "lær af andre"-kurser være gode. + lidt bedre udstyr (mus, keyboard ol)	Undervisning (tilføjelser)
05	Undervisning er af varierende karakter. Et problem er, at øvemiljøet er låst fast i nogle bestemte rammer. Det er ikke muligt at øve i et forløb som passer til ens arbejdsområde (er superbruger, så har fået mere undervisning end andre, ca 50 timer)	undervisning
10	Det er svært at få et samlet indtryk af effekten af SP når skabelonerne er så fiktive og uoverskuelige med 500 patienter	Undervisning
12	Det er umiddelbart et for snævert indtryk man får af SP	undervisning
13	Der er mange mangler pga usikkerhed eller forskelle mellem øve og produktionsmiljø. Man lærer mest bare at taste oplysninger ind, men ikke hvordan man finder div. Oplysninger eller bruger dem i praksis	Undervisning
14	Når man har specialefunktion er det svært at få undervisning som rammer præcis ens arbejdsområde. Derfor vil noget undervisning eller dele af den være uvæsentlig. Det var også hvad jeg oplevede.	Undervisning
15	Underviserne var meget svingende, og deraf svingende kvalitet For lidt tid og mulighed for at stille spørgsmål	Undervisning
19	Med fordel kunne sygeplejerskerne have set elearning igennem inden kursus start. Alt for meget der ikke blev fanget.	Undervisning
20	Andre patientgrupper, andre problemstillinger, alt for hurtigt igennem det man skal kende, stort set ingen øvelser. Alt for meget på for kort tid.	Undervisning
21	For lidt undervisning. For lidt tid til øvelser under undervisningen.	Undervisning

23	Problemet med undervisningen var at vi ikke kunne øve de tilgange/procedurer i træningsmiljøet	undervisning
25	Det var meget overfladisk	Undervisning
28	Den var dårlig. Underviseren havde ikke styr på programmet. 2 af dagene var underviseren god	undervisning
05	Jeg er optimist i forhold til SP og tror på, at det nok skal blive godt, på et tidspunkt.. men kan da godt frygte det lidt med de udfordringer der var på Herlev	Forandringen SP
08	Jeg synes selv jeg lærer hurtigt, og vil gerne prøve nye ting, men det virker som en ordentlig omgang vi har i vente	Forandringen SP
09	Jeg glæder mig og frygter ☺ Det bliver spændende! Virker som et system der ikke kan beskrive pt specielt godt	Forandringen SP
12	Der er mange smarte ting i EPIC som jeg glæder mig til at prøve. Jeg er realist. Tror det bliver et godt system, men alt vil være op ad bakke de første måneder	Forandringen SP
13	Jeg er spændt på om det virkelig bliver så godt som forventet – og som vi er blevet lovet. Desuden ser jeg frem til at også region sjælland er med	Forandringen SP
14	Implementeringen vil tage tid men det bliver godt herefter	Forandringen SP
15	Jeg frygter det øgede tidsforbrug ved medicinmodulet ift nuværende system	Forandringen SP
16	Lige nu er det meget svært at finde oplysninger om patienter der kommer fra andre regioner. Det glæder jeg mig til bliver bedre.	Forandringen SP
17	Systemet kommer om man vil det eller ej, så man kan ligeså godt forsøge at være optimist	Forandringen SP
18	Jeg tror ikke at medicinmodulet passer til danske arbejdsgange eller funktion – ift undervisningen i det. Implementeringen bliver hård, men på sigt bliver det godt.	Forandringen SP
20	Jeg er pessimist. Forandringen bliver bedre om 1-2år. Ser ikke frem til den dag hvor SP implementeres pga. for lidt forberedelse til et helt nyt system	Forandringen SP
21	Er egentlig optimist ift SP, dog lidt bekymret for hvordan det skal gå i startfasen	Forandringen SP
25	Jeg er pessimistisk i forhold til implementeringen men optimist på længere sigt; det bliver man nødt til	Forandringen SP

Bilag 15 – Kommentarer spørgeskema POST SP

SP: Udfordringen

Respondent ID	Kommentar	Kategori
03	"Jeg har i alt prøvet mindst 5 forskellige journalprogrammer. Ingen andre har fortsat været så svære i så lang tid og krævet så meget dobbeltarbejde hvor jeg udfylder med "andet", som ingen jo nogensinde får glæde af	SP: udfordringen
04	"Til nogle arbejdsopgaver fungerer SP fint, men til størstedelen er arbejdsgangene blevet alt for tidskrævende"	SP: udfordringen
05	Jeg synes at booking og blodprøver er uendeligt tungt administrativt. Desuden skal CT og røntgen bookes to steder. Det er desuden svært at danne sig overblik over lange patientforløb	SP: udfordringen
07	SP har gode sider – men det er svært at arbejde med dokumentation af sygepleje og umuligt at bruge MDA (medicinmodul red.)	SP: udfordringen
11	Der er nogle udfordringer som der arbejdes på, men det har været frustrerende at vente og vente på løsninger, det kan tage flere måneder/år	SP: udfordringen
15	Nogle ting ved sp er ret smart – men stadig, hvis man hurtigt skal danne sig et billede af pt, er det generelt dårligt. Bruger ofte lægenotater som indledning og vurdering, men man får aldrig et helt billede af pt	SP: udfordringen
16	Det er uoverskueligt og ikke intuitivt opbygget. Der mangler mulighed for sygeplejefaglig dokumentation	SP: udfordringen
16	Det skaber frustration at lægerne er så pressede, og patienterne venter meget længe. vi ønsker flere ressourcer til ændring af systemet, vi har ønsket om, og forslag til ændringer, men de bliver ikke hørt. Vi har skabt vores egne arbejdsgange	SP: udfordringen
22	Systemet er dårligt. Det er svært at få overblik over pt. Jeg læser lægenotat og bruger EWS (red = Early Warning Score). Alt andet forstyrrer	SP: udfordringen
25	Det er uoverskueligt man bruger unødigt tid fra pt på det. Jeg er ikke kommet helt ind i det og der er stadig nogle ting jeg ikke er blevet oplært i, bl.a præprocedure, indlæggelse, udskrivelse. Mange skal ind på forskellige sider og selv bestille en prøve. Det er uoverskueligt og tager lang tid	SP: udfordringen
27	Jeg er både tilfreds og utilfreds med sp. Jeg er glad for systemet og synes i høj grad at det samlede system virker med (næsten) alle de andre systemer, men sygeplejen er ALT FOR DÅRLIG. Jeg synes kort sagt at sygeplejen er alt for dårlig, og at vurderingsskemaer er for forenklede, samt at der er for mange ting der stopper fx en udskrivelsesproces. Jeg tror umiddelbart at det er nemmere for lægen at skabe overblik end for spl hvilket gør det svært for spl at bruge systemet korrekt.	SP: udfordringen

27	Det kan blive et godt system men ærgerligt at det er så svært at få indflydelse på ændringerne så det kunne skabe en bedre hverdag for brugerne. Jeg ved ikke hvem som vælger hvad der skal ændres, men det er ikke relevante ændringer	SP: udfordringen
29	Manglende overblik. Alt for mange klik og mange muligheder der i stedet for sammenhæng skaber forvirring og betyder at man overser info	SP: udfordringen
30	Utroligt mange klik pr arbejdsopgave+ ikke intuitivt	SP: udfordringen
30	Dårlig gennemskuelighed synes support til systemet har været meget ringe	SP: udfordringen
31	Svært at danne overblik. Ting kan stå flere steder, ikke alle gør det ens	SP: udfordringen
32	Svært at få rettet fejl i systemet	SP: udfordringen
35	For mange klik for meget info og tekst på skærbilledet. Få ting giver dog et godt/bedre overblik	SP: udfordringen
37	Alt for mange muligheder, der gør alt svært. For mange ensretninger i dokumentation, ufleksibelt	SP: udfordringen
37	SP kræver meget ekstra tid på at finde de relevante ting at klikke af	SP: udfordringen
43	Jeg er ikke imponeret over overskuelighed og anvendelse. Lang tid. Mange klik	SP: udfordringen
51	Det er svært at få overblik over ens "arbejdsplads" i SP og så er det uhensigtsmæssigt at arbejdspladsen (computerens skærm) ikke er ens. Der er forsk skærbillede for forsk faggrupper så svært at finde ting	SP: udfordringen
52	Systemet egner sig ikke til det danske sundhedsvæsen, systemet er ikke bygget til vores behov!	SP: udfordringen
53	I princippet en masse dokumentation tastes ind på et hav af prædefinerede knapper. Det giver ingen mening, svært at se pts historie i det. Sygeplejefaglige vurderinger forsvinder. Desuden er systemet så stort og anvendes meget forskelligt. Vi modtager fra mange andre hospitaler på Sjælland og ser stor variation i hvordan der er dokumenteret	SP: udfordringen
53	Det er et system som kræver ekstrem oplæring hvis det skal kunne udnyttes optimalt. Den oplæring er der ikke. Der er mange unødige ting man skal udfylde hele tiden. Blodprøvebestilling til patienterne virker stadig ikke optimalt. Er meldt ind X mange Systemet bærer præg af at være meget amerikansk (fx ved anlæggelse af PVK skal klikkes mindst 10 gange for hvad der er anvendt; nålen, plaster, saltvand, vatdud hvis må stikke om osv)	SP: udfordringen
53	Vi har længe set frem til SP og der har meget længe været talt om fordelene ved det system. Det lever bestemt ikke op til kravene	SP: udfordringen
53	Vælger at forsøge at få udfordringer med SP til at fylde så lidt som muligt i min dagligdag. Forsøger ikke at dyrke fortællingen. Heldigvis en meget god og dygtig leder i afd som har	SP: udfordringen

	været med til at bygge på sp. Hun giver også grønt lys til at skrive statusnotater så man får overblik/historie på patienten	
54	Medicinmodulet er værst. Vi har patientplaner lagt ind som standard fra start, og jeg har været med til at planlægge hvordan vores modul skulle være	SP: udfordringen
54	SP er ikke et enkelt system som fx Opus/kiso. Der er mange forskellige brugerprofiler og det er med store anvendelsesforskelle. Desuden har det "acceptable" billede været at personale skal synes at SP er dårligt, ellers er man lidt en dårlig kollega eller i lommen på ledelsen. Lægernes modul er ikke så "Ligetil" som sygeplejerskernes, og nogle afdelinger havde slet ikke deltaget i processen med at få bygget ting til egen afdeling, så udgangspunktet har været meget forskelligt – og meget dårligt på nogle afdelinger	SP: udfordringen
55	Jeg håber med tiden at SP vil være gennemsigtig på flere områder. Ingen tvivl om at systemet kan en masse, men vi ved det ikke endnu	SP: udfordringen
57	Systemet kan rigtig mange fantastiske ting, problemet er at det ikke er intuitivt og logisk hvordan det skal bruges. Du har følelsen af at lege "Find Holger" – med klap for det ene øje - når du klikker dig rundt. Nogen gange finder du ham, men oftere er det et mysterium hvor han er	SP: udfordringen
61	Har selv været superbruger på systemet og har selv forsøgt at påpege fejl i systemet som ikke blev taget alvorligt. Først når det kom frem i medierne, blev fejlene rettet Generelt er SP et system med godt potentiale med tilbygningen så det fungerer til det danske sundhedsvæsen er elendig og fejlfyldt; herunder medicinmodul og integrering til FMK.	SP: udfordringen
63	Jeg synes det er superfint at alt skal kunne tale sammen men det ødelægges lidt af, at ikke alle hospitaler og institutioner anvender SP.	SP: udfordringen
63	Der er for mange ting der ikke helt fungerer, til at jeg kan være tilfreds med systemet, men der er også positive sider. Tilretning kræves.	SP: udfordringen
64	Dårligt system overordnet set. Uoverskueligt og meget ringe opbygning til beskrivelse af sygepl. Status hos en pt. Jeg oplever mange gange dgl at ting/beskrivelser vedr. pt bliver overset	SP: udfordringen
66	Svært/umuligt hurtigt at skabe sig et overblik over patienten	SP: udfordringen
71	Mangler overordnet plan for dok i SP. Hvordan tænker man denne samlet for sygepleje? VI blev lovet et VIP (red vejledning-instruks-politik) i hypercare, men den er stadig ikke kommet	SP: udfordringen

SP i forhold til tidligere systemer

Respondent ID	Kommentar	Kategori
---------------	-----------	----------

02	SP har nogle gode funktioner, men mængden af dokumentation er irriterende. Alt for mange klik til simple ting, forskellen er kolossal	SP ift. tidl. Systemer
03	Der findes fordele – men ulemperne kræver så kæmpe meget mere tid at løse end i de gamle systemer	SP ift. tidl. Systemer
06	Dataudtræk er umuligt, kan ikke kvalitetssikre/udføre audit/foretage økonomistyring. Systemet er ikke intuitivt. Systemet er ikke bygget op på rationel måde. Alt forsvinder. Meget dårligere end de gamle systemer.	SP ift. tidl. Systemer
10	Systemerne taler sammen, og vi skal kun logge ind med en kode, i stedet for mange koder tidligere. Det er det positive jeg har at sige om SP	SP ift. tidl. Systemer
13	Det gamle system var forældet og fungerede ikke længe. Det nye (SP) kan /virker for omstændigt med alle de klik. Man får ondt i armen, og man får følelsen af ikke at have dokumenteret tilstrækkeligt	SP ift. tidl. Systemer
15	Alt tager for lang tid, fx for en U-stix skal printes en PTB. Alt tager for meget dokumentation Førhen skrev man et sted I sp skal man klikke flere steder og giver intet helt billede	SP ift. tidl. Systemer
18	Rover er genial ift PDA'en	SP ift. tidl. Systemer
19	Det er ikke muligt at dokumentere bløde værdier. Systemet er meget rigtigt og da vores hverdag ikke er stringent er det umuligt at arbejde i og koordinere med SP	SP ift. tidl. Systemer
20	Dokumentation er utilstrækkeligt, ikke altid muligt at sætte patienten i "Boks". Flere aspekter af plejen kan ikke dokumenteres og går tabt. Det var mere personligt før i tiden	SP ift. tidl. Systemer
21	Nogle ting er nemmere at dokumentere pga kryds af valgmulighederne. Dog kan man ikke "se" patienten i systemet. Dermed er noget mistet fra det gamle system. Patienten er tabt	SP ift. tidl. Systemer
23	Nogle funktioner er bedre end tidligere, andre, såsom muligheden for at danne sig et overblik er klart dårligere	SP ift. tidl. Systemer
28	Der er rigtigt gode funktioner i sp som vi ikke havde før, men jeg synes også der er nogle handlinger der tager meget længere tid end før, fx blodprøvebestilling, og andre best/ord	SP ift. tidl. Systemer
29	Jeg synes systemet er udfordret. Det tager meget lang tid at få overblik over pt sammenlignet med tidligere. Samt løse alle kommentarer med "Klik". Fx en pt der ikke opnår ernæringsbehov som muligvis skyldes obstipation+mundsvamp – det	SP ift. tidl. Systemer

	skal man så finde ud af ved at slå op under udskillelse og hud/væv	
32	Det er systemet der er årsag til at tingene ikke virker. Fejl er svære at rette, men det er fordi man ikke ved hvordan de rettes. Og der mangler undervisning af personale, som ved hvordan tingene skal være. Det var bedre før i tiden	SP ift. tidl. Systemer
33	Stort problem at sygeplejen ikke kan prioriteres i sp. I min afd er kvaliteten i dokumentationen i forhold til det at ligge sygeplejeplaner faldet markant.	SP ift. tidl. Systemer
35	Aftaleoversigt og henvisningsmodulet er bedre med sp end tidl. Generelt svært at få overblik	SP ift. tidl. Systemer
36	Det hele samlet i et modul. Muligheden for at tage billeder og lægge dem ind i sp. Roveren kan noget godt. Mulighed for at påvirke systemet via klinisk bygger/brugertilpasning – men det er omstændigt Det bliver godt om ca 2 år når de nødvendige redskaber er udviklede	SP ift. tidl. Systemer
38	Hurtigere overblik med SP	SP ift. tidl. Systemer
39	Systemet er bedre, fordi alt kan findes om patienten et sted	SP ift. tidl. Systemer
41	Opbygget i adskilte moduler, som ikke interagerer Ikke intuitivt. Uens sprogbrug (fx godkend – luk, afslut – accepter) Det er systemet der fejler – ikke brugere – vi VAR optimister, men det var bedre før. Tror ikke SP kan reddes	SP ift. tidl. Systemer
42	Ved booking af undersøgelser, operationer osv er overblikket væk, vi må printe skemaer for selv at skabe en slags system. ift dokumentation er det blevet meget dårligere end før. Vi har intet overblik, det er uoverskueligt	SP ift. tidl. Systemer
45	Især MDA og best/ord er mega bøvellet, alt for mange klik. MDA er uoverskueligt. Det var bedre før	SP ift. tidl. Systemer
47	Jeg er glad for at alle informationerne er et sted. Nogle arbejdsgange er blevet meget mere besværlige, fx best/ord af blodprøver, CT, UL osv	SP ift. tidl. Systemer
48	Medicinmodulet er klart forringet. Der er ingen individer i systemet da alt er afkrydsning	SP ift. tidl. Systemer
49	Mange opgaver er flyttet til sygeplejersker, fx bestilling af røntgen, scanning, blodprøver – før var det sekretæren. Vi som sygeplejersker får ikke samme tid til patientkontakt efter SP fordi alt skal bestilles på computeren.. vi mangler tid	SP ift. tidl. Systemer
50	Der dokumenteres en masse unødigt, svært at finde relevant info om patienten, savner de gamle forhold	SP ift. tidl. Systemer

55	De mange klik er en belastning i dagligdagen, det er voldsomt i forhold til før. Alt for mange muligheder til at løse en opgave	SP ift. tidl. Systemer
58	Er bedre ift at flere programmer kan ses samtidigt. Er mindre god til at tænke anderledes og dokumentere dette	SP ift. tidl. Systemer
59	Håb om forbedring. Synes godt om at dokumentere på patientstuen, sammen med patienten Der er % overblik og ingen individuelle plejeplaner	SP ift. tidl. Systemer
60	Synes ikke at sp har højet kvaliteten af dokumentationen. Det er klart systemet den er gal med: ingen logisk opbygning, ingen overblik over patienten	SP ift. tidl. Systemer
61	SP er god til hurtig standarddokumentaion men mangel på mulighed for at dokumentere forløb der er uden for standard. 1. God dok ved standardforløb 2. dårlig dok når tingene ikke går som planlagt 3. data der er let at overse dårligt væskeregnskab og ernæring, samt dårlig medicindel	SP ift. tidl. Systemer
65	Systemet er ulogisk og uoverskueligt opbygget. Der mangler forsat data i systemet til at varetage pt behov. Bookinger af special-undersøgelser kan ikke rigtig implementeres i afdelingerne da det er meget besværligt, især for personale der gør det sjældent. Tidl havde sekretærene styr på det, men nu er det en sygeplejeopgave	SP ift. tidl. Systemer
68	Kiso var også enormt tidskrævende, det tog lang tid at skrive sig frem, derimod er vurderingsskemaet ligeledes tidskrævende MEN det sikrer ensformig dokumentation personalet imellem. Alt er samlet i et. Sp har nogle fejl og mangler, men der arbejdes på udviklingen	SP ift. tidl. Systemer
69	Jeg synes det er meget det samme. Nogle ting er blevet lettere, andre sværere	SP ift. tidl. Systemer

Medicinmodulet (MDA)

Respondent ID	Kommentarer	Kategori
02	Medicinmodulet skaber tit problemer. Jeg frygter for patient-sikkerheden	Medicin Modul
03	Svært overblik, ofte "hardstop" som er svære at finde årsagen til, mange forskellige indgange til opgaven der skal løses ved samme tidspunkt"	Medicin Modul
05	Der er STORE problemer med infusionsblandinger og væsker, samt i overgange mellem afdelinger. Det er farligt for patienten	Medicin Modul
15	Væskehåndtering er håbløst, det gives dobbelt og svært at gennemskue.	Medicin Modul
16	Oplever fejl meget oftere end tidligere, det er farligt	Medicin Modul

22	Det er blevet en spl opgave at frigive medicinen hvilket er en stor ekstra opgave for spl	Medicin Modul
24	Der er intet overblik. Skemaet er rodet, medicin som "selvmedicinerende" står og roder blandt det som vi administrer for pt	Medicin Modul
25	Meget svært til tiden og mange gange er systemet ikke virket efter hensigten	Medicin Modul
26	Det er et stort problem med manglende medicinhistorik og fremdosering af visse stoffer virker ikke. Intet overblik	Medicin Modul
27	Der er stor risiko for fejl, samt alt for mange unødvendige advarsler der gør brugeren blind for de alvorlige advarsler. For 4-kantet ift scanning af præparat, så den skeldner mellem medicinfirmaet og unødige klik	Medicin Modul
29	Manglende overblik, besværligt system, absurd mange klik og kasser der giver beskeder	Medicin Modul
36	Manglende overblik pga for mange kolonner. Et døgn kan ikke rummes på et skræmbillede	Medicin Modul
37	For lidt overskuelighed - en nedgradering i forhold til EPM, og det er ærgerligt	Medicin Modul
39	Har fået udarbejdet en "liste" der passer til det vindue jeg har. Inden da var der intet overblik	Medicin Modul
40	iv-fusioner er meget svære at håndtere. Der sker ofte fejl	Medicin Modul
41	Dårligt overblik kan ikke se hvad der er blevet givet	Medicin Modul
43	Meget uoverskueligt, til tider farligt da dobbeltordinationer sker fordi ting forsvinder	Medicin Modul
45	Meget uoverskueligt, bange for at overse/begå fejl	Medicin Modul
46	Det står flere steder, og det er svært at gennemskue om medicinen er givet	Medicin Modul
47	Alt for mange klik. Intet overblik	Medicin Modul
48	Svært at skabe overblik, hele døgnet kan ikke ses. Håbløst at man som sygeplejerske kan seponere ordinationer (der sker fejl)	Medicin Modul
50	Intet overblik. Bange for fejl	Medicin Modul
53	Dårligt overblik. Kan kun dosere 2 timer før, f.eks i nattevagt. Mange fejl ift EPM. Lister som kan printes til patienterne er uoverskuelige	Medicin Modul
54	Det er et kluntet modul med stor risiko for fejl og det absolut svageste led i SP	Medicin Modul
56	Jeg føler mig sikker når jeg bruger systemet, men der er for mange irrelevante advarsler og dobbeltdokumentation når man bruger rover samtidig	Medicin Modul
57	Alt for stor risiko for fejl. Ikke muligt at give patienterne en overskuelig medicinliste ved fx udskrivelse	Medicin Modul
59	% overblik →farligt	Medicin Modul

60	Svært at få overblik over indgift af medicin	Medicin Modul
61	Uoverskueligt, fyldt med fejl og falske advarsler fx risiko for overdosering af paracetamol selvom patienten må få de tilladte 4 g dagligt	Medicin Modul
62	Ikke altid overskuelig og mange pop-up vinduer. Præparatstregkoder virker ofte ikke	Medicin Modul
64	Komplet idiotisk opbygget og fejlkilderne er endeløse	Medicin Modul
66	Svært med eks. Døgndoseringsæsker	Medicin Modul
70	Systemet er ikke bygget til den komplekse patient. MDA er vanskelig at overskue og kræver en erfaren sygeplejerske for ikke at lave fejl	Medicin Modul
71	Svært overblik. Nogle situationer er blevet sværere med sp. INGEN er blevet lettere	Medicin Modul
74	Den er ikke så god til at godtage substitutionspræparater	Medicin Modul

Sygeplejedokumentation

RespondentID	Kommentar	Kategori
01	Vores sygepleje/refleksioner er svære at dokumentere i SP	Sygepleje-dokumentation
04	Det er meget svært at få et ordentlig overblik, det går ud over vigtig viden	Sygepleje-dokumentation
05	Jeg var ansat på ITA indtil 1/5 2017, der synes jeg funktionaliteten var væsentligt bedre end på sengeafdelingen	Sygepleje-dokumentation
09	SP er god fordi der er mindre skrivearbejde for sygeplejesker, smartphrases virker, men patientplejeplaner er for standard	Sygepleje-dokumentation
12	Kommentarfelter: det er ikke muligt at lave kommentarer lange nok, så det giver mening (i vurderingsskemaet), forståelsen tabes	Sygepleje-dokumentation
14	Mangler sygeplejedelen. Kan ikke dokumentere dybe vigtige samtaler.	Sygepleje-dokumentation
15	Mangler et sted at skrive bløde værdier + når jeg skriver kan kun skrive kort. Jeg klikker for mange gange på ernæring/pleje/vurdering for at danne mig et overblik. Det er meget uoverskueligt	Sygepleje-dokumentation
16	Mangler mulighed for at skrive mere i vurderingsdelen	Sygepleje-dokumentation
17	Meget uoverskueligt billede på forsiden – svært at skabe overblik	Sygepleje-dokumentation
19	God sygepleje er svært at få ind i SP	Sygepleje-dokumentation
20	Utilstrækkelig dokumentation	Sygepleje-dokumentation

21	Det virker fint, men sygeplejen er totalt mistet i det nye system pga afkrydsning	Sygepleje-dokumentation
22	Jeg bruger meget tid på at tjekke om jeg har dokumenteret og gjort det de rigtige steder Spl dokumentation er blevet virkelig ringe, det er svært at genfinde data	Sygepleje-dokumentation
23	Alt for kategorisk fastlåst ift forudbestemte kategorier/ muligheder at klikke af. manglende mulighed for fritext/ uddybning/ beskrivelse af områder som ikke er dækket af SPs standardformuleringer/ kategorier + meget svært at få overblik over tidligere dokumentation fra pleje	Sygepleje-dokumentation
24	Det er svært at dokumentere når en patient er kompleks eller har flere forsk diagnoser. Det mangler positive muligheder. Pt kan ikke være "i godt humør, glad mv." i systemet	Sygepleje-dokumentation
25	Jeg bruger Rover til næsten al dokumentation. Bruger computere på kontoret til plejeplaner	Sygepleje-dokumentation
26	Man kan ikke få lov at skrive en længere dokumentation, hvilket ikke er ok + der er ikke brugbare plejeplaner	Sygepleje-dokumentation
26	Det er systemet som på nogle områder er mangelfuldt ift spl dokumentationen til den komplekse patient. Tænker at sp kan meget mere end det jeg har lært, men det er en jungle med virkelig mange funktioner, og flere måder at komme hen til samme sted	Sygepleje-dokumentation
28	Jeg synes (stadig) det kan være svært at skabe det fornødne overblik	Sygepleje-dokumentation
29	Manglende overblik -i ekstrem grad	Sygepleje-dokumentation
33	Godt med rover til at dokumentere simple observationer på stuen. Sp understøtter ikke intuitivt når det er komplekse problemstillinger der skal beskrives og dokumenteres	Sygepleje-dokumentation
36	Der mangler en hel klart specialespecifik dokumentation, som før blev gjort på papir	Sygepleje-dokumentation
37	Klikstyret og meget omfattende, det er helt umuligt. Meget lille mulighed for at tænke selv	Sygepleje-dokumentation
40	Svært at dokumentere sygeplejen i SP. Alt for meget unødigt dokumentation som ingen læser/bruger	Sygepleje-dokumentation
45	Føler alt for mange klik, meget lidt prosa, hvilket gør mig usikker. Føler ikke at sygeplejen er individuel eller patientnært	Sygepleje-dokumentation
46	Den er ikke intuitiv, så hvis der opstår en ukendt situation er det svært bare at prøve sig frem	Sygepleje-dokumentation
47	Jeg er glad for at informationerne er samlet et sted, men det er for standardiseret	Sygepleje-dokumentation

48	Det er svært at udfærdige plejeplaner	Sygepleje-dokumentation
49	For mange faste krav. Kunne bedre lide friheden i at skrive egne noter – det var mere nøjagtigt og gav patienten personlighed	Sygepleje-dokumentation
50	Det man skriver forsvinder. Svært at finde det fra egen afdeling, andre afdelinger	Sygepleje-dokumentation
54	Problemet mange steder er at sp bliver anvendt som KISO, sp er ikke kiso, men pga dårlig undervisning har folk ikke styr på det	Sygepleje-dokumentation
56	Der er for mange standard svar og ikke nok muligheder/plads til at skrive kommentarer hvis nødvendigt	Sygepleje-dokumentation
57	Sygeplejen er "bombet" tilbage til en tid der burde være overstået. Sygeplejen er blevet usynlig og der lægges ikke op til fremadrettet dokumentation. Alt er bag-udrettet	Sygepleje-dokumentation
59	minus overblik, individuelle plejebehov er umulige at dokumentere	Sygepleje-dokumentation
60	Svært at lægge fremadrettede planer + få overblik over patienterne	Sygepleje-dokumentation
61	Manglende mulighed for uddybende dok pga standardskemaer	Sygepleje-dokumentation
63	Nogle ting fungerer meget godt, andre ting fungerer slet ikke	Sygepleje-dokumentation
64	Svært at få overblik over pts situation da der skal klikkes ind utallige steder i SP. Derudover, er dok stederne i SP særdeles mangelfulde og opfylder ikke behovet for at kunne skrive ordentligt	Sygepleje-dokumentation
66	Manglende overblik	Sygepleje-dokumentation
67	Den sygepleje som man har ydet, kommer ikke helt til udtryk ved at "klikke" af	Sygepleje-dokumentation
68	Savner at sætte ord og formulere observationer samt handlinger	Sygepleje-dokumentation
71	De moduler der er købt indtil videre er ikke tilstrækkelige. Dokumentation er spredt i atomer og det er svært at få overblik over pt. Det compromitterer min faglighed. Sp er ikke tænkt til spl'er der arbejder selvstændigt	Sygepleje-dokumentation

Undervisning

Respondent ID	Kommentarer	Kategori
02	"Det er fint at få et indtryk (red. af systemet), men det er først ved sidemandsoplæring at de relevante ting bliver gjort klart"	Undervisning

03	"De mest relevante tilfælde var dem hvor underviseren imod deres instruks ændrede undervisningen til "kursister-nes" behov"	Undervis-ning
05	Jeg har været til mange forskellige undervisningsmoduler (spl, sekretær, booking, ITA) og alle var totalt irrelevante og spild af tid. Selv som superbruger kunne jeg ikke se logikken De der skulle undervise var ekstremt udfordrede da systemet ikke var "færdigt" og derfor var der ikke overensstemmelse mellem undervisningsmaterialet (hand-outs og powerpoint) og systemet/undervisningen	Undervis-ning
06	Undervisning på gentofte var spild af tid. Jeg blev undervist af en anæstesi sygeplejerske som ingen forstand havde på lægeopgaver og arbejdsgange	Undervis-ning
08	Undervisere havde anden baggrund end dem de skulle undervise, fx underviste en fys alle sygeplejersker. Han kendte intet til vores arbejdsgange!	Undervis-ning
13	Jeg ville hellere have haft undervisningen efter jeg havde anvendt sp lidt tid, så kunne jeg bedre forstå hvad jeg så til undervisningen, for det var meget rodet	Undervis-ning
15	Vi sad alt for mange tilhørere fra forsk grupper, og ting blev for hurtigt gennemgået, desuden ikke tid til at stille spørgsmål, og svært at forstå hvorfor flere af gennemgåede ting ikke passede til min faggruppe	Undervis-ning
17	Undervisningen kunne ikke give reel viden da meget var anderledes end virkeligheden	Undervis-ning
20	Undervisningen var mangelfuld, ingen brugbarhed	Undervis-ning
25	Der var flere dage med undervisere der ikke vidste hvor de skulle finde det der blev efterspurgt.	Undervis-ning
29	Ærgerligt at mange undervisere ikke var helt fortrolige med sp ift at kunne guide i problemstillinger i hverdagen. Vi havde spørgsmålstejn til fx medicindelen, men det vidste undervisere ikke noget om	Undervis-ning
30	Jeg synes det har været svært at forholde sig til systemet og modtage undervisning i et system man ikke har haft fingrene i endnu	Undervis-ning
32	Undervisningen var meget komprimeret og sp er meget mere end det vi lærte/havde i undervisningen	Undervis-ning
33	Undervisningen bør være helt konkret og afdelingsspecifik. Den generelle undervisning som vi fik før go live kan ikke stå alene	Undervis-ning
34	Undervisningen kunne med fordel deles op efter niveauet af kundskaber	Undervis-ning
35	Undervisningen var desværre for generel, for dårlig og for sparsom	Undervis-ning
36	Undervisningen rammer bredt, dvs man rammer ikke folk som lærer bedst i mindre grupper - de fleste lærer bedst ved sidemandsoplæring i egen kontekst (var selv underviser på sp)	Undervis-ning

37	Kaotisk, forvirrende, mest af alt et cirkus hvor man ikke blev præsenteret for/fik en fornemmelse af hvad SP kan	Undervisning
40	Generelt kendte undervisere slet ikke til den del af SP, som vi anvender til daglig. Det var forkerte faggrupper der underviste os, så de kendte ikke vores arbejdsgange	Undervisning
41	Superbrugerne kan ikke specielt meget og ved generelt ikke noget om de specifikke arbejdsgange	Undervisning
42	Et problem at man ofte fik vist flere forskellige tilgange til samme ting, meget forvirrende at der hele tiden skal læres noget nyt	Undervisning
43	Det var ikke særlig godt	Undervisning
44	Man skulle være oplært i afdelingen, undervisningen var virkelig dårlig	Undervisning
45	Meget foregik på papir da systemet ikke kunne køre pga mange kursister	Undervisning
46	Vi har superbrugere der regelmæssigt opdateres og er gode til at komme "hjem" og sidemandsoplære. Undervisningen var håbløs	Undervisning
47	Vi har alle deltaget i undervisning i sygepleje+ambulatorium+ sengeafdeling. Der var flere moduler helt irrelevante for mit daglige arbejde	Undervisning
50	Efter vi fik undervisning (for snart et år siden) har der ikke været opfølgning, så vi har hver især fundet vores egen måde	Undervisning
51	Det var tydeligt at undervisere famlede rundt i et system de ikke kendte og derfor blev undervisningen ikke særlig tydelig i, hvordan systemet skal/kan anvendes	Undervisning
52	Undervisningen var usammenhængende og underviserne var ikke ordentligt lært op	Undervisning
53	Der var rigtig meget man ikke kunne få svar på. Hver underviser havde deres eget lille felt og det var svært at relatere til dagligdagen. Desuden var der flere ting vi først fik adgang til ved "go live"	Undervisning
54	Jeg var kun til undervisning da jeg skulle uddannes til superbruger til Herlevbølgen. Det var helt igennem elendigt og helt ubrugbart. Jeg har ikke været til noget efterfølgende på trods af superbrugerfunktion	Undervisning
55	Underviserne var ikke alle lige gode. Jeg kendte selv alt for lidt til SP inden undervisningen	Undervisning
56	Jeg kunne godt have brugt at sidde lidt med SP inden undervisningen så jeg havde noget at holde det op imod. Det var forvirrende	Undervisning
59	Sidemandsoplæringen var absolut at foretrække rent læringsmæssigt	Undervisning
61	Mange ændringer kom mellem undervisning og implementering. Dette skabte mange misforståelser og tvivl om korrekt brug af systemet	Undervisning
63	Jeg fik ikke meget ud af undervisningen, men lærte i stedet meget ved at sidde med det og få hjælp i afdelingen	Undervisning

65	Synes der blev brugt alt for mange ressourcer på undervisning. Det eneste der virker er sidemandsoplæring	Undervisning
66	Systemet burde afprøves inden undervisning. Undervisere kendte det ikke. Mangler undervisning for hvad SP overordnet kan	Undervisning
67	Underviserne i testmiljø inden SP gik i luften var ikke særligt gode. Kvaliteten af superbrugere svingede meget	Undervisning
69	Der var meget stor forskel på undervisere. Nogle gjorde det mere kringlet end det behøvede være	Undervisning

Andet

Respondent ID	Kommentarer	Kategori
05	Fyringen af læger som har kritiseret SP offentligt på bla. min arbejdsplads, og min tidligere arbejdsplads på BBH, burde blive en sag i pressen. Ledelsen valgte på RH og BBH til et morgenmøde at understøtte at det ikke havde noget med ytringsfrihed at gøre. Det er skræmmende og jeg frygter for fremtiden!	Andet
10	Jeg har savnet overblik mellem de forskellige personalegrupper. Hvad gør lægen? Hvad gør sygeplejersken, sekretæren osv?	Andet
17	Det vil tage tid at ændre kulturen og tankerne om SP, for udtaget negativitet fra andres udfordringer med sp er et problem	Andet
30	Jeg synes at det er meget ærgerligt at man ikke har valgt samme system i hele landet, så var man udenom at faxe/maile/sendt information vedr pt behandlingen rundt ml de forskellige hospitaler	Andet
39	Meget svært at få hjælp fra CIMT	Andet
40	Vi har været nødt til at nedsætte en arbejdsgruppe der ser på hvilken dokumentation der skal udfyldes så vi ikke dokumenterer os "til døde" på min afdeling	Andet
43	I starten (inden go live) = meget modstand I begyndelsen = magtesløshed og frustrationer Herefter= begyndende accept, men sp er langt fra optimalt, og tager meget tid fra det væsentlige - patienten	Andet
46	Mit indtryk er at lægerne har fået for lidt sidemandsoplæring og blokerer mere end nødvendigt. Der er også en stolthed der gør at de ikke beder om hjælp. Det er en fejl at der mangler lægesekretærer til at hjælpe lægerne	Andet
49	I min afd er der stor fokus på at vi hurtigt bliver undervist og får tip-sheet til præcis mine opgaver på min afdeling	Andet
50	Det går ud over patientsikkerheden at SP tager opmærksomheden fra pt og monitoreringen af pt. Ser også et stort hygiejne problem i at håndtere keyboard samtidig med jeg har pt kontakt	Andet
51	Det er tydeligt at man har valgt et system der slet ikke passer til det danske sundhedsvæsen. Alt det vi skal bruge skal	Andet

	bygges op til hver enkelt afdeling/hvert speciale hvilket gør det meget ugenomsigtigt og vanskeligt i den daglige brug	
54	Jeg har ikke været påvirket af mediedækningen af SP, men jeg bliver påvirket af at den generelle holdning er så negativ. Vi er nogenlunde kørende på min afdeling, så ved andre har det meget værre	Andet
64	Jeg var en af dem som troede at medierne overdrev den negative omtale fra Herlev/gentofte. Men jeg skal love for at jeg blev overrasket over den ringe opbygning af systemet	Andet
71	Det er nok svært at skrive VIP for alt, men hvordan tror de det er at arbejde med systemet hvis vi ikke får nogen vejledning?!	Andet