

Anna-Britt Krog

Forhandlinger om patienten

– den elektroniske patientjournal som kommunikationsmedie

Ph.d.-afhandling

Institut for litteratur, kultur og medier

Syddansk Universitet, Odense

Juni 2009

Vejleder: Professor Lars Qvortrup

Bivejleder: Administrerende overlæge Niels Dieter Röck, afdeling O, OUH.

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Indledning og problemformulering	1
1.1 Undersøgelsesområdet.....	1
1.2 Relevans	4
1.3 Fokusering og afgrænsning af undersøgelsen.....	6
1.4 Problemformuleringer	8
1.5 Journaliseringspraksis i sygehusvæsenet og journalføringspligten.....	10
1.6 Den elektroniske patientjournal – forventninger og realiteter	19
1.7 Introduktion til afdelingerne F, G og D samt EPJ-systemet Cosmic.....	21
1.8 Læsevejledning.....	25
2. Forskning i informations- og kommunikationsteknologier i sundhedsvæsenet	28
2.1 Effekstudier af konsekvenserne af indførelsen af EPJ	29
2.2 Science and Technology Studies.....	32
2.2.1 Det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv	33
2.2.2 Den aktør-netværksteoretiske tilgang	34
2.2.3 Cyborg-perspektivet	36
2.3 Teknologien som en deltager i hospitalets forhandlede orden.....	37
3. Teoretisk refleksionsramme.....	40
3.1 Systemteoriens grundlæggende antagelser	40
3.2 Et kommunikativt perspektiv på organisatorisk forandring	47
3.3 Sundhedssystemet - om sygdom og håndtering af kompleksitet.....	50
4. Analysestrategi.....	53
4.1 Den operative konstruktivisme – afhandlingens videnskabsteoretiske grundlag.....	55
4.2 Det antropologiske greb og analysetekniske refleksioner	60
4.2.1 Feltarbejdet på Odense Universitetshospital.....	60
4.2.2 Deltagende observation.....	61
4.2.3 Individuelle interviews og fokusgruppeinterview	62
4.2.4 Anonymisering af deltagere og transskription af interviews.....	65

4.2.5 Forskellige vilkår for udvælgelse af deltagere samt gennemførelse af feltarbejde og interviews	66
4.2.6 Ændringer i feltarbejdet undervejs.....	69
4.2.7 Afgrænsninger	70
4.2.8 Materialets udsagnskraft	71
4.3 Empiribearbejdningen – hvordan iagttagelserne iagttages	73
4.3.1 Det systemteoretiske blik på interviewet	73
4.3.2 Kodning af den producerede empiri	74
4.3.3 Formningsanalysen og analysestrategiske valg.....	77
4.3.4 Et systemteoretisk blik på magt	78
4.3.5 Om begrebet faggrupper	78
5. Funktionssystemer og kommunikationskoder i sundhedsvæsenet – forskellige faggruppers iagttagelse af patienten	80
5.1 Støj i den elektroniske patientjournal.....	81
5.2 Skematisk oversigt over sundhedssystemet, dets subsystemer samt koblinger til samfundets funktionssystemer.....	85
5.3 Kvalitetsudviklingsdiskurser.....	95
5.4 Interaktionssystemet mellem sundhedspersonen og patienten	96
6. Den gode patientjournal og EPJ som kommunikationsmedie – sundhedspersonalets iagttagelser af fordele og ulemper ved Cosmic EPJ kontra papirjournaler	100
6.1 Forskellige syn på den gode patientjournal	101
6.2 Fordele og ulemper ved standardisering samt strukturering.....	105
6.3 Overblik i Cosmic EPJ.....	111
6.4 Tværfaglighed.....	116
6.5 Tid	121
6.6 Tilgængelighed	123
6.7 Forholdet til patienten.....	126
6.8 Synet på fordele og ulemper udvikler sig over tid	127
6.9 Opsamling: Øger indførelsen af EPJ sandsynligheden for succesfuld kommunikation?	130

7. Kommunikation om orden og uorden i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ	134
7.1 Tidstro registrering og sundhedspersonalets forhandlinger med medicinmodulet.....	135
7.2 Nyt dokumentationsredskab – nye rutiner skal etableres.....	141
7.3 Utilsigtede hændelser og fejl samt etablering af tillid til EPJ-systemet...	141
7.4 Stadig behov for hospitalsafdelingens ordensholder – iagttagelser af lægesekretærrollen i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ	144
7.5 Opsamling: Nye former for orden og uorden.....	147
8. Italesættelse af synlige og usynlige faggrupper og arbejdsopgaver	149
8.1 Synlige/usynlige arbejdsopgaver	151
8.1.1 Dokumentation af sygeplejen.....	151
8.1.2 Plejepersonalets administrative arbejde kontra direkte arbejde med patienter	157
8.1.3 Lægesekretærers usynlige arbejdsopgaver	159
8.2 Synlige og usynlige faggrupper	160
8.2.1 Sygeplejersker versus social- og sundhedsassistenter	160
8.2.2 Sygeplejersker versus lægesekretærer.....	162
8.3 Opsamling: De forskellige faggruppers arbejde bliver generelt mere synligt	164
9. Iagttagelser indenfor distinktionen magt/afmagt.....	166
9.1 Alder, erfaring og "modstand mod forandring"	166
9.2 Manglende it-kundskaber og følelsen af afmagt.....	170
9.3 Fokusgruppen – forhandlinger, positioneringer og magt	172
9.4 Opsamling.....	174
10. Afrunding på analysen og diskussion af analysestrategiens anvendelighed	176
10.1 Hverdag med EPJ – hvornår er den elektroniske patientjournal succesfuldt implementeret?	176
10.2 Analysestrategiens anvendelighed	177

11. Konklusion	181
11.1 Koder for kommunikationen om patienten	181
11.2 Indførelsen af EPJ medfører forandret kommunikation blandt sundhedspersonalet – (nye) forskelle aktualiseres	182
11.3 Indførelsen af Cosmic EPJ betyder noget forskelligt for forskellige sygehusafdelinger.....	184
11.4 Indførelsen af EPJ øger kompleksiteten for organisationen og reducerer kompleksiteten på nye måder	186
11.5 Den elektroniske patientjournal og organisatorisk læring	186
11.6 Perspektivering	187
 Resume på dansk	 189
 English Summary.....	 192
 Anvendt litteratur	 195

BILAG

Bilag A1-A4: Jordemødrenes partogram

Bilag B1-B9: Skærmprents fra uddannelsesversionen af Cosmic

Bilag C: Eksempel på informationsbrev vedrørende individuelt interview

Bilag D: Eksempel på interviewguide (jordemødre)

Bilag E: Informationsbrev vedrørende fokusgruppeinterview

Bilag F: Sygeplejerskernes dokumentationsmodel

Bilag G: Oversigt over deltagende sundhedspersoner

- 1. Indledning og problemformulering

1.1 Undersøgelsesområdet

I denne ph.d.-afhandling sættes der fokus på indførelsen af en elektronisk patientjournal (EPJ) på Odense Universitetshospital (OUH). Forandringsprocessen belyses ud fra Niklas Luhmanns systemteori, og med udgangspunkt i et feltarbejde på tre forskellige hospitalsafdelinger undersøges det, hvordan den elektroniske patientjournal fungerer som et kommunikationsmedie for sundhedspersonalet.

Set i et bredt perspektiv omhandler afhandlingen indførelsen af nye informations- og kommunikationsteknologier (IKT) i sundhedsvæsenet. Indførelsen af EPJ på sygehusene er nemlig en del af en generel udvikling mod større brug af IKT i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet i Danmark og de fleste andre vestlige lande er ved at gennemgå en radikal omstillingsproces. Øget efterspørgsel efter sygehusydelse, større krav til service og kvalitet, nye behandlingsmuligheder, mangel på sundhedspersonale mv. udgør tilsammen en stor udfordring for disse landes sundhedssystemer. Med det udgiftspres de nævnte udviklinger medfører, bliver det i fremtiden nødvendigt med en mere effektiv ressourceudnyttelse (Berg, 2004; Termansen, 1998).

Nye informations- og kommunikationsteknologier ses ofte som redskaber til effektivisering af sygehusvæsenet, og IKT er dermed blevet en del af svaret på, hvordan man imødekommer de ovenfor nævnte udfordringer. Det kommer blandt andet til udtryk i *National strategi for IT i Sygehusvæsenet 2000-2002*, hvor it generelt og EPJ i særdeleshed bliver udpeget som midler til at fremme sygehusvæsenets overordnede mål om høj sundhedsfaglig kvalitet, klar besked og korte ventetider, høj brugertilfredshed, bedre information om service og kvalitet, samt effektiv ressourceanvendelse (Sundhedsministeriet, 1999: 9). I *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007* beskrives it ligeledes som "en løftestang for modernisering af arbejdsgange og arbejdsdeling", og indførelsen af EPJ udpeges igen som et væsentligt fokusområde, der blandt andet skal være et led i planerne om at give borgerne adgang til egne journaler, lette kommunikationen mellem forskellige dele af sundhedsvæsenet, lette

arbejdsgangene for sundhedspersonalet og skabe bedre adgang til viden og beslutningsstøtte. Desuden skal EPJ medvirke til, at dokumentationen bliver tværfaglig og tager udgangspunkt i patientens problemer frem for fagpersonen. For at nå disse mål var der blevet indgået aftale med Amtsrådsforeningen om, at alle landets sygehuse skulle have indført elektroniske patientjournaler baseret på fælles standarder inden udgangen af 2005 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003: 17-22, 35).

I et mere snævert perspektiv omhandler afhandlingen de kommunikative og dermed også organisatoriske ændringer forbundet med indførelsen af den elektroniske patientjournal Cosmic på sygehusafdelingerne D, F og G på Odense Universitetshospital.

Opdragsgiverne til ph.d.-projektet var det nu ikke længere eksisterende Fyns Amt, som ønskede en kvalitativ undersøgelse af konsekvenserne af indførelsen af den elektroniske patientjournal Cosmic på OUH. Man ville gerne have et mere nuanceret blik på, hvad det gør ved sygehuset som organisationen at få indført en elektronisk patientjournal, end man ville kunne få gennem andre evalueringsindsatser som eksempelvis interne spørgeskemaundersøgelser blandt sundhedspersonalet.

I oktober 2002 var det af Fyns Amts Sygehusudvalg blevet besluttet at indføre EPJ i hele Fyns Amt. Beslutningen blev truffet på baggrund af den nationale strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002 samt aftalen mellem den daværende regering og Amtsrådsforeningen om at prioritere udbredelsen af EPJ højt (EPJ-strategigruppen, 2002).

Det nye EPJ-system skulle først implementeres på OUH. I forvejen havde man i Fyns Amt været blandt de første til at indføre EPJ. Det var sket i Sygehus Fyn, som omfatter Svendborg Sygehus samt enhederne i Nyborg, Faaborg, Ringe og Ærøskøbing. I Sygehus Fyn er det EPJ-systemet MediCare, der bliver anvendt, men det var planen, at MediCare skulle udskiftes til samme system, som skulle implementeres på OUH, så man inden udgangen af 2006 anvendte samme EPJ-system i hele Fyns Amt (EPJ-sekretariatet 2005).

Jeg påbegyndte ph.d.-projektet i marts 2005. På det tidspunkt var den oprindelige tidsplan for implementeringen allerede skubbet lidt, så de første pilotafdelinger nu skulle gå i drift den 12. september 2005. Det var således muligt at følge indførelsen af EPJ fra første dag, Cosmic blev sat i pilotdrift.

Af følge forandringsprocesserne så tidligt i forløbet indebærer såvel fordele som ulemper. Selvom jeg ikke foretog forstudier af sundhedspersonalets arbejde med papirdokumentationen, var det på dette tidlige tidspunkt muligt at observere ambulatoriekonsultationer både med og uden brugen af EPJ, da ikke alle patienters forløb blev dokumenteret i EPJ endnu. På den anden side er det ikke alle ændringsprocesserne forbundet med EPJ, der træder frem så tidligt i forløbet. Det er faktisk også et bevidst valg fra implementeringsorganisationens side først at sætte systemet i drift og få sundhedspersonalet til at vænne sig til at bruge den nye teknik, for derefter at arbejde mere målrettet med de mere langsigtede visioner for EPJ, eksempelvis større tværfaglighed og problemorienteret dokumentation (Feltdagbog, side 14).

Efter at have dannet mig et indtryk af den eksisterende litteratur om patientjournaler og sygehusvæsenet, hæftede jeg mig ved de undersøgelser, der viste, at patientjournalen og andre dokumentationsredskaber på flere måder strukturerer sundhedspersonalets praksis.

Disse undersøgelser viste også, at der vil ske omstruktureringer af denne praksis, når nye dokumentationsredskaber indføres; men at betydningen af nye teknologier langt fra er til at forudse, da teknologier og praksis gensidigt former hinanden (Berg, 1996; Berg, 1997; Berg, 2004; Berg & Mol, 1998; Hanseth & Monteiro, 1998; Svenningsen, 2004 m.fl.). Fordi teknologi og sundhedspraksis er så tæt forbundet, giver det sjældent mening at tale om "konsekvenser" af en informationsteknologi. Udviklingsprocesserne er for komplekse til, at man kan identificere simple, kausale forbindelser (Berg, 2004: 37). Derfor er det vigtigt at nuancere sine analyser og have blik for de større sammenhænge, indførelsen af EPJ indgår i.

Min overordnede antagelse var således, at indførelsen af EPJ ikke bare er "at sætte strøm til papirjournalen". Teknologien gør en forskel for praksis i organisationen – men hvilken forskel? Og hvordan bliver teknologien formet af

praksis? Hvad betyder det for kommunikation og dermed organisationen at få indført EPJ? Sådan lød mine indledende spørgsmål.

Jeg besluttede mig for at gennemføre et antropologisk inspireret feltarbejde for at observere EPJ i brug på de afdelinger, der fik indført EPJ, ligesom jeg ville interviewe personalet om deres iagttagelser omkring ændringsprocesserne. Det teoretiske fokus skulle være på kommunikation, organisation og læring samt spillet mellem disse fænomener med udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori og forskellige nyere bearbejdnings heraf.

Den resterende del af dette indledende kapitel er opbygget således: først redegøres der i afsnit 1.2 for undersøgelsens relevans, hvorefter det i afsnit 1.3 bliver beskrevet, hvorledes undersøgelsen er afgrænset i forhold til tematik samt valg af cases og informanter. I afsnit 1.4 præsenteres problemformuleringen. Afsnit 1.5 giver et indblik i dokumentationspraksis i sygehusvæsenet blandt læger, plejepersonale samt jordemødre og beskriver journalføringspligten for disse faggrupper. Dette afsnit munder ud i et historisk blik på patientjournalens udvikling, og det anskueliggøres, hvordan patientjournalen i stigende grad skal tjene flere forskellige formål. Herefter følger afsnit 1.6 om forventninger versus realiteter i forhold til implementeringen af den elektroniske patientjournal. Indledningen sluttet af med en introduktion til de tre deltagende afdelinger samt Cosmic EPJ, som er det system, der implementeres på OUH.

1.2 Relevans

Ph.d.-projektet er en del af en større evalueringsindsats i forbindelse med indførelsen af Cosmic på OUH. I relation til implementeringen på pilotafdelingerne blev der således gennemført spørgeskemaundersøgelser og gruppeinterviews blandt personalet som grundlag for evaluering af den undervisning og information, slutbrugerne modtog. Desuden blev der igangsat en undersøgelse af Cosmics betydning for medicineringsområdet.

Udfordringen i forbindelse med dette ph.d.-projekt består i at levere analyser, der hæver sig over hverdagskommunikationen – er kontra-intuitive – men som samtidig er anvendelige for organisationen. Min opgave er at foreslå nogle andre optikker på teknologiimplementeringen end de synsvinkler, som

sygehuset sædvanligvis selv anlægger, dvs. formålet er at foretage analyser og beskrivelser af forskellige aspekter af indførelsen af EPJ, der kan være med til at påvirke organisationens selviagttagelse og rykke ved dens selvforståelse. Jeg tager godt nok udgangspunkt i kommunikationen om Cosmic blandt forskellige personalegrupper på OUH, men jeg behandler denne kommunikation via en række teorier og begreber, der er fremmede for organisationen, og jeg gør det ud fra et andet ordens perspektiv, dvs. jeg redegør ikke alene for, *hvad* der kommunikeres om, men analyserer også, *hvordan* der kommunikeres – hvilke distinktioner, der anvendes i iagttagelserne.

Denne ph.d.-afhandling kan altså ikke alene bidrage med viden om indførelsen af Cosmic EPJ på OUH, men forhåbentlig også give anledning til øget refleksion over virkningerne. Ph.d.-projektet forventes at belyse, hvordan indførelsen af et nyt kommunikationsmedie som EPJ er medvirkende til ændringer, der kan have stor betydning for OUH som organisation og for de patienter, som er afhængige af et velfungerende sygehusvæsen. Resultaterne af ph.d.-projektet vil kunne anvendes af OUH i den videre implementeringsproces¹, ligesom resultaterne vil kunne anvendes af andre hospitaler, som står over for at skulle indføre et lignende EPJ-system.

Ud over at have relevans for sygehusvæsenet vil denne undersøgelse også kunne sige noget mere generelt om, hvordan informationsteknologier er med til at præge kommunikationen, arbejdsgangene, relationerne og læringsprocesserne i komplekse organisationer. Vi befinder os i en tid, hvor nye informations- og kommunikationsteknologier hele tiden introduceres. Det påvirker blandt andet vores arbejdsliv. Derfor er det relevant at undersøge nærmere, hvordan disse nye informations- og kommunikationsteknologier er med til at forme de måder, hvorpå vi kommunikerer med hinanden i relation til arbejdet, samt de måder, vi organiserer arbejdet på, og hvilke læringsprocesser, der er forbundet med indførelsen af IKT.

¹ Afhandlingen blev afleveret knap fire måneder før implementeringen af Cosmic på OUH forventes afsluttet, men der er løbende blevet formidlet delresultater til OUH i form af et cafemøde for afdeling D, F og G, et seminar med efterfølgende workshop på SDU samt via formidlingsrapporter til ph.d.-projektets følgegruppe.

Selv om det efterhånden er en udbredt erkendelse, at implementeringen af EPJ i høj grad er et organisatorisk projekt (Tynan 2003), så er der i Danmark ikke foretaget megen forskning i netop de organisatoriske aspekter af indførelsen af EPJ. Der er foretaget en del mindre, afgrænsede studier i forbindelse med eksempelvis masterprojekter, men som jeg vil vende tilbage til i min forskningsoversigt, er der kun foretaget få større undersøgelser.

Som jeg ligeledes vil redegøre for i min forskningsoversigt, så er en stor del af de danske og udenlandske undersøgelser af konsekvenserne af indførelsen af EPJ teoretisk forankret i aktør-netværks-teorien (ANT). Jeg har valgt at anlægge et systemteoretisk perspektiv på undersøgelsen, så ph.d.-projektet vil også kunne bidrage med en ny teoretisk vinkel på spørgsmålet om betydningen af indførelsen af EPJ.

Desuden vil ph.d.-projektet kunne bidrage til at udvikle Niklas Luhmanns systemteori på baggrund af empiriske undersøgelser af kommunikationen i sundhedssystemet. Luhmann har ikke foretaget en omfattende beskrivelse og analyse af sundhedssystemet som socialt system², som han har gjort det med andre klassiske sociale systemer som eksempelvis retssystemet. Derfor er det relevant at foretage empiriske undersøgelser, der søger at udvikle det systemteoretiske begrebsapparat i forhold til studiet af sundhedssystemet.

1.3 Fokusering og afgrænsning af undersøgelsen

Indførelsen af EPJ vil selvfølgelig have betydning for de mange patienter, som er i kontakt med OUH. Jeg vil dog kun i mindre grad beskæftige mig med EPJs betydning set i et patientperspektiv, men jeg finder det interessant at undersøge, hvordan synet på patienten blandt forskellige faggrupper på en sygehusafdeling formes af og får betydning for indførelsen af EPJ.

Afhandlingen er afgrænset tematisk set til at koncentrere sig om tre områder; nemlig kommunikation, organisation og læring. Mit udgangspunkt for at vælge dette fokus er den antagelse, at disse tre områder er tæt forbundet i processen omkring indførelsen af EPJ.

² Luhmann har skrevet tre korte artikler om sygdomsbehandlingssystemet (Luhmann, 1983a; Luhmann, 1983b; Luhmann, 1993b).

Som jeg vil komme nærmere ind på senere, anlægger jeg som udgangspunkt et kommunikativt perspektiv på indførelsen af EPJ, hvor Cosmic analyseres som et kommunikationsmedie for sundhedspersonalet på OUH, og hvor den organisatoriske forandring i tilknytning til indførelsen af Cosmic har form af en forandret kommunikation.

Ligeledes er læring et kommunikativt fænomen, som foregår i sociale systemer. Organisatorisk forandring og læring hænger således sammen. Det er nemlig i overgangen fra det kendte til det ukendte, fra det normale til det anderledes, at læring finder sted. Læring finder sted, når man i forandringsprocessen går bag om den umiddelbare viden og spørger, hvorfor vores viden er, som den er, og hvorfor vi løser opgaver på den måde, vi gør (Qvortrup, 2004: 25, 111). Jeg vil senere uddybe mine grundlæggende antagelser om informations- og kommunikationsteknologier samt organisatorisk forandring og læring.

Institutionelt set er projektet afgrænset til at undersøge betydningen af Cosmic EPJ på Odense Universitetshospital. Undersøgelsen har således karakter af et casestudie, idet undersøgelsesenheden er et specifikt, unikt og afgrænset system (Stake, 2000: 436).

Casen er OUH med udgangspunkt i tre afdelinger. Egentlig kan man sige, at undersøgelsen rummer flere cases inden for den samme case, idet der er en overordnet case i form af hospitalet, ligesom hver afdeling kan siges at udgøre en selvstændig case. Denne type casestudium, som er udvidet til at omfatte flere cases, kaldes et *collective case study* (Stake, 2000: 437). I denne type casestudier er de forskellige cases udvalgt, fordi de samlet set vil kunne bidrage til en bedre forståelse af det emne, der ønskes indsigt i.

Jeg har således også valgt at foretage min undersøgelse på tre forskellige afdelinger frem for blot en enkelt, da der er stor forskel på kommunikationen og dokumentationen på eksempelvis en kirurgisk og en medicinsk sygehusafdeling. De tre afdelinger, der deltager i undersøgelsen, er *Øre, Næse og Halskirurgisk Afdeling F*, som er en hovedsageligt kirurgisk afdeling, *Geriatrisk Afdeling G*, som er præget af medicinsk arbejde med ældre mennesker, samt *Gynækologisk-*

Obstetrisk Afdeling D, der varetager problematikker omkring graviditet, fødsel og gynækologi, og som er en kombineret kirurgisk/medicinsk afdeling.

Jeg har ligeledes valgt at inddrage en bred vifte af personalegrupper i undersøgelsen. Således deltager der læger, jordemødre, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt lægesekretærer i undersøgelsen.

Baggrunden for at vælge at inddrage flere forskellige faggrupper frem for at koncentrere undersøgelsen om én eller to faggrupper var ønsket om at fokusere på de forskellige syn på patienten, der præger kommunikationen på en hospitalsafdeling. Jeg søgte derfor mangfoldigheden. Samtidig synes jeg, det ville være relevant i forhold til at skulle beskrive de organisatoriske forandringer, at jeg ikke udelukkende inkluderede sygeplejersker som repræsentanter for plejepersonalet, men også medtog social- og sundhedsassistenter. Opgaveglidning – eksempelvis - foregår nemlig ikke nødvendigvis udelukkende mellem meget forskellige faggrupper som læger og lægesekretærer, men kunne lige så vel finde sted inden for gruppen af plejepersonale.

1.4 Problemformuleringer

Ofte er indførelsen af EPJ blevet beskrevet ud fra en kausal tankegang – som det eksempelvis ses i sundhedsmyndighedernes handleplaner for EPJ på sygehusene – hvor indførelsen af EPJ skal føre til øget organisatorisk effektivitet, mens alt andet i organisationen anses for at være uforandret. Fra politisk side er der således en forventning om, at indførelsen af EPJ vil medføre mindre tidsforbrug på dokumentation, øget kvalitet i pleje og behandling samt en styrkelse af kommunikationen og det tværfaglige samarbejde blandt sundhedspersonalet.

Min antagelse er, at indførelsen af EPJ ikke handler om mere eller mindre organisatorisk effektivitet. I stedet vil det være frugtbart at anlægge et kommunikationsperspektiv på implementeringsprocessen, idet det hermed vil være muligt at give en mere nuanceret beskrivelse af forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af EPJ.

I det systemteoretiske perspektiv, som jeg har valgt at anlægge, er EPJ ikke et redskab eller et værktøj, men et kommunikationsmedie. Som det vil blive

nærmere beskrevet senere, består organisationer som OUH af kommunikation, og derfor består den organisatoriske forandring forbundet med indførelsen af EPJ i en ny eller forandret kommunikation.

Den overordnede problemformulering lyder på den baggrund således:

Med udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori vil jeg afdække hvilke kommunikationskoder, der anvendes i sundhedspersonalets kommunikation om patienten og hvilke konsekvenser, det har for Cosmic EPJ som kommunikationsmedie og de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af den elektroniske patientjournal Cosmic på sygehusafdelingerne D, F og G ved Odense Universitetshospital.

Heri er indeholdt følgende underspørgsmål:

- *Hvordan foregår forhandlingerne mellem de forskellige grupper af sundhedspersonale på sygehusafdelingerne om patientfremstillingen i journalen i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ?*
- *Hvordan kommunikerer sundhedspersonalet om fordele og ulemper ved Cosmic EPJ?*
- *Hvordan iagttager sundhedspersonalet de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af Cosmic EPJ?*

Udgangspunktet for arbejdet med ovenstående problemformuleringer er, at de forskellige faggrupper på en sygehusafdeling har forskellige koder for kommunikation.

Eksempelvis er lægernes kommunikation om patienten centreret omkring koden syg/rask. Plejepersonalets kommunikation kan også knytte an til koden syg/rask, men deres interne kommunikation i plejegruppen er præget af nødvendigheden af at vurdere patientens aktuelle behov for pleje og omsorg.

At forskellige faggrupper således kommunikerer med udgangspunkt i forskellige koder får betydning, når der indføres en tværfaglig patientjournal, og disse koder for kommunikation mødes i et fælles udbredelsesmedie. De forskellige faggruppers kommunikation bliver mere synlige for hinanden, og det har betydning for den organisatoriske kommunikation.

De forskellige koder for kommunikation om patienten betyder desuden, at de forskellige faggrupper anskuer den organisatoriske forandringsproces forskelligt; blandt andet har de forskelligt syn på fordele og ulemper ved indførelsen af den elektroniske patientjournal.

1.5 Journaliseringspraksis i sygehusvæsenet og journalføringspligten

Da omdrejningspunktet for denne afhandling er patientjournalen som et dokumentationsredskab og kommunikationsmedie for sundhedspersonalet på sygehusafdelingerne, vil jeg i det følgende afsnit skitsere, hvordan den hidtidige journaliseringspraksis i sygehusvæsenet har været, samt hvordan lovgivningen sætter rammer for sundhedspersonalets dokumentation.

Selvom sygehusafdelinger er forskellige, og journaliseringspraksissen på de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger således heller ikke er fuldstændig ens, er det alligevel muligt i grove træk at tegne et generelt billede af, hvordan patientjournalen er blevet anvendt til at dokumentere sundhedspersonalets arbejde med patienten.

På baggrund af denne beskrivelse af den papirbaserede dokumentationspraksis, skulle forandringerne i forbindelse med indførelsen af den elektroniske patientjournal gerne stå i et klarere lys. Afsnittets funktion er således at give et bedre grundlag for at kunne beskrive forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af den elektroniske patientjournal Cosmic på OUH.

Indledningsvist vil jeg søge at definere begrebet patientjournal nærmere og beskrive den typiske opbygning af henholdsvis lægernes og jordemødrenes dokumentation samt sygeplejedokumentationen. Derefter vil jeg beskrive den historiske udvikling i journaliseringspraksissen.

Hvad er en patientjournal?

Ordet *journal* anvendes om lægers, sygeplejerskers og flere andre faggruppers dokumentationsredskaber. Det kommer fra det franske ord *journal* i betydningen dagbog, og i dansk sammenhæng anvendes betegnelsen journal ifølge Nudansk Ordbog om et dokument, hvori der regelmæssigt indskrives oplysninger om et forløb, for eksempel en patients sygehistorie.

Traditionelt har de forskellige professioner inden for sygehusvæsenet dokumenteret i hver deres monofaglige journaler; altså i lægejournaler og sygeplejejournaler mv.. Sygeplejejournaler kaldes også for *Kardex*³, mens betegnelsen *patientjournal* ofte er blevet anvendt synonymt med lægejournalen. Men udviklingen inden for sygehusvæsenet, hvor mange faggrupper er involveret i behandling og pleje af patienten, ligesom der eksisterer mange forskellige medicinske specialer, har betydet, at der reelt ikke eksisterer én patientjournal, men flere forskellige speciale- og fagspecifikke journaler, som kan være papirbaserede eller elektroniske.

For at afspejle denne mangfoldighed i dokumentationspraksissen, vælger jeg at anvende en bred definition på en *patientjournal*, som værende: "Al nedskreven eller elektronisk lagret information vedrørende ethvert aspekt af en patientbehandling, der har officiel status inden for hospitalssystemet, og som bliver lagret i en tidsperiode, som mindst svarer til den tid, patienten er indlagt." (Berg, 1997: 515). Med denne definition tages der højde for, at en patientjournal kan være såvel papirbaseret som elektronisk og indeholde optegnelser fra forskellige faggrupper samt medicinske specialer.

Sygehuslægers dokumentation

Selvom opbygningen af en patientjournal ikke er fuldstændig ens på de forskellige sygehuse og afdelinger, så består den typiske papirbaserede patientjournal af en *journalforside* med oplysninger om patientens data (navn, adresse, cpr-nummer, patientens praktiserende læge, indlæggelsestidspunkt diagnoser, operative indgreb). Derefter følger *kontinuationerne*, som er de kronologiske beskrivelser af sygdomsforløbet, og som udgør kernen i journalen. I denne kronologiske journaltekst finder man indlæggelsesjournalen (også kaldet primærjournalen), eventuelt en gennemgang⁴ og herefter forskellige forløbsnotater fra eksempelvis stuegang, referater fra konferencebeslutninger eller samtaler med patienten. Hvis patienten er blevet opereret, vil der også være en operationsbeskrivelse. Journalens forskellige dele er adskilt af

³ *Kardex* er også et varemærke knyttet til et firma, der siden 1880'erne har leveret arkiveringssystemer, der oprindeligt var baseret på det såkaldte "Card Index System".

⁴ En erfaren lægens undersøgelse af patienten. Gennemgang finder sted efter at en forvagt (en mindre erfaren læge) har modtaget patienten, optaget journal og bestilt forskellige undersøgelser eller prøver.

faneblade. Efter continuationerne vil der typisk være *svar fra laboratorier* samt røntgenbilleder mv.. Journalen kan også indeholde *skemaer* over patientens blodtryk, puls og temperatur eller *ordinationsark*, der angiver bestilte undersøgelser og iværksatte behandlinger. Bagest i journalen finder man oftest *korrespondancer* i form af udskrivningsbreve (epikriser), henvisninger og breve til patienten (Brostrøm & Nielsen, 2001: 25-27).

Blandt læger har der udviklet sig en tradition for, hvordan man disponerer og formulerer sine journalnotater. I primærjournalen indledes der med en kort opsummering af patientens alder, køn, indlæggelsesmåde og indlæggelsesårsag. Derefter følger der ofte tre hovedoverskrifter: *subjektivt*, *objektivt* og *plan*. Under overskriften "subjektivt" beskriver lægen de symptomer, patienten oplever, eventuelt med patientens egne ord. Under overskriften "objektivt" angives lægens kliniske fund, dvs. det, der kan observeres direkte via en systematisk gennemgang af organsystemerne, og parakliniske fund, dvs. det, som observeres indirekte ved hjælp af for eksempel laboratorie- eller røntgenundersøgelser. Under "plan" redegøres for konklusioner, ordinationer og diagnoser mv. (Brostrøm & Nielsen, 2001: 31).

Selvom ideen med at medtage både subjektive og objektive fund er, at også patientens perspektiv skal repræsenteres, kan dette få den modsatte effekt, idet der skabes afstand mellem patienten og behandleren. Der er en tendens til, at subjektive data opfattes som mindre rationelle end objektive data, og dermed tilskrives de subjektive data en mindre betydning end lægens objektive fund (Smith & Sehested, 2000: 71).

Jordemødrenes dokumentation

På afdeling D foretager jordemødrene deres dokumentation i samme del af Cosmic som lægerne, ligesom man før EPJ havde en fælles fødejournal på papir for jordemødre og læger.

Forud for implementeringen af Cosmic på OUH foretog jordemødrene på fødegangen primært deres dokumentation på det såkaldte *partogram* (Bilag A1-A4), som er et diagram over en fødsels forløb. Ud over selve den grafiske fremstilling af fødselsforløbet består dokumentationen på partogrammet af bokse, der kan krydses af, og en A4-side med plads til fritekst.

På fødestuen dokumenteres fødselsforløbet i fødejournalen samt via et *partogram* og CTG-målinger⁵, hvor der – hvis det skønnes nødvendigt – foretages samtidige målinger af veaktivitet og barnets hjerteaktivitet for at afgøre, hvordan veerne påvirker barnet. Det er udelukkende jordemødrene, som dokumenterer på partogrammet. Efter indførelsen af EPJ er partogrammet delvist erstattet af elektronisk dokumentation.

På fødegangen samles dokumentationen vedrørende fødslen i et gult plastikchartek, som blandt andet indeholder partogrammet, en blanket til fødselsanmeldelse, vandrejournalen og en barnejournal, samt et gult ark, der angiver cpr-nummer på mor og barn, stuenummer, jordemodernummer, dato, klokkeslæt for fødslen og barnets køn. Desuden registreres fødselsforløbet i FPAS⁶.

Forløbet, før fødselen er gået i gang, er dokumenteret i vandrejournalen, som stadig føres på papir, og eventuelt også i Cosmic, hvis kvinden har haft ambulanskontakt til eksempelvis svangreklinikken på afdeling D.

Sygeplejedokumentationen

Siden 1996 har det været lovpligtigt at arkivere optegnelser foretaget af sygeplejersker, fysioterapeuter mv. på lige fod med lægernes dokumentation. Tidligere blev plejepersonalets optegnelser ofte kasseret efter 3-5 år, men med den nye lovgivning⁷ bliver ikke kun lægernes journal, men også dokumentation udfærdiget af andre faggrupper inden for sundhedsvæsenet, bevaret (Smith & Sehested, 2000: 18). Sygeplejenotater en del af journalen og er som sådan også underlagt journallovgivningen.

En typisk papirbaseret sygeplejejournal består af:

- Et stamkort, som indeholder oplysninger om patientens identitet mv..
- Dokumentation af indlæggelsessamtalen.
- En plejeplan med tre eller fire kolonner (Kardex).
- Et undersøgelses- og behandlingskort.

⁵ CTG står for Cardio-Toko-Grafi, som betyder hjerte-ve-aftegning. I daglig tale kaldes undersøgelsen en hjertelydsstrimmel eller 'at køre en strimmel'.

⁶ Fyns Amts Patientadministrative System.

⁷ *Bekendtgørelse om opbevaring og kassation af kommunernes og amtskommunernes arkivalier*. København: Kulturministeriet, 1996.

- Rapportkort og specielle kort til beskrivelse af patientens status og/eller resumé af plejeforløbet.

Når sygeplejen skal dokumenteres, sker det ofte med udgangspunkt i *sygeplejeprocessen* (Smith & Sehested, 2000: 13). Sygeplejeprocessen består af følgende trin:

1. Sygeplejediagnose/tværfagligt problem (dataindsamling, analyse og formulering af sygeplejediagnose).
2. Planlagte handlinger (prioritering af problemer og valg af handlinger for sygeplejen).
3. Udførte handlinger (udførelse af handlinger og fortsat dataindsamling).
4. Evaluering (evaluering af effekten af den udførte sygepleje).

Det angives ofte, at sygeplejerskernes dokumentation er problemorienteret, hvorimod lægernes er kronologisk (Smith & Sehested, 2000: 28, 81).

Journalføringspligten for forskellige faggrupper inden for sygehusvæsenet

Ifølge den gældende lovgivning har en læge pligt til at føre såkaldte "ordnede optegnelser", dvs. journaler.⁸ I samme lovgivning præciseres det, hvad en journal er i denne sammenhæng; nemlig "ordnede optegnelser, der oplyser om patientens tilstand, de planlagte og udførte undersøgelser og behandlinger og observationer mv. af patienten, herunder hvilken information, der er givet, og hvad patienten har tilkendegivet."

Flere andre faggrupper i sundhedsvæsenet har i dag samme pligt som lægerne til at føre ordnede optegnelser. Det gør sig eksempelvis gældende for faggrupper som fysio- og ergoterapeuter, kliniske diætister og jordemødre.

Umiddelbart gør denne journalføringspligt sig dog ikke gældende for sygeplejegruppen. I bekendtgørelsen angives det i stedet, at sygeplejefagligt

⁸ *Bekendtgørelse om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføring)*, BEK nr. 846 af 13/10/2003.

personale har pligt til at vise "omhu og samvittighedsfuldhed"⁹, ligesom lægerne i øvrigt har det. Men hvis man læser *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, som har til formål at præcisere indholdet af bekendtgørelsen, så fremgår det, at pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed efter Sundhedsstyrelsens opfattelse omfatter ordnede optegnelser af planlagt og udført sygepleje.¹⁰ I praksis har sygeplejerskerne på de fleste afdelinger da også ført optegnelser over den udførte pleje og behandling, og disse optegnelser er blevet betegnet som *Kardex*.

Patientjournalen i et historisk perspektiv – nye krav og øget kompleksitet

Der er blevet ført sygejournaler siden antikken, men en systematisk journaliseringspraksis blev først udbredt fra slutningen af 1700-tallet (Haarmark, 2000: 22). Det var i samme periode "klinikken blev født", idet den anatomisk-kliniske videnskab med fokus på organsystemet vandt frem (Foucault, 2000).

Haarmark (2000, 2003) giver et indblik i, hvordan patientjournalen var struktureret omkring 1850. Journalens opbygning på dette tidspunkt mindede på nogle punkter om nutidens patientjournaler. I journalerne blev først patientens navn, alder og profession optegnet. Patienterne var oftest yngre mennesker fra de lavere sociale klasser. Derefter en diagnose efterfulgt af hovedteksten, som var sygehistorien baseret på patientens subjektive klager og lægens objektive undersøgelse (Haarmark, 2003: 33-35). En beskrivelse af behandlingen fulgte herefter, og sidst i journalen blev det noteret, i hvilken tilstand patienten blev udskrevet, fx "helbredt" eller "i bedret tilstand" (Haarmark, 2003: 38).

En af de største forskelle var, at man i begyndelsen af 1800-tallet ikke havde laboratorieprøver eller en udbredt anvendelse af medicinske teknologier, så forsøget på at stille en diagnose blev udelukkende til på basis af patientens fortælling og lægens observationer (Haarmark, 2000: 15-16). Desuden blev plejen af patienterne ikke dokumenteret i journalerne. Frem til midten af 1800-tallet blev journalerne fortrinsvis skrevet på latin, derefter hovedsageligt på dansk.

⁹ *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker*, BEK nr. 759 af 14/11/1990.

¹⁰ *Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser*, Sundhedsstyrelsen, 29. april 2005.

Udviklingen i nyere tid og introduktionen af elektroniske patientjournaler

I sin gennemgang af patientjournalens historie viser Marc Berg, at en stor del af nutidens opmærksomhed omkring patientjournalen langt fra er ny. For eksempel er kravet om øget standardisering af patientjournalen ikke nyt, ligesom ideen om en enhedsjournal, dvs. én journal som indeholder alle informationerne om en patient, kan spores tilbage til starten af 1900-tallet. At sådanne mål endnu ikke er nået, skyldes at det er en meget kompleks proces at indføre sådanne ændringer i sundhedsvæsenet (Berg, 2004: 12).

Kravet om en patientorienteret journal kan ifølge Marc Berg føres tilbage til begyndelsen af 1900-tallet i USA, hvor den eksisterende journalføring blev kritiseret for at være mangelfuld, især fordi de officielle optegnelser over patienterne blev foretaget i en afdelingsjournal, der gjorde det nærmest umuligt at følge den enkelte patients sygdomsforløb. Desuden var data på hver enkelt patient oftest også meget sparsomme. Det førte til krav om øget standardisering og om en patientorienteret tilgang til journaloptegnelsen. Denne nye journaliseringspraksis medførte nye opgavefordelinger blandt sundhedspersonalet, og der blev ansat sekretærer til at foretage journaliseringsarbejdet. I Europa foregik en lignende udvikling, dog med en knap så høj grad af standardisering af journaliseringen (Berg, 2004: 12-24).

I slutningen af 1950'erne og 1960'erne blev computeren introduceret i det vestlige sundhedsvæsen. Ikke i form af pc'er, som vi kender dem i dag, men som store mainframes med tilknyttede terminaler, der præsenterede data fra den centrale mainframe. De blev benyttet til økonomiske samt administrative formål og blev oftest anvendt af sekretærer og andre administrative medarbejdere, mens læger og andre klinikere fortsat dokumenterede deres arbejde i papirjournaler (Berg, 2004: 24). Denne type *automatiserede medicinske journaler* understøtter nemlig ikke de primære kliniske dokumentationsopgaver, men er gennem mange år blevet anvendt til indberetning til centrale registre, håndtering af laboratoriesvar samt registrering af indskrivning, overflytning og udskrivelse af patienter (Lindholm, 2000: 63). På det tidspunkt var patientjournalens opbygning stort set den samme som for 50 år siden. Den var blot blev noget tykkere på grund af kravene til standardisering. Kritikken af patientjournalen var også den samme og var nu tiltaget i styrke. Derfor var der

store forventninger til computerens potentiale for kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet (Berg, 2004: 24-32).

Den første EPJ anvendt af sundhedsprofessionelle blev udviklet i 1970'erne blandt praktiserende læger i USA. Lægerne selv var dog ikke i direkte kontakt med computeren, men gjorde deres notater på udprints, som derefter blev indtastet af sekretærerne. Det var altså ikke en elektronisk patientjournal, som vi kender den i dag, men derimod det, man kan kalde en *computeriseret medicinsk journal*, hvor informationer tages (eller som i dag: scannes) ind, så de kan genfindes i computersystemet (Lindholm, 2000: 63). De høje forventninger blev ikke umiddelbart indfriet, idet forsøgene med EPJ ofte endte i fejlslagne projekter. I 1980'erne blev der også i Danmark arbejdet på at udvikle EPJ blandt praktiserende læger, men igen med begrænset succes (Berg, 2004: 24-32). Ligesom der også foregik lignende projekter på sygehusene – eksempelvis indførelsen af en elektronisk skadejournal ved Esbjerg Sygehus i 1983¹¹.

I 1990'eren tager udviklingen af EPJ for alvor fart. Mange projekter sættes i gang, men igen er udviklingen præget af fejlslagne projekter og manglende koordination (Berg, 2004: 32-36). I Danmark iværksætter Sundhedsministeriet i 1996 *Handlingsplan for elektroniske patientjournaler*. Via HEP-programmet blev der ydet støtte til forskellige EPJ-projekter rundt om i landet, og efterhånden bredte indførelsen af EPJ på sygehusene sig (Nøhr & Høstgaard, 2004). Sygehusene var dog ikke de første steder, EPJ blev indført i Danmark. De første til at tage EPJ-systemer i brug var de praktiserende læger, som begyndte at anvende EPJ fra begyndelsen af 1990'erne, mens flere sygehusafdelinger fulgte efter fra midten af 1990'erne. Den elektroniske patientjournal erstatter dog ikke papirjournalen, idet der oftest arbejdes med to parallelle journaliseringssystemer – det papirbaserede og det elektroniske.

Den seneste udvikling på området er præget af fokus på EPJ som middel til en kvalitetsudvikling, hvor patientsikkerheden søges øget – blandt andet via medicineringsmoduler og beslutningsstøtte til sundhedspersonalet indbygget i systemerne (Berg, 2004: 32-36).

¹¹ Ifølge samtale med administrerende overlæge Niels Dieter Röck, afdeling O, OUH.

Der arbejdes også på at opbygge en såkaldt *elektronisk sundhedsjournal*. Hvor en elektroniske patientjournal fungerer inden for en afgrænset organisation, og måske er i stand til at udveksle informationer med andre it-systemer, vil en elektronisk sundhedsjournal samle alle patientens sundhedsoplysninger fra kontakter til forskellige sundhedsinstanser (praktiserende læge, sygehus, hjemmepleje, tandlæge, speciallæger mv.), og disse oplysninger vil være tilgængelige for alle relevante sundhedsarbejdere og patienten selv via internettet (Lindholm, 2000: 64-65). Et sådant initiativ er under udvikling på sundhedsportalen *sundhed.dk*, hvor man som patient eller sundhedsmedarbejder kan få adgang til forskellige sundhedsoplysninger, hvis man er udstyret med en digital signatur. Blandt andet kan man som patient se registreringer (eksempelvis indlæggelsesårsag og diagnose) vedrørende sygehusindlæggelser, hvis man har været indlagt på et dansk sygehus efter 1977. Fra januar 2007 blev det også muligt for patienter og praktiserende læger i region Midtjylland og Syddanmark at se hele patientens elektroniske patientjournal via *e-journal* på *sundhed.dk*, og flere regioner fulgte efter fra midten af 2007. E-journalen er etableret af regionerne for at it-understøtte, at patientoplysninger kan deles på tværs af sygehuse og sektorer. E-journalen er dog et midlertidigt projekt, indtil den såkaldte G-EPJ (Grundstruktur for EPJ) kommer i bred anvendelse på sygehusene. En fuldt fungerende elektronisk sundhedsjournal er således endnu ikke indført.

Tidligere kunne patientjournalen betragtes som lægens arbejdsredskab, hvor han nedfældede sine notater om patienten og patientens behandling for at støtte sin hukommelse (Jørgensen, 1997). I dag er patientjournalen stadig et vigtigt redskab i lægens arbejde, men den er også langt mere end det.

Efter den elektroniske patientjournal Cosmic er blevet indført på OUH, er patientjournalen for det første ikke længere et arbejdsredskab forbeholdt én faggruppe inden for dette sygehus. Med indførelsen af EPJ på OUH vælger man at gøre patientjournalen tværfaglig, dvs. til et arbejdsredskab for både læger, plejepersonale, fysioterapeuter, jordemødre mv.. Den elektroniske patientjournal kommer således i høj grad til at fungere som et *kommunikationsredskab* for de forskellige faggrupper på OUH.

Derudover er det i stigende grad blevet et krav, at patientjournalen bliver *patientens journal* og ikke længere udelukkende en journal *om* patienten. Det kan i fremtiden føre til ændrede krav til journalføringen. For hvis det skal være patientens journal, skal patientjournalen vel også føres i et sprog, der er forståeligt for folk uden en sundhedsvidenskabelig baggrund? Danmarks største patientorganisation, *Patientforeningen Danmark*, har ligeledes fremsat et krav om, at der i den elektroniske patientjournal gives mulighed for, at patienten kan skrive i en særskilt del af den. Det er et krav, som har fået en blandet modtagelse blandt sundhedsprofessionelle.

Patientjournalen tjener også en række andre formål. Den tjener et juridisk formål, idet den også bliver anvendt som et *retsdokument*, ud fra hvilket offentlige myndigheder kan vurdere sundhedspersonalets handlinger i tilfælde af klagesager. Forskere anvender patientjournalen til at indhente informationer fra konkrete patientforløb, og patientjournalen er således også et *forskningsredskab*. Derudover anvendes patientjournalen som et *administrationsredskab*. For eksempel når sundhedspersonalet sætter koder, som kan bruges til afregning eksempelvis mellem regionerne – eksempelvis på basis af de såkaldte DRG-koder¹². Som tidligere nævnt er EPJ er også et *led i en kvalitetssikringsstrategi*.

At patientjournalen således anvendes til mere end ét formål er ikke en konsekvens af EPJ – det er en udvikling, der har stået på gennem længere tid. Men indførelsen af EPJ styrker denne tendens til øget kompleksitet.

1.6 Den elektroniske patientjournal – forventninger og realiteter

Elektroniske patientjournaler findes i mange varianter, men fælles for dem er, at de lagres digitalt på en computer. Sundhedspersonalet kan så logge sig på pc'en og ideelt set få adgang til alle patientens data i form af tekst, talværdier, billeder, kurver og lyde.

En umiddelbar fordel ved de elektroniske patientjournaler er, at tilgængeligheden af data øges. Flere sundhedspersoner kan læse på de samme patientdata samtidig, ligesom flere sundhedspersoner kan skrive i en patients journal samtidig. Desuden opnås en "geografisk" uafhængighed, som gør det

¹² DRG står for Diagnose Relaterede Grupper.

muligt for en læge at ordinere et lægemiddel, mens hun befinder sig på vagtværelset under en nattevagt, hvor hun tidligere var nødt til at gå over på afdelingen, som måske er placeret i en anden bygning.

Indførelsen af EPJ handler om at skabe et informationssystem, hvor alle patientens data er samlet ét sted. Intentionen med EPJ var således, at den skulle afløse de papirbaserede dokumentationsredskaber (Sundhedsministeriet, 1999: 15). Men da det har vist sig at være et komplekst foretagende, fungerer EPJ'en reelt side om side med forskellige former for papirdokumentation og andre it-systemer, som sundhedspersonalet anvender i deres arbejde.

Der findes ikke en entydig definition, som er dækkende og alment accepteret, der helt præcist beskriver, hvad en EPJ er. For nogle er EPJ et elektronisk medicinmodul, andre forbinder primært EPJ med lægens notater, mens andre omtaler EPJ som "den kliniske it-arbejdsplads", hvor det kliniske personale (læger, sygeplejersker mv.) via en pc har adgang til alle de kliniske data om patienten, de har behov for i den enkelte behandling (Amtsrådsforeningen: *Spørgsmål vedr. elektroniske patientjournaler*).

Men man kan få en bedre ide om, hvad indførelsen af EPJ på sygehusene indebærer, når man ser nærmere på de forventninger, der er til de elektroniske patientjournaler. De ansvarlige for implementeringen af EPJ i Fyns Amt, EPJ-styregruppen og EPJ-sekretariatet, har beskrevet en række visioner for det fynske sygehusvæsen, hvori EPJ skal spille en central rolle (EPJ-sekretariatet: *EPJ FYN 2005*):

- EPJ skal være med til at understøtte det sammenhængende patientforløb. Det skal blandt andet ske ved, at alle data om patienten samles ét sted, og ved at alle relevante parter har adgang til samme opdaterede informationer.
- EPJ skal gøre det hurtigere, nemmere og meget mere overskueligt at føre patientjournaler. Dermed udnyttes tid og kunnen så optimalt som muligt.
- EPJ vil betyde, at medarbejderne får mere tid til patienterne. Dermed kan behandlingskvaliteten øges, effekten af personalemangel dæmpes og besparelser opnås.
- EPJ skal styrke kommunikationen og styrke det tværfaglige samarbejde.

- Dobbelregistreringer undgås, og dermed skal patienten heller ikke længere opleve at blive spurgt om de samme ting mange gange.
- EPJ skal understøtte patientens forløb gennem sundhedsvæsenet – og derved skabe tæt kontakt til egen læge, hjemkommunen og OUH.
- Via EPJ og telemedicin skal sygehusenes funktioner komme tættere på hele amtets befolkning.
- EPJ skal sikre en fortsat høj kvalitet i behandlingerne – blandt andet ved at antallet af fejlmedicineringer nedbringes. Indførelsen af standardarbejdsgange skal også være med til at forbedre kvaliteten.
- EPJ skal forbedre mulighederne for at bruge data i forskningsøjemed.
- Implementeringen af EPJ skal understøtte den organisatoriske udvikling.

Disse typer visioner for indførelsen af EPJ går igen i den nationale it-strategi (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003).

At indføre en fælles, tværfaglig patientjournal på et stort sygehus som OUH er således et omfattende projekt. I første omgang blev Cosmic sat i drift på de to pilotafdelinger F og G i september 2005. I alt omfatter F og G ca. 350 brugere af EPJ. Efter idriftsættelsen på afdeling D har systemet ca. 1000 brugere. Når Cosmic er fuldt implementeret på hele OUH, vil der være ca. 8.000 brugere.

På OUH har man valgt at implementere en standardløsning. På trods af dette er det stadig et omfattende og tidskrævende projekt, og tidsplanen for implementeringen er da også blevet revideret både før og efter idriftsættelsen på pilotafdelingerne, ligesom det var nødvendigt at holde en "konsolideringspause" pga. tekniske problemer med systemet. De oprindelige planer om at implementere Cosmic i hele Fyns Amt blev i efteråret 2006 sat på standby, så indførelsen af Cosmic herefter alene er et OUH-projekt.

1.7 Introduktion til afdelingerne F, G og D samt EPJ-systemet Cosmic

I det følgende vil jeg give en kort beskrivelse de tre afdelinger, som undersøgelsen fandt sted hos, samt det EPJ-system, som anvendes på OUH. I min skildring af afdelingerne har jeg taget udgangspunkt i afdelingernes egne oplysninger og beskrivelser på OUHs hjemmeside.

Jeg har koncentreret undersøgelsen omkring tre afdelinger på OUH – afdeling F, G og D. Afdelingerne F og G var pilotafdelinger for indførelsen af EPJ. Det var således de eneste afdelinger, hvor Cosmic var implementeret i efteråret 2005, hvor jeg påbegyndte mine feltstudier. Derfor var det oplagt at følge disse to afdelinger fra begyndelse af feltarbejdet. Afdeling D meldte sig frivilligt til at deltage i undersøgelsen. Samarbejdet blev formidlet via Karin Holler, der på det tidspunkt var ansat ved afdeling D som udviklingssygeplejerske og var medlem af den følgegruppe, der var tilknyttet ph.d.-projektet. Da det er af stor betydning, at deltagerne i en undersøgelse som denne er engagerede og har lyst til at deltage i projektet, takkede jeg ja til tilbuddet fra afdeling D.

Selvom det på den måde primært var pragmatiske forhold, der bevirkede, at det blev netop disse tre afdelinger, jeg foretog min empirigenerering hos, er afdelingerne D, F og G tilsammen gode cases, da de er meget forskellige. Det ville således være muligt at få en bred indsigt i, hvad det betyder for forskellige sygehusafdelinger få indført EPJ.

Afdeling F

Afdeling F beskæftiger sig med kirurgisk behandling af lidelser inden for øre-næse-halsområdet. Afdelingen modtager patienter til behandling fra hele landet, og modtager såvel patienter, der er henvist efter forundersøgelse hos en praktiserende øre-næse-halsspecialist, som akutte patienter. En væsentlig del af afdelingens funktion er kirurgisk behandling af de kræftsygdomme, som opstår inden for hoved- og halsområdet. Andre typiske henvendelser drejer sig om fjernelse af mandler/polypper eller næseoperationer. Der er tale om patienter i alle aldre, indlæggelserne er typisk af kortere varighed, og der er mange ambulante forløb.

Afdeling F består af et sengeafsnit (F2) med 19 senge, et operationsafsnit (FO), hvor der er tre operationsstuer og en opvågningsafdeling, samt et ambulatorium med syv undersøgelses- og behandlingsstuer. Der opereres ca. 2300 patienter om året, og der er i snit 40 ambulante besøg per dag. Den samlede personalenormering er på 78 fuldtidspersoner.

Afdeling G

Geriatrisk Afdeling G beskæftiger sig med akutte og kroniske medicinske sygdomme hos ældre mennesker. Den geriatriske patient er en ældre patient, der ofte har flere sygdomme samtidig. Sygdommene kan være en blanding af akutte og kroniske lidelser, aldersforandringer og ofte et fysisk eller psykisk funktionstab. Gennemsnitsalderen for en patient indlagt på afdeling G er cirka 82 år, plejehøvet hos patienterne er stort, og indlæggelserne er forholdsvis lange.

Afdeling G kan karakteriseres som en medicinsk afdeling, hvor undersøgelse, pleje og behandling foregår i et tværfagligt samarbejde med deltagelse af læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, diætist, socialrådgiver, lægesekretærer og serviceassistenter. Afdelingen modtager akutte patienter døgnet rundt, og patienterne henvises først og fremmest af praktiserende læger og fra andre hospitalsafdelinger. Da afdeling G beskæftiger sig med ældre mennesker, har afdelingen et nært samarbejde med de praktiserende læger og den kommunale sektor, især hjemmeplejen.

Afdeling G består af to sengeafsnit (G1 & G2) med hver 30 sengepladser, et daghospital, hvor der foretages ambulante forundersøgelser og efterbehandlinger, genoptræning eller udredning og behandling i daghospitalet, samt et geriatrisk team, der tager ud til besøg i patienternes hjem.

Det har ikke været muligt at få oplyst personalenormeringen for afdeling G, men det er en forholdsvis stor afdeling med mange ansatte, som desuden har haft svært ved at skaffe tilstrækkeligt med personale, især er der for få sygeplejersker.

Afdeling D

Afdeling D modtager patienter med alle typer gynækologiske eller obstetriske sygdomme/tilstande. Det er en blanding af en kirurgisk og en medicinsk afdeling, som har det specielle træk, at patienten ofte er en rask kvinde, der er gravid eller skal føde. Dermed er det ofte kvinden og i mindre grad sygdomme, der er i fokus. Ud over læger, plejepersonale, lægesekretærer og andre

personalegrupper, man traditionelt finder på en sygehusafdeling, er der også ansat jordemødre.

Afdelingen består blandt andet af et fødeafsnit, et barselsafsnit (efter kompliceret graviditet, fødsel eller efterforløb), vuggen (efter normal fødsel), en operationsgang, en svangreklinik (ved komplikationer i graviditeten), en fertilitetsklinik, et gynækologisk ambulatorium samt et gynækologisk sengeafsnit.

Afdeling D har 95 driftssenge og dertil kommer vuggerne. Normeringen er på godt 200 fuldtidspersoner, der tager sig af 3550 fødsler, 6700 indlæggelser og ca. 10.300 ambulante forløb om året (2005).

EPJ-systemet Cosmic

OUHs elektroniske patientjournal hedder Cosmic¹³ og er et standardsystem, som er udviklet i Sverige af Cambio Healthcare Systems. Systemet er på OUH blevet tilpasset de forskellige afdelingers behov forud for idriftsættelsen på den enkelte afdeling. Før implementeringen blev igangsat, er der således gennemført arbejdsgangsanalyser og afholdt workshops med sundhedspersonalet for at sikre, at systemet lever op til brugernes behov.

På OUH er Cosmic stadig under udvikling, og der kommer løbende nye funktioner til. Cosmic består på nuværende tidspunkt af et journalmodul, et medicinmodul og et rekvisitions- og svarmodul. En integrationsplatform sørger for, at Cosmic kan kommunikere med OUH's eksisterende it-programmer, som blandt andet omfatter FPAS (Fyns Amts Patientadministrative System), NetLab (laboratoriesystem), Conrad (røntgensystem), Mapics (apotekersystem), Prosang (blodbanksystem), Mikrobiologi og Patologi.

Journalmodulet i Cosmic er opbygget tværfagligt. Efter at sundhedspersonen har fundet de relevante patientoplysninger frem – enten ved at søge på navn eller cpr-nummer eller ved at finde patienten på oversigten over de indlagte patienter på afdelingen – åbnes der således automatisk op i mappen med journalnotater fra de sidste tre dage fra alle faggrupper. Ligeledes er der en

¹³ Bilag B1 til B9 viser skærmprents fra uddannelsesversionen af Cosmic. De indlagte patienter er alle karakterer fra Tv-serien *Matador*.

række fællesdokumenter i form af *Behandlingsplan, Indlæggelse, Kalender, Målte værdier, Ordinationer/planlagt indsats, Problemområder* og *Udskrivelse*.

Det er også muligt at dokumentere og læse monofagligt under for eksempel læge/jordemoder notater eller plejemæssige notater. Yderligere kan man indsætte sine egne filtre, der prioriterer netop de oplysninger, man har behov for i sit daglige arbejde.

Hver sundhedsperson, der anvender systemet, har et personligt brugernavn og password og er blevet tildelt en rolle - for eksempel "sygeplejerske". Det sikrer, at kun læger kan ordinere lægemidler (medicin) til patienterne. Det er nemlig principielt kun læger, der har retten til at ordinere medicin.

1.8 Læsevejledning

Målgruppen for selve afhandlingen er først og fremmest bedømmelsesudvalget, men jeg stiler efter, at afhandlingen også skal kunne læses af sundhedsprofessionelle, for eksempel en læge med en vis indsigt i de socialvidenskabelige/humanistiske studier. For at øge læsevenligheden for denne målgruppe, forsøger jeg også i afhandlingens indledende afsnit at følge eksempelvis teoretiske pointer op med praksisnære eksempler fra hospitalsverdenen.

I kapitel 2 gennemgås en række forskningsperspektiver vedrørende informations- og kommunikationsteknologier i sundhedsvæsenet, og der argumenteres for, at det vil være relevant at anlægge et systemteoretisk perspektiv på indførelsen af EPJ.

Kapitel 3 er afhandlingens teori-afsnit, og heri gennemgås først en række af systemteoriens grundlæggende begreber. Derefter følger et afsnit om det systemteoretiske perspektiv på organisationer og organisatorisk forandring. Afsnittet rundes af med en redegørelse for, hvordan Luhmann beskrev kommunikationen i sygdomsbehandlingssystemet.

Kapitel 4 omhandler afhandlingens analysestrategi. Kapitlet indledes med en beskrivelse af afhandlingens videnskabsteoretiske grundlag - den operative

konstruktivisme. Herefter følger en række afsnit, der beskriver gennemførelsen af feltarbejdet samt empiribearbejdningen. Afslutningsvist redegøres der for udformningen af den konkrete analysestrategi, som er inspireret af Luhmanns formningsanalyse.

Fra kapitel 5 tages der hul på præsentationen af analysen, som er opdelt i fem kapitler. Det første kapitel – kapitel 5 - har fået titlen *Funktionssystemer og kommunikationskoder i sundhedsvæsenet – forskellige faggruppers iagttagelse af patienten*. I dette afsnit beskrives synet på patienten i forskellige sociale systemer. På basis af det empiriske materiale identificeres forskellige koder for kommunikation om patienten, og der opstilles en skematisk oversigt over koblingen til funktionssystemer, samt anlæggelsen af kommunikationskoder i subsystemerne inden for sundhedssystemet.

I kapitel 6 med titlen *Den gode patientjournal og EPJ som kommunikationsmedie - sundhedspersonalets iagttagelser af fordele og ulemper ved Cosmic-EPJ kontra papirjournaler* følges der op på pointen i det første afsnit, idet argumentationen i dette afsnit er, at de forskellige syn på patienten også har indflydelse på såvel opfattelsen af "den gode patientjournal" som iagttagelsen af fordele og ulemper ved den elektroniske journalføring. Kapitel 6 afsluttes med en diskussion af, hvorvidt indførelsen af EPJ øger sandsynligheden for succesfuld kommunikation.

Kapitel 7 behandler sundhedspersonalets kommunikation omkring distinktionen orden/uorden. EPJ synliggør ikke kun forskelle mellem de forskellige faggruppers tilgange til patienten. Den synliggør også forskellen mellem klinikere/ikke-klinikere (implementeringsorganisationen, systemudviklere, politikere mv.) og de to grupperes forskellige opfattelser af nytteværdien af for eksempel standardisering. Som beskrevet i indledningen, så omtales indførelsen af EPJ ofte som et redskab til at skabe orden i sygehusvæsenet med mere struktureret dokumentation og øget standardisering. Formålet med kapitel 7 er at vise, at det ikke forholder sig så enkelt, at indførelsen af EPJ udelukkende skaber orden på de i udgangspunktet "uordentlige" sygehusafdelinger. I stedet argumenteres der i dette afsnit for, at EPJ skaber opbrud i den eksisterende orden, hvilket

medfører, at der skal opbygges nye rutiner – samt ny tillid til, at systemet fungerer. Yderligere betyder indførelsen af EPJ, at nye former for uorden dukker op.

I kapitel 8 anskueliggøres den problematik, at EPJ kan være med til at gøre henholdsvis arbejdsopgaver og faggrupper mere eller mindre synlige i organisationens kommunikation.

I kapitel 9 behandles sundhedspersonalets iagttagelser i relation til distinktionen magt/afmagt, som især kommer til udtryk i forhold til problematikken omkring dele af sundhedspersonalets manglende it-kompetencer.

Kapitel 10 har form af en afrundende diskussion og refleksioner omkring analysestrategien, og heri diskuteres det blandt andet, hvornår en elektronisk patientjournal er succesfuldt implementeret.

I kapitel 11 følger afhandlingens konklusioner.

Afhandlingen ledsages af et resume på dansk og engelsk.

▪ 2. Forskning i informations- og kommunikationsteknologier i sundhedsvæsenet

I det følgende afsnit vil jeg søge at give et overblik over den hidtidige forskning i informations- og kommunikationsteknologiers rolle i sundhedsvæsenet med særligt fokus på EPJs betydning for kommunikationen mellem de forskellige faggrupper i sygehusvæsenet, samt for forholdet mellem sundhedspersonerne og patienten.

Afsnittet er ikke tænkt som en fyldestgørende gennemgang af litteraturen om EPJs effekt i sygehusvæsenet, men skal i stedet give læseren et indblik i, hvordan ovenfor nævnte problemstillinger hidtil er blevet belyst, samt et overblik over de forskellige positioner inden for studiet af IKT i sundhedsvæsenet.

I mine egne bestræbelser på at danne mig et overblik over den tidligere forskning på området, er jeg blandt andet blevet inspireret af Ploeg m.fl. (2006) samt Timmermans & Berg (2003) og Heath m.fl. (2003). Hos Ploeg finder man en gennemgang af litteraturen om EPJs betydning for læge-patient forholdet, mens de to sidstnævnte artikler giver et overblik over 25 års forskning i IKT i sundhedsvæsenet med udgangspunkt i artikler bragt i *Sociology of Health and Illness*. Da der ikke findes så mange undersøgelser, der anlægger et kommunikationsperspektiv på indførelsen af EPJ på sygehuse, har jeg måttet søge lidt bredere og inkludere undersøgelser af IKT generelt inden for sundhedsvæsenet; undersøgelser, der belyser den papirbaserede patientjournalers rolle på en sygehusafdeling, samt undersøgelser af EPJs betydninger for kommunikationen mellem den praktiserende læge og patienten.

Først vil jeg redegøre for, hvordan en række traditionelle effektstudier har beskrevet konsekvenserne af indførelsen af EPJ. Efterfølgende vil jeg tage udgangspunkt i det forskningsområde, som har fået betegnelsen *Science and Technology Studies* (STS) og opridsede nogle af fællestrækkene ved nyere forskning i teknologiers roller i forskellige praksisfelter. Derefter vil jeg beskrive tre positioner inden for STS-traditionen nærmere, og inden for hvert af disse tre perspektiver vil jeg give eksempler på konkrete undersøgelser af EPJs betydning. Det fjerde perspektiv hører ikke hjemme under STS-traditionen, så det er behandlet selvstændigt under overskriften *Teknologien som en medspiller i hospitalets forhandlede orden*.

I Danmark er der publiceret meget få større undersøgelser af EPJs betydning i sygehusvæsenet. I de senere år er der dog foretaget en række undersøgelser i forbindelse med ph.d.-projekter (Svenningsen, 2003; Jensen, 2004; Jensen, 2007). Afhandlingerne fra Signe Svenningsen og Casper Bruun Jensen (2004) bliver behandlet under STS-perspektivet.

Ph.d.-afhandlingen fra Tina Blegind Jensen (2007) skiller sig ud fra den øvrige forskning om EPJ ved sit fokus på brugernes perspektiv. I afhandlingen undersøges det, hvordan læger og sygeplejersker oplever og danner mening om implementeringen af EPJ på henholdsvis en ortopædkirurgisk afdeling og en thoraxkirurgisk afdeling. Via et fortolkende casestudie på baggrund af interviews med de to grupper sundhedspersonale søger hun at forstå og forklare brugernes opfattelser og holdninger til EPJ. Teoretisk er afhandlingen baseret på sensemaking og social kognitionsteori. Den empiriske analyse resulterer i to kognitive kort, der illustrerer de fire værdisæt, hvorudfra læger og sygeplejersker danner mening omkring implementeringen af den nye teknologi. Afhandlingens konklusioner er, at brugerne har væsentlig indflydelse på implementeringsprocessen samt den måde teknologien bliver anvendt på efter implementeringen. Brugernes status (identitet, rolleansvar), deres syn på kerneopgaven (pleje og behandling af patienten), deres værdier relateret til den kliniske arbejdspraksis, samt deres engagement i implementeringsprocessen er afgørende for deres modtagelse af EPJ systemet.

2.1 Effektstudier af konsekvenserne af indførelsen af EPJ

I Ploeg m.fl. (2006) finder man en gennemgang af litteraturen om EPJs effekt på forholdet mellem patient og læge.

I artiklen slås det indledningsvis fast, at mange af de politiske visioner vedrørende EPJs gavnlige effekt for patienten endnu ikke er realiseret i praksis. Eksempelvis er forestillingen om én elektronisk sundhedsjournal for patienten, der kan anvendes i kontakten med hele sundhedssystemet, endnu ikke realiseret i praksis. På trods af visioner om, at EPJ skal være patientens journal, er EPJ fortsat primært et arbejdsredskab for sundhedspersonalet. Ligesom de EPJ-systemer, der er i brug, har nogle mere begrænsede funktioner, end det skitseres i politiske it-strategier (Ploeg m.fl., 2006: 73-74).

Gennemgangen af litteraturen viser, at der i de fleste undersøgelser af EPJ konkluderes, at it-systemets struktur også strukturerer lægernes kommunikation. Ploeg m.fl. viser også, at vurderingerne af EPJs betydning for læge-patientforholdet anghænger af forskernes syn på det ideelle læge-patientforhold. Gennemgangen viser, at flertallet af forskerne indtager et holistisk udgangspunkt og har en tendens til at opfatte strukturerede samtaler som mindre befordrende for at det gode læge-patientforhold end åbne narrativer¹⁴ (Ploeg m.fl., 2006: 78).

De empiriske fund i de forskellige undersøgelser, som Ploeg. m.fl. har gennemgået, giver lagt fra noget entydigt billede af EPJs konsekvenser (Ploeg m.fl. 2006: 76). Nogle studier konkluderer, at EPJ giver mere tid til patienten og større fokus på patientens egen fremstilling af sin sygehistorie. Andre finder belæg for det modsatte.

Der eksisterer en del undersøgelser, der forsøger at udrede EPJs konsekvenser for forskellige variabler som eksempelvis sundhedspersonalets tidsforbrug, kvaliteten i pleje og behandling, sundhedspersonalets overblik, de økonomiske udgifter osv..

Ved en "smal" søgning i PubMed med søgeordene "Electronic Patient Record AND effect" fik jeg således 251 artikler heraf 19 reviews af eksisterende litteratur om emnet. Ved en bredere søgning¹⁵ fik jeg 4909 artikler, hvoraf 261 er litteraturreviews. En del af disse artikler var dog ikke relevante i min optik. Jeg fandt for eksempel kun 5 af de førnævnte 19 reviews direkte relevante.

¹⁴ Oprindeligt et engelsk ord, som betyder *fortælling*. I dag et ofte anvendt udtryk indenfor de humanistiske videnskaber, hvor narrativer betragtes som en basal måde, hvorpå mennesker ordner, forklarer og forstår indtryk og oplevelser. Et narrativ er karakteriseret ved nogle rimeligt fastlagte strukturer, elementer og figurer – fx en *tidslinie* med et *startpunkt* og en *afslutning* samt et *plot* eller *story-line*.

¹⁵ "Medical Records Systems, Computerized/manpower"[Majr] OR "Medical Records Systems, Computerized/organization and administration"[Majr] OR "Medical Records Systems, Computerized/statistics and numerical data"[Majr] OR "Medical Records Systems, Computerized/supply and distribution"[Majr] OR "Medical Records Systems, Computerized/trends"[Majr] OR "Medical Records Systems, Computerized/utilization"[Majr]. Søgningen er senest foretaget den 30. januar 2009.

Det er således ikke litteratur om konsekvenserne af indførelsen af EPJ, der mangler, men det er vanskeligt at drage en samlet konklusion ud fra disse mange effektstudier.

For det første er de variabler, der måles på, ikke altid de samme. Effekten kan blive målt på en eller flere faktorer som sikkerhed (fx færre fejlmedicineringer), tilgængelighed af informationer, økonomisk effektivitet, patienttilfredshed, tidsforbrug, organisatorisk effektivitet (produktivitet), brugertilfredshed, kvaliteten af pleje og behandling, pålideligheden af it-systemet og integrationen til andre systemer.

For det andet er måden, hvorpå disse effekter måles, ikke ens i de forskellige undersøgelser. Ligesom der måles på forskellige specialafdelinger og på hospitaler med forskellige vilkår (størrelse, ledelse, økonomi) samt forskellige typer EPJ-systemer, som rummer forskellige muligheder og begrænsninger.

For det tredje er der divergerende syn på, hvordan effektivitet bør måles blandt forskellige interessenter (sundhedspersonale, administratorer, politikere, patienter).

Resultaterne af effektstudierne varierer da også meget. I nogle undersøgelser ses overvejende positive effekter (Eslami m.fl. 2008), men der rapporteres også om negative konsekvenser, for eksempel nye typer fejlkilder ved medicinering (Grimsno, 2006). Eller at samme system har forskellig virkning afhængig af den kontekst, det implementeres i (Aarts & Berg, 2006).

Blandt de undersøgelser, der kan påvise positive effekter af indførelsen af EPJ, vil jeg fremhæve en nyere dansk undersøgelse af den kliniske nytteværdi af et EPJ-system, der forsøgsvist i en femdages periode fuldstændig erstattede papirjournaler på akut apopleksi afsnit på Roskilde Amts Sygehus (Hertzum & Simonsen, 2008). Hertzum og Simonsen arbejder med at identificere, specificere og kvantificere den kliniske nytteværdi af EPJ for på den måde at kunne bedrive evidensbaseret it-udvikling. Resultatet af undersøgelsen er, at sundhedspersonalets mentale *workload* reduceres, overblikket forbedres og koordinationen lettes i forbindelse med tavlekonference, vagtskifte og stuegang.

Sådanne effektstudier er vigtige og nødvendige, men kan ikke stå alene. De stopper der, hvor jeg synes, det begynder at blive interessant; nemlig når man skal se på, *hvorfor* brugerne eksempelvis oplever det mindre stressende at benytte EPJ end papirjournal, og *hvordan* indførelsen af EPJ i øvrigt påvirker sundhedspersonalets kommunikation.

Da disse effektstudier efter min mening således ikke er nuancerede nok i deres beskrivelser af betydningen af indførelsen af elektroniske patientjournaler, har jeg rettet mit fokus mod en række nyere studier, som beskæftiger sig med spændingsforholdet mellem teknologi og praksis.

2.2 Science and Technology Studies

Science and Technology Studies er et tværfagligt forskningsfelt, som voksede frem fra 1970'erne. Inden for STS anvendes redskaber fra socialvidenskaberne og humaniora til at studere, forstå og analysere videnskab, teknologi samt videnskabsmænds arbejde før og nu. Den bærende ide inden for STS er, at såvel videnskab som teknologi er af social og kulturel natur. Teknologier påvirkes derfor af og påvirker distributionen af ressourcer og magt i og mellem sociale fællesskaber (Bauchspies m.fl., 2006: forord, 10). En teknologi er således ikke neutral, men den er heller ikke i sig selv hverken god eller ond. Det afhænger af brugen af teknologien. STS-studier viser også, at spørgsmålet om, hvornår en teknologi "fungerer", ikke udelukkende er et teknisk spørgsmål. En teknologi kan nemlig godt fungere teknisk set, men ikke slå til i en kulturel forstand og derfor ikke blive taget i brug (Bauchspies m.fl., 2006: 78-81).

Et eksempel på en undersøgelse indenfor STS-området, der illustrer nogle af de ovenstående pointer, kan man finde hos Goorman & Berg (2000).

Goorman og Berg indleder deres artikel med at kritisere de fleste undersøgelser af indførelsen af EPJ for at have et statisk, objektivistisk syn på teknologien og i for høj grad være baseret på metoder, der måler kvantitative resultater. Undersøgelser som disse har forklaret fejlslagne EPJ-projekter med systemernes tekniske mangler eller brugernes modstand mod forandring. Goorman & Berg mener i stedet, at der bør foretages undersøgelser, der tager højde for det kulturelle miljø, som teknologien indgår i, samt de

forhandlingsprocesser, implementeringen af en ny teknologi er forbundet med (Goorman & Berg, 2000: 3-4).

Ifølge Goorman & Berg skal man søge forklaringerne på EPJ-systemers manglende succes i de modeller af sundhedsarbejdet, som systemerne er opbygget omkring. På baggrund af interviews og deltagerobservationer med sygeplejersker på en hollandsk sygehusafdeling konkluderer Goorman & Berg, at EPJ-systemer ofte er baseret på standardiserede og rationalistiske opfattelser af sundhedsarbejdet, der går dårligt i spænd med dette arbejdes reelt flydende, pragmatiske og praktiske natur. Eksempelvis er systemet opbygget således, at der er meget lidt plads til fritekst, og sygeplejerskernes arbejde skal dokumenteres i forudbestemte nøgleord, som ikke giver den fornødne plads til at dokumentere de mange facetter af sygeplejerskernes arbejde (Goorman & Berg, 2000: 6). Ifølge denne undersøgelse giver EPJ'en sygeplejerskerne et dårligere overblik over deres arbejde, og arbejdsgangene bliver besværligere og dermed mere tidkrævende. Ligeledes konkluderes det i undersøgelsen, at teknologiudvikling ikke er en neutral aktivitet, men altid indebærer, at der træffes politiske valg, der tilgodeser visse interesser frem for andre (Goorman & Berg, 2000: 9).

I sin afhandling fra 2004 med titlen *Experimental devices. Studies in STS and Electronic Patient Records* leverer en empirisk og teoretisk analyse af den danske udvikling af EPJ. Han ser på, hvad en elektronisk patientjournal er – hvor den kommer fra, og hvorfor den kommer nu. Casper Bruun Jensen betegner, med henvisning til Bruno Latour, EPJ som et delvist eksisterende objekt.

Inden for STS-tilgangen er det muligt at udpege forskellige forskningstraditioner. Jeg har i det følgende valgt at beskrive tre fremtrædende positioner, nemlig det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv, den aktør-netværksteoretiske tilgang og cyborg-perspektivet.

2.2.1 Det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv

Ifølge denne teoretiske retning afhænger en teknologis betydning af, hvilket praksisfællesskab, den indgår i, og en teknologi kan således skifte betydning, når

den flyttes fra én sammenhæng til en anden. Det er således menneskers forhold til teknologien, der er i centrum i det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv, og hovedpointen er, at teknologien konstrueres og får sin betydning af mennesker, og at forskellige sociale grupper konstruerer en teknologi på forskellig måde (Elsass & Lauritsen, 2006: 195, 199-201).

Hvis man anlægger et socialkonstruktivistisk teknologiperspektiv på EPJ, er det nærliggende at forestille sig, at sundhedspersonalet konstruerer EPJ som et arbejdsredskab til at kommunikere med fagfæller i, mens sundhedsministeriet konstruerer EPJ som et redskab til at løfte kvaliteten af behandlingen i sygehusvæsenet. Ifølge Bijker (1995) konstruerer forskellige sociale grupper en teknologi forskelligt, fordi de befinder sig inden for forskellige teknologiske rammer i kraft af gruppernes særegne historie, kultur og viden, og den ene konstruktion er ikke mere sand end den anden.

Denne forståelse af teknologiens betydning står i opposition til den teknologiske determinisme, hvor teknologien har en kausal indvirkning på den praksis, den introduceres i. Men det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv kan så kritiseres for at gå i den modsatte grøft og tillægge aktørernes konstruktion af teknologien for stor betydning, så der ender i social determinisme (Timmermans & Berg, 2003).

2.2.2 Den aktør-netværksteoretiske tilgang

Selvom den aktør-netværksteoretiske tilgang (ANT) har flere ting til fælles med det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv, er der en væsentlig forskel på de to retninger. Hvor det socialkonstruktivistiske teknologiperspektiv sætter mennesket i centrum, problematiseres den traditionelle humanistiske opfattelse af mennesket som subjekt i ANT (Elsass & Lauritsen, 2006: 195). ANT's pointe er, at en teknologi som EPJ ikke er noget udelukkende teknisk, men heller ikke alene er en social konstruktion. Bruno Latour har været med til at udvikle ANT og de centrale begreber *netværk* og *aktant*, som skulle gøre det muligt at undersøge teknologiers roller i organisationer uden at give forrang til mennesker eller ikke-mennesker (Latour, 1987; Latour, 2005; Latour, 2006).

En del undersøgelser af EPJ er blevet foretaget med udgangspunkt i ANT. En af de få større danske undersøgelser, foretaget af Signe Svenningsen (2003,

2004), tager også afsæt i ANT og undersøger, med udgangspunkt i en medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus, EPJ som en "aktant", der ændrer på netværket af faglige roller, arbejdsopgaver og fejltyper i det medicinske arbejde. Svenningsen konklusioner er blandt andet, at de elektroniske lægenotater efter indførelsen af EPJ i højere grad bliver skabt i et forfatterkollektiv af mennesker og ikke-mennesker, samt at grænserne mellem sygepleje og medicin opblødes, og sygeplejedokumentationen bliver mindre rettet mod patientens psykosociale trivsel.

Hanseth & Monteiro (1998) fokuserer på de institutionelle aspekter af arbejdspraksis samt de infrastrukturelle aspekter af teknologi i deres undersøgelse af patientjournalssystemer på hospitaler. De påpeger, at patientjournaler ikke er isolerede artefakter¹⁶. De er nødvendige for koordineringen af og samarbejdet mellem en stor samling aktører – såvel indenfor som udenfor hospitalet. Praksisser og infrastruktur-teknologier har udviklet sig i gensidigt samspil over lang tid og har tilpasset sig hinanden i store aktør-netværk. Praksissen er indlejret i teknologien, hvilket gør det svært at ændre den ene, uden også at ændre den anden (Hanseth & Monteiro, 1998: 8). Mange fejlslagne EPJ-projekter skyldes ifølge Hanseth & Monteiro manglende forståelse for de infrastrukturelle aspekter af et sådant system og den institutionelle karakter af de praksisser, de skal passe ind i (Hanseth & Monteiro, 1998: 1).

Den hollandske forsker Marc Berg benytter sig også af ANT-perspektivet i sine undersøgelser af såvel papirbaserede (Berg, 1996; Berg & Bowker, 1997) som elektroniske patientjournaler (Berg 2004). Berg & Bowker (1997) beskriver, hvordan der i det medicinske arbejde produceres forskellige fortællinger om den moderne patients krop, som det også bliver fremstillet i Foucault (2000). Men hvor Foucault fremhæver det medicinske *blik* som centralt i disse konstruktioner, understreger Berg & Bowker, at viden inden for den medicinske praksis er afhængig af *skriftlighed*. Artefakter, personer og organisatoriske rutiner er agenter i et netværk, der sammen skaber den medicinske krop. Forskellige journaler og forskellige læse- og skrivepraksisser spiller således en afgørende rolle i denne produktion af forskellige patientkroppe. Som en

¹⁶ Et artefakt er noget, som er frembragt af mennesker.

organisatorisk infrastruktur leverer journalen ligeledes samspil og koordination mellem forskellige verdener (Berg & Bowker, 1997: s. 514).

Marc Berg gør også op med den udbredte forestilling om patientjournalen som en informationscontainer, der fungerer som et spejl på begivenheder i et patientforløb. I journalen transformeres patientens problem til et problem, der kan håndteres, og journalen giver således et reduceret billede af virkeligheden, ligesom journalen langt fra afspejler kompleksiteten i det medicinske arbejde (Berg, 1996: 504, 517, 518). Ligeledes understreger Berg, at forskellige journaler medierer det medicinske arbejde på forskellige måder. Det er derfor nødvendigt at undersøge "logikken" i forskellige journaltyper (Berg, 1996: 520-521).

2.2.3 Cyborg-perspektivet

Ligesom i ANT-tilgangen tages der i cyborg-perspektivet udgangspunkt i de tætte relationer mellem teknologi og mennesker (Elsass & Lauritsen, 2006: 196).

Betegnelsen *cyborg* blev oprindeligt skabt i 1960 af forskerne Nathan Kline og Manfred Clynes, der anvendte cyborg-begrebet til at beskrive det fænomen, at astronauter kobles til teknologier for bedre at gøre dem i stand til at overleve på rumrejser (Elsass & Lauritsen, 2006: 206; Bryld & Markussen, 2003: 12).

Donna Haraway relancerede i 1990'erne cyborggen (Haraway 1991) og tilførte begrebet en politisk betydning, idet cyborggen i Haraways fremstilling bliver til en figur, der artikulerer oprørske fortællinger og overskrider modernitetens antropocentrisme¹⁷ samt nedbryder dikotomier som menneske/ikke-menneske og kultur/natur (Bryld & Markussen, 2003: 12-13).

I en dansk sammenhæng har Markussen & Olesen (2003) analyseret, hvordan den computermedierede kommunikation via EPJ præges af samspillet mellem menneskelige og ikke-menneskelige aktører. På baggrund af deres studier af implementeringen af et elektronisk medicinordinationsmodul på plastikkirurgisk afdeling på OUH konkluderer Markussen & Olesen, at det er kompliceret at forsimple en socioteknisk praksis. Processen indebærer et stort

¹⁷ *Antropocentrisme* er en overbevisning om, at mennesket bør opfattes som værende centrum i universet.

antal rekonfigurationer og oversættelser af ting, mennesker og begreber (Markussen & Olesen, 2003: 241-243). Det sundhedsfaglige arbejde bliver påvirket af den nye teknik. Blandt andet sker der en kollektivisering af skrivningen, idet computeren nu hjælper til med at finde det relevante præparat og sætter grænser for, hvilken medicin der kan ordineres (Markussen & Olesen, 2003: 255). Computeren bliver altså en aktør, der præger arbejdet på hospitalsafdelingen.

2.3 Teknologien som en deltager i hospitalets forhandlede orden

Anselm Strauss var med til at introducere dette perspektiv på hospitalsverdenen. I artiklen *The Hospital and Its Negotiated Order* (Strauss, 1963) argumenteres der for, at de stabiliserende strukturer i form af blandt andet regler og hierarkier ofte bliver tillagt for stor betydning i analyser af hospitalet som en organisation.

Strauss understreger, at den sociale orden konstant kræver et vedligeholdelsesarbejde, og ifølge Strauss bør de fortsatte forhandlingsprocesser, der får sociale ordner til at emergere, tillægges en større betydning.

Strauss beskriver hospitalet som en forhandlet orden, hvor regler konstant bliver glemt, ignoreret eller omfortolket til egen fordel – kort sagt er genstand for konstante forhandlinger. Ligesom forhandlinger finder sted mellem de forskellige faggrupper på sygehuset samt mellem sundhedspersonale og patienten. Strauss påpeger også, at indførelsen af nye teknologier ofte er forbundet med forhandlingsprocesser.

Teorien om forhandlet orden er siden blev udviklet af en række andre sundhedsforskere og er blandt andet blevet anvendt til at beskrive forholdet mellem faggrupperne i sundhedsvæsenet – primært forholdet mellem lægerne og sygeplejerskerne. Flere teoretikere har påpeget, at forhandlinger og forandringer er forbundet (Ellingsen, 2003; Tjora 2000, Berg, 2004).

Roland Svensson (1996) anvender perspektivet som en teoretisk ramme til at belyse, hvordan læger og sygeplejersker interagerer på en hospitalsafdeling. På baggrund af interviews med 45 sygeplejerske på svenske sygehuse konkluderer Svensson, at sygeplejersker har større indflydelse på beslutninger vedrørende patientens behandling, end det hidtil er blevet fremstillet, og at det

er aktive forhandlingsprocesser, der præger forholdet mellem sygeplejersker og læger frem for fastlåste hierarkiske systemer. Svensson beskriver forhandlingerne mellem læger og sygeplejersker som back-stage processer, dvs. de finder sted, når patienterne ikke er til stede.

Annemarie Mol (1998) beskriver, hvordan den medicinske praksis generelt er kompleks og kontingent samt genstand for løbende forhandlinger. I Mols fremstilling er det ikke forhandlinger mellem faggrupperne, der er i fokus, men de fortsatte forhandlinger mellem fagfæller – i dette tilfælde de sclerose-læger, hvis arbejde Mol har observeret. Mols analyser viser, at spørgsmålet om, hvordan en patient skal behandles, varierer fra en sygdom til en anden, fra en patient til en anden, fra hospital til hospital og fra dag til dag (Mol, 1998: 152). Billedet af det medicinske arbejde som en udelukkende rationel beslutningsproces bliver nuanceret af analyser som denne.

Aksel Tjora (2000) har beskrevet grænsen mellem sygeplejen og det lægelige arbejde som en forhandlet orden. På baggrund af observationer af sygeplejerskes kommunikation med patienter og læger på norske medicinske alarmcentraler, skildrer Tjora, hvordan indførelsen af nye teknologier kan have indflydelse på denne grænse. Også Tjora konkluderer, at sygeplejerskerne har større indflydelse og autonomi i sygeplejerske-læge interaktionen, end tidligere undersøgelser har angivet. Desuden påpeger Tjora, at også artefakter og teknologier er aktører, som tager del i forhandlingsprocesserne (Tjora, 2000: 725).

Ifølge Marc Berg er udviklingen og implementeringen af it-processer på sundhedsområdet ligeledes præget af fortsatte forhandlinger mellem forskellige interessenter. Ligesom patientjournalen gennem historien har været genstand for løbende forhandlinger (Berg, 2004: 23, 39)

Opsummering

Ovenstående er en skitse af, hvilke perspektiver på IKT og EPJ i sygehusvæsenet, jeg positionerer mig i forhold til og har ladet mig inspirere af.

Hvor Luhmanns systemteori med sit udprægede fokus på kommunikation kan kritiseres for at mindre fokus på teknologiens rolle¹⁸, har cyborg-perspektivet og i særdeleshed ANT-tilgangen et skarpt blik for teknologiens betydning for praksis. Dette blik for teknologiens betydning vil jeg søge at integrere i mine analyser.

Ovenstående illustrerer også, at forhandlinger er en væsentlig del af praksis på et sygehus. Det kan jeg bruge til at underbygge min tese om, at Cosmic som en fælles, tværfaglig journal skal imødekomme forskellige faggruppers patientbilleder, og at der derfor vil forekomme forhandlinger omkring patientrepræsentationen, når Cosmic indføres.

Men analysen må nuanceres - for hvor, hvornår og hvordan foregår disse forhandlinger? Sygdom og behandling af sygdom er vel næppe konstant til forhandling? Det ville, om ikke andet, gøre arbejdsprocesserne langsommere og i sidste ende ville systemet sandsynligvis bryde sammen. Som jeg vil vende tilbage til senere, kan man hos Luhmann findes en teoretisk forklaringsramme, som kan anvendes til at diskutere denne problematik. Ifølge Luhmann udvikler der sig nemlig over tid måder at sandsynliggøre og lette kommunikation, som bevirker, at man ikke konstant er nødt til at forhandle.

Flere af pointerne fra ovenstående kan således integreres i den systemteoretiske ramme, jeg vil bygge op i det følgende kapitel. Samtidig kan det systemteoretiske blik fange processer, som ovennævnte tilgange ikke giver indblik i.

¹⁸ Luhmann har dog i *Die Gesellschaft der Gesellschaft* berørt emnet teknik (Luhmann, 1997: 517-536). Ligesom han i *Risk: A Sociological Theory* (Luhmann, 1993: XII, 87) beskriver teknologi som et kommunikativt fænomen, som kan tales om i betydningen kommunikationsteknologi eller som kan gøres til genstanden for kommunikation. Yderligere skriver han, at begrebet teknik bestemmer, hvad vi iagttager, og hvad vi ikke iagttager; og det styrer også hvilke årsager og virkninger, der bliver tilregnet til hinanden og hvilke, der ikke gør.

▪ 3. Teoretisk refleksionsramme

Udgangspunktet for denne afhandlings teoretiske refleksionsramme er Niklas Luhmanns teori om sociale systemer som autopoietiske¹⁹ kommunikationssystemer. Fra Luhmanns teori om sociale systemer har jeg udvalgt en række begreber, som anvendes til at beskrive, hvordan kommunikationen om de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af Cosmic EPJ udfolder sig blandt de forskellige fagprofessionelle systemer på OUH.

I første del af dette afsnit vil jeg give en kort introduktion til systemteoriens grundlæggende antagelser. Derefter vil jeg beskrive, hvordan der med systemteorien anlægges et kommunikativt perspektiv på organisatorisk forandring. I tredje og sidste del af dette afsnit vil jeg redegøre for det systemteoretiske perspektiv på sundhedssystemet, som danner udgangspunkt for mine videre analyser af kommunikationen på sygehusafdelingerne.

3.1 Systemteoriens grundlæggende antagelser

Systemteorien er ifølge Luhmann en universel sociologisk teori, det vil sige, at alt socialt kan forstås gennem systemteoriens iagttagelsesapparat. Det indebærer, at også systemteorien kan (og bør) gøres til genstand for sit eget blik (Luhmann, 2000: 51; Schuldt, 2006: 14-15). For som Luhmann understreger, er systemteorien universel, men det betyder ikke, at den gør krav på privilegeret gyldighed. Den er *kontingent*, hvilket vil sige, at noget også kunne være muligt på en anden måde. Et fænomen kunne iagttages gennem en anden optik (Luhmann, 2000: 51, 146).

Luhmann har bygget sin sociologiske teori op omkring den antagelse, at der findes systemer (Luhmann, 2000: 37, 48).

Han skelner i første omgang mellem blandt andet psykiske systemer, sociale systemer og organiske systemer (Luhmann, 2000: 37). Disse systemer er

¹⁹ Ordet *autopoiesis* er sammensat ud fra de græske begreber *autos* (selv) og *poiesis* (skabelse), og betyder altså selvskabelse. Begrebet er oprindeligt udviklet af biologerne Humberto R. Maturana og Francisco J. Varela til at beskrive den måde biologiske systemer fungerer. Luhmann udvider begrebet til også at omfatte psykiske og sociale systemer.

autopoietiske, dvs. de skaber sig selv og alt, hvad de består af. Hvor organiske systemer skaber sig selv gennem liv, så har psykiske og sociale systemer det til fælles, at de begge skaber sig selv gennem mening. *Psykiske systemer* er således autopoietiske systemer, der former mening i en lukket bevidsthedssammenhæng, ved at tanker knytter sig til tanker. Mens *sociale systemer* er autopoietiske systemer, der skaber og opretholder kommunikation. Psykiske systemer og sociale systemer hører således til hinandens omverden, men er dog strukturelt koblede (Andersen, 1999: 120-127).

Luhmann definerer *mening* som enheden af forskellen *aktualitet/potentialitet*. Mening er ikke fikserbar, men altid ustabil og ubestemmelig. Det skyldes blandt andet, at mening altid formes af en tanke eller en kommunikation, som forsvinder i det øjeblik, den dukker op. Det betyder samtidig, at sociale og psykiske systemer er dynamiske systemer, som aldrig forbliver identiske med sig selv. De er altid i en bevægelse af tilblivelse (Andersen, 1999: 121, 123).

Kommunikation ifølge Luhmann er en selektionsproces, der består af en syntese af tre selektioner:

- 1) Selektion af *information*, dvs. hvad skal kommunikeres
- 2) Selektion af *meddelelsesform*, dvs. hvordan skal informationen kommunikeres.
- 3) Selektion af *forståelse*, dvs. hvad skal forstås ved det meddelte.

Kommunikationen er ikke kommunikation, før alle tre selektionsprocesser har fundet sted (Andersen, 1999: 126). Al kommunikation er iagttagelser enten i form af selv- eller fremmedbeskrivelser.

Det er de sociale systemer, Luhmann primært fokuserer på i sin teoriudvikling. Ifølge Luhmann er det her, i de sociale systemer, al kommunikation foregår, og de sociale systemer består kun af kommunikation (Luhmann, 2000: 179).

Denne antagelse – at sociale systemer udelukkende består af kommunikation, og at kun kommunikation kan kommunikere – er med til at gøre Luhmanns systemteori radikalt anderledes end traditionelle sociologiske teorier.

Han tilskriver således sociale systemer de operationer, som traditionelt tilskrives individet (Kneer, 1997). På lignende vis indeholder Luhmanns teori om sociale systemer en række sociologiske begreber (Luhmann, 2000: 33), der selvom de umiddelbart synes velkendte, hos Luhmann har en markant anderledes betydning.

Lars Qvortrup (1998) modererer dette synspunkt ved at erklære følgende, som jeg vælger at tilslutte mig: det er rigtigt, at kommunikation er et system, som den enkelte person kan tilkoble sig, og at samfundet ikke er summen af mennesker. Men det betyder ikke, at mennesker ikke kommunikerer. Mennesker kommunikerer, men de gør det inden for kommunikative koder. De kommunikerer med hinandens kommunikation, det vil sige iagttager hinandens kommunikative selektioner, hvorefter de foretager en kommunikativ tilkobling inden for et sæt af sociale kommunikationskoder (Qvortrup, 1998: 159). Forskellige diskurser danner således et *kommunikationssystem*, som individerne kan tilkoble sig (Qvortrup, 1998: 156). Det vil sige, at kommunikationsbegrebet omdefineres, så kommunikation er selektioner og ikke transport af mening.

På niveauet for de sociale systemer skelner Luhmann mellem tre forskellige former for sociale systemdannelser, nemlig *interaktionssystemer*, *organisationssystemer* og *samfundssystemer* (Luhmann, 2000: 37, 467).

Interaktionssystemer opstår, når personer gensidigt iagttager hinanden. Eksempelvis når patienten, lægen og sygeplejersken mødes i forbindelse med stuegang. Da interaktionssystemer er baseret på nærvær (Luhmann, 2000: 474), ophører de med at eksistere, når deltagerne eksempelvis har forladt rummet eller lagt telefonrøret. Interaktionssystemer er altså midlertidige sociale systemer.

Organisationssystemer er kendetegnet ved medlemskab og deres funktion er at producere beslutninger. Da organisationsbegrebet er et centralt udgangspunkt for min analyse, vil jeg behandle det mere indgående senere i dette kapitel.

Samfundssystemet er ifølge Luhmann det omfattende socialsystem, som indeholder alt det sociale (Luhmann, 2000: 470). Samfundet indeholder alle

interaktions- og organisationssystemer, men er ikke summen af disse (Schuldt, 2006: 33).

Alle sociale systemer dannes ved, at der kommunikativt sættes en grænse mellem system og omverden (Luhmann, 2000: 52, 218; Andersen, 1999: 134). Det er måden, der iagttages og kommunikeres på, der kendetegner et socialt system, og gør det forskelligt fra andre sociale systemer.

Luhmann anvender begrebet *autopoiesis* til at beskrive forholdet mellem system og omverden. At et system er autopoietisk vil sige, at det skaber sig selv og sin omverden. Omverdenen kan ikke bidrage til systemets reproduktion med nogen form for operation, ligesom systemet heller ikke kan operere i sin omverden (Luhmann, 1992: 14; Qvortrup, 1998: 46, 156). Systemet må forholde sig til sig selv, når det skaber sine elementer, dvs. det er *selvreferentielt* (Thyssen, 1997: 25). Autopoietiske systemer er således operationelt lukkede i forhold til hinanden, men systemer kan iagttage omverdenen og systemer i omverdenen. På iagttagelsesniveauet er systemer altså åbne for informationer udefra, og systemer kan påvirke hinanden gennem gensidig iagttagelse (Højlund & La Cour, 2005: 2). Desuden kan to systemer indgå i en strukturel kobling.

Strukturel kobling er et begreb, der anvendes af Luhmann til at beskrive det forhold, at systemer på en gang er operativt lukkede, men alligevel kan påvirke hinanden.²⁰ Når to systemer indgår i en strukturel kobling, betyder det, at det ene systems grænser medberegnes i det andet systems funktionsområde, hvorefter begge systemer danner stabile retningslinjer for, hvordan de medberegner hinandens grænser i deres autopoiesis. Denne påvirkning kan overordnet set finde sted på to måder. På den første måde sker påvirkningen ved, at systemer udsættes for en række strukturelle begrænsninger i deres omverden, så de må tage hensyn til disse strukturer i deres egen strukturelle opbygning. På den måde virker systemerne gensidigt begrænsende på hinanden. Men påvirkningen kan også finde sted på en anden måde, nemlig ved at systemer lader deres strukturelle kompleksitet stå til rådighed for hinanden,

²⁰ Selvom jeg er klar over, at det er en forenkling, vælger jeg at anvende to beslægtede begreber *interpenetration* og *strukturel kobling*, som Luhmann benyttede i henholdsvis *Sociale Systemer* (2000) og *Die Gesellschaft der Gesellschaft* (1997), synonymt med hinanden.

hvorved systemerne virker muliggørende overfor hinanden (Højlund, 2002: 20-21).

Mere konkret finder strukturelle koblinger sted, når et eller flere psykiske systemer medvirker til dannelsen af et socialt system²¹, når systemer iagttager hinanden eller når forskellige funktionssystemer kobles indbyrdes. Koblingen finder sted via et medie – når psykiske og sociale systemer kobles, sker det med sproget som medie, mens det er de symbolsk generaliserede medier, der muliggør koblinger mellem funktionssystemerne.

Da alle sociale systemer består af kommunikation, er mennesket i Luhmanns systemteori placeret i de sociale systemers omverden. Luhmann har en metodisk pointe med ikke at inkludere mennesket i sin teori. Hermed understreges det nemlig, at "mennesket" kan iagttages ud fra forskellige systemreferencer (som biologisk, psykisk eller socialt system). "Hvad mennesket er" vil være afhængig af, hvorfra og hvordan der iagttages (Thyssen, 1997: 27). Eksempelvis fremtræder en patient forskelligt hos forskellige sundhedspersoner og i forskellige sammenhænge – som "det hele menneske" hos sygeplejersken, der taler med patienten om sociale forhold af relevans for sygdomsforløbet, eller som et biologisk system hos den læge, der er ved at foretage en udredning af patientens sygdom.

Luhmann skelner mellem empirisk givne mennesker og personer. Mennesker fødes, mens personer opstår gennem socialisation samt uddannelse og reproduceres dagligt i den løbende kommunikation (Luhmann, 2006: 57, 65). I en systemteoretisk sammenhæng er "personer" en symbolsk generalisering for individer (Qvortrup, 2004: 178). Eksempelvis betjener organisationer sig af sådanne symbolske generaliseringer, når de kommunikerer om psykiske systemer som handlingsenheder eller aktører. Ved handlingers tilskrivning til et bestemt psykisk system, konstrueres dette som aktør med ansvar for sine handlinger og handlingers effekter (Andersen & Born, 2001: 21).

Et individ kan tilkoble sig en person. Et individ kan også tilkoble sig forskellige roller, alt efter hvilken interaktionssystemer, individet deltager i

²¹ Ifølge Luhmann opstår sociale systemer pga. den støj, som psykiske systemer frembringer ved deres forsøg på at kommunikere (Luhmann, 2000: 258).

(Qvortrup, 2004: 179). En rolle er en symbolsk generalisering, som kan varetages af mange og udskiftelige individer (Luhmann, 2000: 370). Eksempler på roller er patientrollen og lægerollen, som der begge knytter sig et sæt af forventninger til, og disse roller og de tilknyttede forventninger er med til at gøre kommunikationen sandsynlig.

En anden pointe ved Luhmanns systemteori er, at kommunikation i udgangspunktet er *usandsynlig*, men kan gøres mere sandsynlig på forskellige vis.

Ifølge Luhmann er kommunikation ikke en todelt transportproces, hvor et budskab føres fra afsender til modtager. Kommunikation må i stedet betragtes som en tredelt selektionsproces, hvor information, meddelelse og forståelse vælges af den, der meddeler sig, og adressaten (Luhmann, 2000: 178-186).

Kommunikation er således ikke ensbetydende med overførelse af et budskab. Faktisk mener Luhmann, at der er tre usandsynligheder forbundet med kommunikation – nemlig *kontakt* (at få kontakt til adressaten), *forståelse* (at adressaten forstår, hvad den, der meddeler sig, mener) og *succes* (at kommunikationen antages og bekræftes af adressaten).

For at imødegå denne problematik er der over tiden udviklet tre forskellige medier, som sandsynliggør kommunikation. Det er *sproget*, *udbredelsesmedier* og *symbolsk generaliserede kommunikationsmedier* (Luhmann, 2000: 201-203). Sproget er det medie, som øger forståeligheden i kommunikationen via regler for tegnbrug. Udbredelsesmedier øger sandsynligheden for kontakt og gør det muligt at komme ud over interaktionsgrænsen. Eksempler på udbredelsesmedier er bøger, aviser, radio og TV – ligesom elektroniske patientjournaler hører til denne kategori. Symbolsk generaliserede kommunikationsmedier er de medier, der øger sandsynligheden for succes ved kommunikationen. Symbolsk generaliserede medier er baseret på en bestemt kode, som udgør en fælles optik for iagttagelse og kommunikation inden for et socialt system (Qvortrup, 1998: 178). I sygdomsbehandlingssystemet er det symbolsk generaliserede medie *sygdom*, og koden for kommunikation er distinktionen *syg/rask*. Kommunikationen inden for et sygehus retter sig altså hovedsageligt imod at fastslå, om patienten er *syg* eller *rask*.

Iagttagelse er også et centralt begreb i systemteorien. *Iagttagelse* er den operation samtidigt at skelne og betegne, og iagttagelsen afhænger af den distinktion, der anvendes. Et eksempel på en iagttagelse er distinktionen mellem "EPJ" (det betegnede) og "ikke-EPJ" (skelnen). Det er som regel den betegnede side, der nævnes eksplicit og på den måde er mere synlig end den skelnen, der ligger til grund (Schuldt, 2006: 58). Når det er tilfældet, for eksempel hvis der i et interview kommunikerer om "at se det hele menneske", må jeg i min analyse udfylde den anden side af distinktionen, som kan være "reduktionisme", så distinktionen bliver "helhedssyn/reduktionisme".

I et systemteoretisk perspektiv kan EPJ beskrives som en *informationsteknologi*, dvs. et medie, som vi anvender til at iagttage vores verden igennem og til at kommunikere med (Qvortrup, 1998: 195).

Cosmic EPJ fungerer som en fælles referenceramme for de sociale systemer tilknyttet OUH. De forskellige sociale systemer forholder sig alle til EPJ'en, men indholdet af EPJ'en tillægges forskellig betydning afhængig af hvilket socialt system, der iagttager den.

Jeg har bygget min analyse af indførelsen af EPJ op omkring den grundlæggende antagelse, at patientjournalen (og andre dokumentationsredskaber, som anvendes på en sygehusafdeling) danner en repræsentation af patienten. Når patientjournalen gøres tværfaglig, skal den imødekomme forskellige faggruppers patientbilleder, og derfor vil indførelsen af en tværfaglig elektronisk patientjournal sætte en proces i gang, hvor forhandlinger omkring patientrepræsentation vil finde sted.

I hverdagen finder forhandlinger sted, fordi der inden for organisationen findes sociale systemer, der opererer ud fra andre koder eller indholdsudfylder koder på andre måder. Disse forhandlinger er ikke ret synlige i hverdagen og har heller ikke en fremtrædende plads i mine observationsnotater. Men disse hverdagsforhandlinger kan italesættes under interviews.

En central brik i Luhmanns teoretiske puslespil er begrebet *kompleksitet*. Ifølge Luhmann er en sammenhængende mængde af elementer kompleks, når hvert

element pga. begrænsninger til tilslutningskapaciteten ikke til enhver tid kan sammenknyttes med ethvert andet (Luhmann, 2000: 61). Det er således nødvendigt at foretage en selektion, da et system altid har flere tilkoblingsmuligheder, end det er muligt at foretage. Omverdenen er nemlig altid mere kompleks end systemet (Luhmann, 2000: 225).

Kompleksitet reduceres ved at udelukke en lang række potentielle tilkoblingsmuligheder (Qvortrup, 1998: 161). På samfundsniveau bliver kompleksitetsproblemet løst ved hjælp af den funktionelle uddifferentiering i systemet og subsystemer. Også organisationer gør kompleksitet håndterbar ved at udelukke mulige tilkoblingsmuligheder. Men for at reducere kompleksitet må organisationen også være kompleks, idet kun kompleksitet kan reducere kompleksitet.

3.2 Et kommunikativt perspektiv på organisatorisk forandring

For tiden er der en udbredt tendens til at betragte såvel organisationer som andre samfundsmæssige fænomener som kommunikation. Niklas Luhmanns systemteoretiske organisationsteori er således én blandt mange forskellige organisationsteoretiske tilgange, der anskuer organisation som kommunikation; denne praksis forekommer også under betegnelser som diskursteori, narrativ teori, netværksteori, dekonstruktion og teorier om sensemaking (Højlund & Knudsen, 2003: 9).

Til forskel fra de fleste andre teorier om organisationer er Luhmanns organisationsteori en del af en større teori om samfundet, idet Luhmanns organisationsteori er en del hans systemteoretiske teoridannelse om det hyperkomplekse samfund (Højlund & Knudsen, 2003: 10).

Luhmann definerer således organisationer som "autopoietiske systemer, der producerer beslutninger gennem et selvskabt netværk af beslutninger" (Luhmann, 2003: 52). Som det fremgår af denne definition, bygger Luhmanns organisationsteori på en række af de grundbegreber, han udviklede i det teoretiske hovedværk *Sociale Systemer*.

I Luhmanns perspektiv er beslutninger organisationens drivkraft, dvs. organisationer er beslutningskommunikationer. Ligesom det forholder sig med

kommunikation, er det altså i Luhmanns optik beslutninger, der beslutter. Det er ikke medlemmerne af organisationen, der beslutter noget, men systemet, der beslutter. Organisationssystemet eksisterer således ikke forud for dets beslutninger, men skabes hvert øjeblik gennem dets beslutninger (Frankel, 2003: 64).

I artiklen "Beslutningens Paradoks" beskriver Luhmann, hvordan beslutninger, som jo er organisationens drivkraft, indebærer paradokser, som organisationen skal håndtere. Enhver kommunikation af en beslutning udgør en kompleksitetsreduktion, men samtidig medfører enhver beslutning behovet for nye beslutninger, idet beslutningsgrundlaget konstant ændrer sig, hvilket åbner for fornyet kontingens og usikkerhed (Luhmann, 2003: 44, 47). I det hyperkomplekse samfund er grundlaget, hvorpå der træffes beslutninger, kontingent, uoverskueligt og komplekst – hvilket også i høj grad gør sig gældende i sundhedsvæsenet (Knudsen, 2003: 144). EPJ, og den deraf følgende øgede adgang til viden, vil således også fungere såvel kompleksitetsreducerende som kompleksitetsforøgende for det sundhedsfaglige personale.

Mit ærinde i dette ph.d.-projekt vil ikke være at beskrive organisationen OUH, som et objektivt eksisterende fænomen.

Organisationen vil kunne beskrives gennem mange forskellige diskurser²² eller optikker, og formålet med undersøgelsen vil snarere være at analysere, hvordan organisationsforandringerne forbundet med indførelsen af EPJ italesættes af de forskellige medlemmer af organisationen. Det interessante vil være, hvordan disse diskurser sætter grænser for, hvordan man meningsfuldt kan tale om forandringerne. En organisation kan således forstås som et fænomen, der hele tiden er i proces, det vil sige formes, forhandles og omskabes.

Inden for systemteorien er det muligt at foretage forskellige perspektivskift. Det vil således være muligt at konstruere en afdeling på OUH som såvel en organisation som et interaktionssystem. Ligeledes kan en organisation –

²² En diskurs er en bestemt måde at tale om og forstå verden (eller et udsnit af verden) på (Jørgensen & Phillips, 1999: 9).

afhængigt af iagttagelsespunktet – iagttages som ét system eller som bestående af flere systemer.

En organisation som OUH kan således anskues som værende internt differentieret i flere subsystemer, der varetager forskellige funktioner og kommunikerer med udgangspunkt i forskellige koder. Da systemerne er autopoietiske er det usandsynligt, at de forstår hinanden – men de er afhængige af hinanden.

Hvordan man vælger at konstruere et fænomen, afhænger af frugtbarheden ved at iagttage fænomenet via netop denne distinktion og ikke via nogle andre.

Organisationer består af kommunikation, og kommunikation er en kompleksitetsreducerende proces, hvor blandt andet brugen af koder er med til at opbygge kommunikationen. *Koder* er binære forskelle, systemerne kan iagttage med. Koderne har en positiv og en negativ side, hvor den positive værdi er den, der kan sætte noget i gang i systemet (Andersen, 1996: 24). Økonomi, politik, etik og andre sociale kategorier kan anskues som *koder* for kommunikation (Qvortrup, 1998: 28).

I det moderne samfund er funktionssystemer med til at håndtere kompleksitet, idet de fungerer som en slags filtre for kommunikation ved hjælp af deres binære koder (Schuldt, 2006: 30-31). *Funktionelt uddifferentierede subsystemer* er sociale systemer, der er baseret på den særlige funktion, de udfylder i samfundet (Qvortrup, 1998: 175). Til hvert af de funktionelt uddifferentierede socialsystemer knytter der sig et symbolsk generaliseret medium, som er baseret på en binær kode. Et klassisk eksempel på et funktionelt uddifferentieret socialsystem er socialsystemet *politik*. Det symbolsk generaliserede medium *magt* med den tilhørende kode +/- magt danner udgangspunkt for kommunikationen inden for dette system (for en oversigt over flere klassiske funktionssystemer se Qvortrup, 1998: 176-177).

Organisationssystemerne har ikke deres eget symbolsk generaliserende medie eller deres egen binære kode. Derfor er organisationssystemer altid koblet til mindst et funktionssystem ved at lukrere på dettes symbolsk generaliserende

medie, og der vil være en flerhed af koder til rådighed (Andersen & Born, 2003: 183).

Andersen & Born (2003) skelner mellem *heterofone* organisationer og *homofone* organisationer. De heterofone organisationer, er koblet til flere funktionssystemer og har således ikke nogen primær kode for kommunikation. Homofone organisationer er kun tilkoblet ét funktionssystem med en tilhørende kode (Andersen & Born, 2003: 183).

Hvorvidt OUH kan siges at være en homofon eller en heterofon organisation, vil jeg diskutere i afhandlingens analysedel.

I et systemteoretisk perspektiv er læring således også et kommunikativt fænomen, som finder sted i sociale systemer.

På det individuelle niveau er læring en aktivitet i det psykiske system. Denne aktivitet kan ikke iagttages direkte, da bevidstheden ikke kan iagttages af andre bevidstheder. Under implementeringen af EPJ finder denne form for individuel læring også sted, men den kan ikke iagttages direkte, og sundhedspersonalet vil sandsynligvis have svært ved at sætte ord på denne proces.

Når fokus er på organisatorisk læring, består læringen i, at det organisatoriske system lærer at iagttage sig selv og omverdenen på nye måder. EPJ-systemet Cosmic kan beskrives som et kommunikationsmedie, som giver sundhedspersonalet på OUH mulighed for at iagttage, hvordan andre grupper af sundhedspersonale iagttager patienten, samt for selviagttagelse. Eksempelvis bliver det tydeligere, at forskellige grupper af sundhedspersonale kommunikerer om patienten ud fra forskellige perspektiver. Ligesom måder at dokumentere på og rutiner, som før var selvfølgelige, bliver gjort til genstand for refleksion.

Denne form for organisatorisk læring kan under feltarbejdet som forsker iagttages i kommunikationen på sygehusafdelingerne om den tidligere og nuværende kommunikation blandt sundhedspersonalet.

3.3 Sundhedssystemet - om sygdom og håndtering af kompleksitet

Fra systemteorien har jeg hentet den teoretiske antagelse, at forskellige sociale systemer iagttager patienten forskelligt, dvs. der kommunikeres om patienten via forskellige koder.

Ifølge Luhmann opererer det medicinske system ud fra koden *syg/rask*. Med "syg" som positiv-værdien, som systemet reagerer ud fra. Dvs. er en person *syg* sættes kommunikation i gang i sygdomsbehandlingssystemet. Kategoriseres den potentielle patient i stedet som *rask*, tilregnes personen fremover systemets omverden.

Hos Luhmann finder man ikke en omfattende beskrivelse og analyse af sundhedssystemet som socialt system, som han har gjort det med andre klassiske sociale systemer, for eksempel retssystemet. Det er lægerne og sygdomsbehandlingssystemet, Luhmann primært har haft for øje i sin teoriudvikling om sundhedssystemet (Luhmann, 1993b).

Når jeg beskriver patientjournalen som et kommunikationsmedie, hvori der skabes repræsentationer af patienten eller patientbilleder, så understreger jeg samtidig, at patientjournalen *ikke* fungerer som et spejl på begivenheder i et patientforløb. "Patienten" er en størrelse, der kommer til syne i kommunikationen på en sygehusafdeling og igennem forskellige teknologier som for eksempel patientjournalen. Både sundhedspersonalet og den indlagte selv er med til at konstruere patienten i deres iagttagelse. Luhmann ville sige, at patienten er en generaliseret persontilskrivning, der gør kommunikationen om og behandlingen af sygdom håndterlig.

I journalen transformeres patientens problem til et problem, der kan håndteres, og journalen giver således et reduceret billede af virkeligheden, ligesom journalen langt fra afspejler kompleksiteten i det medicinske arbejde. Hvis journalen skal kunne fungere som et arbejdsredskab, kan *alt* ikke medtages, hvilket sundhedspersonalet også flere gange pointerede under observationer og interviews.

Inspireret af forskellige videreudviklinger af Luhmanns teori om sociale systemer (Bauch, 2006; Paulsen, 2006; Qvortrup, 1998: 176-177), samt analysearbejdet med min egen empiri, har jeg opstillet et skema over sundhedssystemet og dets subsystemer (side 86-87).

Skemaet illustrerer, at distinktionen *syg/rask*, som Luhmann udpegede som den overordnede kode for iagttagelse inden for sundhedssystemet – Luhmann

skelner ikke mellem det medicinske system og sundhedssystemet – ikke er den eneste distinktion, der anvendes i iagttagelsen af patienten.

Yderligere kan koden syg/rask indholdsudfyldes forskelligt af forskellige subsystemer. For i dag findes der ikke én privilegeret diskurs om sygdom eller om patienten inden for sundhedsvæsenet. Ligesom det officielle sundhedsvæsen i stigende grad bliver mødt med alternative diskurser om sygdom og sundhed fra omverdenen.

I analysedelens første kapitel vil jeg komme nærmere ind på, hvordan arbejdet med empirien har haft indflydelse på opbygningen af dette skema.

Opsummering

For at summere op, så anlægger jeg altså som udgangspunkt, med valget af systemteorien, et kommunikativt perspektiv på indførslen af EPJ, hvor Cosmic analyseres som et kommunikationsmedie for sundhedspersonalet på OUH.

Hovedpointen er, at organisationer som OUH består af kommunikation, og derfor består den organisatoriske forandring forbundet med indførelsen af EPJ i en ny eller forandret kommunikation.

Det systemteoretiske perspektiv har tre klare fordele. For det første anlægges et meget konsekvent konstruktivistisk blik på forskningsgenstanden og den videnskabelige forskning. For det andet muliggør teorien en betydelig analytisk fleksibilitet, idet forskningsgenstanden kan iagttages ud fra forskellige perspektiver (et organisationsperspektiv eller et samfundsperspektiv eksempelvis) eller systemreferencer. Det betyder, at perspektivskift kan foretages inden for teoriens rammer. Endelig er det en universel sociologisk teori, og derfor kan systemteorien levere en samlet forståelsesramme (Nielsen & Vallentin, 2003: 162, 170, 175). Før afhandlingens konklusion vil jeg vende tilbage til spørgsmålet om det systemteoretiske perspektivs anvendelighed i forhold til belysningen af denne undersøgelses genstandsfelt.

▪ 4. Analysestrategi

Dette kapitel omhandler den analysestrategi, som danner baggrund for afhandlingen. Efter den indledende beskrivelse af *hvad* det er for nogle problematikker, jeg beskæftiger mig med i denne afhandling, vil jeg nu redegøre for, *hvorfra* jeg kigger, når jeg iagttager disse problematikker, og *hvordan* jeg griber problematikkerne an. Med andre ord vil jeg beskrive min iagttagelsesposition og mit iagttagelsesprogram nærmere (Rennison, 2003: 1-15).

Kravene til analysestrategien har været, at den for det første er velegnet i forhold til en undersøgelse af, hvordan sundhedspersonalet kommunikerer om de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af EPJ på OUH. For det andet skal den være relevant og anvendelig i forhold til fokusområderne i projektet, dvs. kommunikation, organisation og læring. Et tredje krav er, at analysestrategien er epistemologisk og analyseteknisk velbegrunderet.

Andersen (1999) beskriver en analysestrategi, som en anden ordens iagttagers strategi for iagttagelse af, hvordan det sociale emergerer i iagttagelser (Andersen, 1999: 151). Det at udforme en analysestrategi handler om at gøre analysen følsom over for det, der søges indfanget i undersøgelsen. I min afhandling drejer det sig om at konstruere en analysestrategi, der kan anvendes til at iagttage kommunikationen om de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af EPJ på OUH.

Ifølge Andersen består udformning af en analysestrategi af fire valg (Andersen, 1999: 152-155). Første valg er valget af ledeforskel. En ledeforskel er den forskel, der sætter rammen for anden ordens iagttagelsen i en systemteoretisk analyse. Et eksempel på en ledeforskel er ledeforskellen system/omverden. Andet valg vedrører konditioneringen af ledeforskellen. Her fastsættes eksempelvis kriterierne for, hvornår et system er et system. Valg af iagttagelsespunkt udgør det tredje valg, og her specificeres systemreferencen, altså hvorvidt det er kommunikationen som et interaktionssystem, et organisationssystem eller et samfundssystem, der iagttages. Fjerde valg består i valg af en evt. kombinatorik af analysestrategier.

Ved som Andersen at tale om *analysestrategi* frem for *metode*, skifter fokus fra ontologi (læren om det værende) til epistemologi (spørgsmålet om hvordan virkeligheden erkendes). Spørgsmålet om videnskabelighed i forskningen gribes dermed fundamentalt anderledes an. I stedet for at spørgsmålet om videnskabelighed gøres til et spørgsmål om overholdelsen af metoderegler, bliver to problematikker centrale for spørgsmålet om videnskabelighed: For det første det epistemologiske spørgsmål og for det andet det autologiske²³ spørgsmål. Det epistemologiske spørgsmål er spørgsmålet om, hvordan viden om virkeligheden konstrueres. Det autologiske spørgsmål drejer sig om, hvilken betydning det har, at forskeren er indlejret i det, han observerer. Det er disse to spørgsmål, jeg vil komme nærmere ind på i redegørelsen for min videnskabelige positionering.

Det traditionelle metodeafsnit er i denne afhandling skiftet ud med en redegørelse for mine *analysestrategiske* refleksioner samt de *analysetekniske* valg, jeg har foretaget (Rennison, 2003: 33). De analysestrategiske refleksioner vedrører de fire valg, Andersen har beskrevet. Mens de analysetekniske refleksioner blandt andet omhandler de beslutninger, der er truffet vedrørende afgrænsningen af empirien. Nærmere bestemt hvordan empirien genereres, hvilke kriterier der har været for udvælgelse af cases og deltagere, samt hvordan empirien er blevet afgrænset i tid og rum. Derudover omhandler de analysetekniske refleksioner overvejelser omkring hvilken position, fænomenerne iagttages fra, hvordan analysen konstrueres samt hvilken status og udsigelseskraft, empirien har (Rennison, 2003: 34-44, 196-203).

Kapitlet er inddelt i tre hoveddele. I første del vil afhandlingens videnskabsteoretiske grundlag blive præsenteret med udgangspunkt i Niklas Luhmanns operative konstruktivisme. Anden del berører en række analysetekniske overvejelser. Her vil det antropologiske greb blive beskrevet, og begrebet feltarbejde blive introduceret som en overordnet ramme omkring observationer, interviews og fokusgruppeinterviews. I tredje og sidste del af dette kapitel vil bearbejdningen af empirien blive behandlet. Fokus i denne del vil

²³ Begrebet autologi anvendes af Luhmann til at beskrive det erkendelsesvilkår, at den, der erkender, selv er den del af det, der erkendes.

være på, hvordan iagttagelserne iagttages. De fire grundlæggende valg vedrørende analysestrategien (ledeforskelle, konditionering, systemreference og kombinatorik) vil blive beskrevet nærmere i denne sidste del af kapitlet.

4.1 Den operative konstruktivisme – afhandlingens videnskabsteoretiske grundlag

Mit videnskabssyn udspringer af det konstruktivistiske paradigme, som er én af de teoretiske tilgange, der i det tyvende århundrede har taget et opgør med det traditionelle positivistiske syn på videnskabelighed.

Inden for det konstruktivistiske paradigme findes en række forskellige former for konstruktivisme, som ser forskelligt på, *hvad* der konstrueres (om det er virkeligheden eller vores viden om den), *hvor meget* konstrueres, *hvem* der konstruerer (om det er en individuel eller kollektiv konstruktion), og *hvilke* konsekvenser konstruktionerne af et fænomen har (Jacobsen, 2001: 119-121).

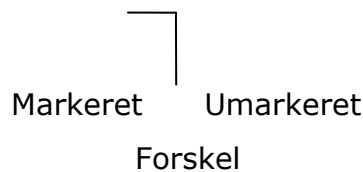
I min afhandling har jeg valgt at tage udgangspunkt i Niklas Luhmanns operative konstruktivisme. I Luhmanns operative konstruktivisme tages der ikke udgangspunkt i en ontologisk forudsætning som for eksempel en iagttagelse. I stedet er udgangspunktet, at der findes systemer, og at disse systemer består af operationer (Qvortrup, 2006: 12). At operere vil sige at markere en forskel, dvs. foretage et valg eller en iagttagelse, hvor noget gøres aktuelt, og noget andet står tilbage som muligt (Rasmussen, 1998: 128).

Der er altså ikke tale om en socialkonstruktivisme, der henviser til subjektets virkelighedskonstruktioner, men om en operativ (subjektløs) konstruktivisme, der henviser til, hvordan verden konstrueres i iagttagelser ved hjælp af bestemte forskelle (Vallentin, 2005: 205).

Det er også en epistemologisk frem for en ontologisk konstruktivisme, dvs. fokus er på, hvordan *viden om* virkeligheden konstrueres. Inden for den operative konstruktivisme er det altså ikke virkeligheden, der betragtes som en konstruktion. Men selv om virkeligheden findes, er det ikke sikkert, at det er let at aflæse sandheden om den. Det er det, der gøres opmærksom på med den operative konstruktivisme.

Luhmanns svar, på hvordan viden om virkeligheden konstrueres, er altså, at viden om virkeligheden konstrueres i iagttagelsen. Inspireret af G. Spencer-Brown definerer Luhmann iagttagelse som det at indikere eller markere noget indenfor rammerne af en forskel (Andersen, 1999: 109).

En forskel er en enhed af en markeret og en umarkeret side – og forskellen markeres af Spencer-Brown med dette tegn:



Enhver iagttagelse har en blind plet, der betyder, at iagttagelsen ikke kan se, at den ikke kan se, hvad den ikke kan se. Dermed kan den heller ikke se den forskel, der iagttages inden for. Kun via en iagttagelse af anden orden kan første ordens iagttagelsens blinde plet og de distinktioner, der anvendes i iagttagelsen, træde frem (Andersen, 1999: 111).

En væsentlig pointe i Luhmanns systemteori er, at fænomener tillægges betydning og mening gennem iagttagelser, der er kontingente, dvs. de kunne have været anderledes (Luhmann, 2000: 146). Betydningen af et fænomen afhænger altså af, hvilket kommunikationssystem fænomenet iagttages af, og betydningstilskrivningen kan ligeledes ændres over tid.

Med systemteorien som udgangspunkt er genstanden for min iagttagelse andres kommunikation. Min iagttagelse er således ikke direkte rettet mod den genstand, iagttageren iagttager – i mit tilfælde konsekvenserne af indførelsen af EPJ – men mod, hvordan der kommunikerer om disse organisatoriske forandringsprocesser. Indirekte vil det også være muligt at iagttage, hvordan iagttageren iagttager (Rennison, 2003: 7). Eksempelvis at iagttage, hvilke forskelle lægen iagttager EPJ eller patienten igennem.

Iagttagelser af iagttagelser kræver et anden ordens perspektiv. Men også denne anden ordens iagttagelse vil have en blind plet, som kun kan iagttages via en iagttagelse af en højere orden.

Erkendelsen af at det ikke er muligt at betragte verden eller fænomener i verden udefra, er central i Luhmanns operative konstruktivisme, såvel som i en række andre konstruktivistiske tilgange. Der findes ikke en universel gyldig iagttagelsesposition. Ifølge den konstruktivistiske tilgang forholder det sig sådan, at selv i de mest videnskabeligt kontrollerede forsøg er det, videnskabsmanden får at se, præget af hans eller hendes antagelser (Rasmussen, 1998: 120; Nygaard, 2005: 25-29). Den autologiske implikation ved iagttagelsen af anden orden er, at det, teorien erklærer om iagttagelse, også gælder for teorien selv (Andersen, 1999: 115).

Derfor er en dobbelt iagttagelse nødvendig: forskeren må i sine metodiske overvejelser dels reflektere over iagttagelsen af objektet (hvad der iagttages) og dels reflektere over sin egen iagttagelsesposition (hvordan der iagttages). På den måde skærpes kravene til den videnskabelige iagttagelse. Det er konstruktivismens styrke: at den stiller os over for kravet om at forholde os kritisk – også til hvordan vi selv har skabt vores viden – og om at gøre eksplicit både for os selv og for andre, hvilken analysestrategi vi har benyttet os af i vores forskning (Nexø & Koch, 2003: 89).

Andersen (1999) har påpeget, at brugen af begrebet *metode* er forbundet med en ontologisk orienteret videnskabsteori, hvor metoderegler skal sikre sand viden om det analyserede fænomen. Det fører ifølge Andersen til en lukkethed i analysen, idet genstanden på forhånd sættes fast, og dermed producerer en ontologisk orienteret videnskabsteori en genstandens selvfølgelighed. Der spørges kun til *hvad*, ikke til *hvordan* (Andersen, 1999: 11-13).

Med den operative konstruktivisme understreges det, at der ikke findes en universel gyldig iagttagelsesposition. Dermed giver ideen om, at overholdelse af stringente metoderegler vil validere en første ordens observation af, hvordan virkeligheden er, ingen mening.

Videnskabeligheden består i stedet i redegørelsen for analysestrategien, dvs. strategien for hvordan man vil konstruere andres iagttagelser som objekt for egne iagttagelser med henblik på at beskrive, hvorfra de selv beskriver. Hermed understreges det, at det er perspektivet, der konstruerer både iagttageren og det iagttagede, og på den måde bringes analysen op på anden ordens observationer af, hvorfra vi kigger, når vi iagttager et fænomen (Andersen, 1999: 12-15).

Hvordan der iagttages afhænger af den forskel, der iagttages med. Det betyder også, at vores forskningsresultater ikke uden videre²⁴ kan genskabes af andre, sådan som det er et krav inden for positivismen. Men der kan stadig stilles en række krav til videnskabelig forskning:

- Som tidligere nævnt skal der redegøres for valg af ledeforskel, konditioneringen af den valgte ledeforskel samt for valget af iagttagelsespunkt (Andersen, 1999: 116).
- Spørgsmålet om teoriens rigtighed bliver omdannet til et spørgsmål om dens anvendelighed: Virker anvendelsen af teorien meningsfuld og giver den nye indsigter?
- Derudover kan der stilles et krav om transparens. Dvs. at forskeren skal præcisere, hvordan analysen gennemføres, så det er muligt at forholde sig til de resultater, der kommer frem til i analysen. Man bør både gøre det tydeligt hvilke principielle overvejelser, der ligger bag empirigenereringen samt analysen af empirien, samt hvilke pragmatiske forhold, der gjorde sig gældende (Frankel, 2005: 177). En del af videnskabeligheden ligger altså i beskrivelsen af den valgte analysestrategi.
- Yderligere kan der stilles krav om konsistens – altså at anvendelsen af de teoretiske begreber er i overensstemmelse med hinanden (Frankel, 2005: 177).
- Desuden kan man som forsker opnå afstand til det udforskede på flere måder:

²⁴ Hvis der iagttages gennem samme forskel, vil et lignende resultat sandsynligvis fremkomme. Men andre iagttagelsesforskelle vil kunne anlægges med et ligeledes frugtbart resultat. Inden for det konstruktivistiske paradigme deler man ikke positivismens universelle antagelse om hvilke forskelle, der bør anlægges.

- Det kan gøre teoretisk ved at tage et kontra-intuitivt afsæt – ved at anvende begreber, som bryder med gængse forventninger og selvfølgeligheder. Luhmann leverer sådan et kontra-intuitivt begrebsapparat (Frankel, 2005: 178).
- Desuden kan det gøres ved hele tiden at træde et skridt tilbage og iagttage sine egne iagttagelser, dvs. ved at søge efter og sammenligne hensigtsmæssige iagttagelsespositioner. Hermed iagttager man sine tidligere antagelser reflektivt, dvs. foretager en iagttagelse af anden orden (Manstrup, 2002: side 27).

Målet med teorier udarbejdet af videnskabsfolk er ifølge Luhmann at frembringe et system af begreber for derigennem at skabe en selvbegrænsende kontekst, i hvilket enhver ny begrebsbestemmelse begrænser muligheden for yderligere begrebsbestemmelser (Luhmann, 2000: 33). Ved at opbygge et sådant begrebssystem reduceres kompleksitet, og det bliver muligt at foretage sammenligninger med andre begrebssystemer. Dermed bliver det også mulig at iagttage såvel andres iagttagelsespositioner som vores egen iagttagelsesposition, dvs. foretage anden ordens iagttagelser (Qvortrup, 2006, 23).

Ved at anvende betegnelsen analysestrategi frem for metode om dette afsnits indhold understreges det, at også videnskabelige fremgangsmåder handler om valg, som kunne være foretaget anderledes. Vi producerer forskellige former for viden afhængigt af iagttagelsespunktet. Det er det samme, der gør sig gældende, når en læge skal danne sig et indtryk af patientens tilstand – også dette indtryk afhænger af iagttagelsespositionen, og læger fra forskellige specialer vil givetvis lægge vægt på forskellige iagttagelser i deres vurdering af patienten. Den positivistiske tilgang er også en analysestrategi blandt andre og har selvfølgelig sin berettigelse i forhold til eksempelvis naturvidenskabelig forskning eller medicinske forsøg. En konstruktivistisk og systemteoretisk analysestrategi er relevant i forhold til denne afhandlings problemstillinger, men også andre analysestrategier vil kunne være anvendelige og produktive.

4.2 Det antropologiske greb og analysetekniske refleksioner

At generere data via et feltarbejde er inspireret af den antropologiske tilgang, så i det følgende vil jeg redegøre for, hvad det antropologiske greb indebærer.

Omdrejningspunktet for antropologien er undersøgelser af andre verdener og fremmede kulturer via feltarbejde (Hastrup, 1992: 66). Der kan sondres mellem forskellige former for feltarbejde. Fangen (2004) skelner mellem *antropologisk feltarbejde*, som foregår i fremmede lande - ofte såkaldt tredje verdens lande - og *sociologisk feltarbejde*, som foregår i forskerens eget land. Sociologisk feltarbejde er ofte blevet kaldt feltarbejde "i egen kultur". Denne betegnelse kan dog være misvisende, da man som forsker ofte går ind i en verden, som opleves som fremmed, selv om deltagerne i undersøgelsen bor i samme land som en selv. Således møder man andre kulturelle koder samt anvendelse af ord og begreber, man ikke kender betydningen af. Oplevelsen af anderledeshed og af at møde en ny kultur er altså også til stede under et sociologisk feltarbejde som dette (Fangen, 2004: 25, Hansen, 1990: 40-41).

Selvom dette studie har karakter af et sociologisk feltarbejde, ser jeg således mange fællestræk med det antropologiske feltarbejde, og det kan være nyttigt at trække på den teoriudvikling, der har fundet sted inden for den antropologiske videnskab.

Feltarbejdet dannede ramme om forskellige strategier til produktion af data. Empirien blev således genereret via deltagerobservationer, semistrukturerede individuelle interviews og fokusgruppeinterviews. Desuden vil forskellige typer dokumenter indgå i empirien. Ideen med at anvende disse forskellige måder at producere empiri er at opnå forskellige typer data, som kan bidrage til at belyse forskellige aspekter af problemstillingen.

4.2.1 Feltarbejdet på Odense Universitetshospital

Undersøgelsen er baseret på et i alt ca. 10 måneder langt feltarbejde på tre afdelinger på OUH, hvor jeg iagttog kommunikationen om EPJ og patienterne.

Afdeling F fulgte jeg fra medio september 2005 til udgangen af november 2005. På afdeling G foretog jeg observationer og interviews fra begyndelsen af december 2005 til og med februar 2006. I foråret 2006 - et halvt år efter introduktionen af Cosmic til afdeling F og G - foretog jeg et fokusgruppeinterview

med informanterne fra disse to afdelinger for at følge op på, om deres kommunikation om EPJ havde ændret sig over den tid. På grund af en konsolideringspause i EPJ-projektet på OUH kunne feltstudierne på den tredje afdeling, afdeling D, først finde sted fra november 2006, hvor udrulningen fortsatte. Jeg påbegyndte mine observationer her i begyndelsen af januar 2007, og mit sidste interview på afdeling D fandt sted i slutningen af april 2007.

Formålet med feltarbejdet var at relatere EPJ i forhold til den kontekst, personalet agerer i, og EPJ udfoldes i. Der var vigtigt for mig at få en fornemmelse for sundhedspersonalet øvrige arbejde, og hvor meget EPJ fylder i de forskellige professioners arbejdsdag.

4.2.2 Deltagende observation

Ved deltagende observation produceres data ved at deltage i forskningsobjekternes daglige liv. Forskeren kommunikerer med en eller flere af deltagerne og iagttager, hvilke sociale interaktioner aktørerne indgår i, samt hvordan de opfører sig i disse situationer (Fangen, 2004: 28).

I denne undersøgelse er deltagerobservationerne forgået på den måde, at jeg fulgte en sundhedsperson på en arbejdsdag eller en del af en arbejdsdag. Det vil sige, at jeg observerede, hvordan de benyttede sig af EPJ og andre dokumentationsredskaber i løbet af arbejdsdagen, ligesom jeg observerede ambulante konsultationer med patienter, operationer, stuegange, og hvad sundhedspersonalet ellers foretog sig på en vagt. Undervejs samt efter vagten førte jeg feltdagbog for at dokumentere mine iagttagelser.

Deltagende observation er således en type forskning, der er kendetegnet ved en forholdsvis intens social interaktion mellem forskeren og de subjekter, han eller hun studerer (Kristiansen & Krogstrup, 1999: 7). At udføre deltagende observation betyder dog ikke, at man skal udføre de samme aktiviteter, som de udforskede. Det betyder snarere, at forskeren deltager i alment socialt samspil med forskningsobjekterne (Fangen, 2004: 330).

Jeg oplevede, at jeg fik lov til at komme forholdsvis tæt på personalet. De var ivrige for at vise mig, hvad deres arbejde går ud på, og jeg behøvede ikke presse på for at få dem til løbende at fortælle og reflektere, mens de arbejdede – det var de på forhånd indstillet på. Jeg deltog i frokostpauserne og den snak, der

forgik der, og faktisk oplevede jeg af og til, at personalet indviede mig i nogle af de opfattelser eller oplevelser, de havde, som de ikke delte med (alle) deres kolleger. Men denne oplevelse af at komme tæt på var blandet med oplevelser af, at personalet også havde en bagvedliggende skepsis med hensyn til motiverne for at foretage undersøgelsen. Hvilken blandt andet kom til udtryk i drillende bemærkning om mit "spionarbejde" (Feltdagbog, s. 27).

Der findes forskellige måder at udføre deltagende observation på (Fangen, 2004: 101-117; Launsø & Reiper; 2000: 107). Deltagerobservationerne udført i dette studie har karakter af relativt ustruktureret observation i naturlige omgivelser, hvor observationerne foregår over længere tid, og de udforskede er klar over, at de bliver observeret. Umiddelbart før jeg påbegyndte feltarbejde på en ny afdeling, præsenterede jeg således altid formålet med undersøgelsen for afdelingens personale. Desuden forklarede jeg, hvordan jeg rent praktisk ville gribe feltarbejdet an, samt hvad det krævede af dem at deltage, hvorefter jeg gav personalet mulighed for at stille spørgsmål til projektet²⁵.

Ved at opholde sig i aktørernes eget sociale miljø, opnås der adgang til at vurdere de dynamikker, der udspiller sig i forandringsprocesserne. Deltagende observation giver mulighed for at beskrive, hvad forskningsobjekterne siger og gør i sammenhænge, der ikke er struktureret af forskeren. Førstehåndserfaringerne giver bedre grundlag for forståelse og fortolkning samt mulighed for at bevæge sig ud over forskningsobjekternes perspektiv. Ligeledes kan observationerne danne afsæt for formuleringen af relevante spørgsmål, der kan forfølges under interviews og fokusgruppesessioner (Fangen, 2004: 30-31). Man kan dog aldrig opleve og forstå det, den anden oplever og forstår, på selv samme måde som han eller hun. Deltagerobservationerne har altså stadig karakter af fortolkning af fortolkninger eller iagttagelser af iagttagelser.

4.2.3 Individuelle interviews og fokusgruppeinterview

Deltagerobservationerne blev suppleret med forskellige former for interviews: semi-strukturerede individuelle interviews og et fokusgruppeinterview. Dermed opnås forskellige typer af data, idet observationerne fortrinsvis åbner for

²⁵ Der blev også sat opslag med information om projektet op i personalestuerne, og de interviewede sundhedspersoner fik et informationsbrev (Bilag C).

handlingsdata, mens der produceres diskursive data via interviews (Fangen, 2004: 141). Via interviews er det desuden muligt at have en større grad af kontrol over processen – hvilket selvfølgelig kan anskues som såvel en fordel som en ulempe, alt efter hvad det er, man som forsker er interesseret i at undersøge.

I alt har jeg interviewet 24 sundhedspersoner: 6 læger, 6 lægesekretærer, 6 sygeplejersker, 3 social- og sundhedsassistenter og 3 jordemødre²⁶.

Interviewet er foregået efter jeg har fulgt pågældende på en arbejdsdag eller en del af en arbejdsdag. I begyndelse var det meget vigtig for mig, at der var nogle dage mellem observation og interview, så jeg fik mulighed for at kigge feltdagbogen igennem og tilrette interviewguiden på basis af dette, inden selve interviewet fandt sted. Efterhånden udviklede interviewguiden sig dog til at have en ret fast struktur tilpasset hver enkelt faggruppe. Derfor har jeg mod slutningen af forløbet i enkelte tilfælde foretaget interviews samme dag, som feltarbejdet har fundet sted, hvis det har været informantens ønske.

Hvert interview har en varighed af ca. en 1 time - nogle er lidt længere, andre er væsentligt kortere og varer eksempelvis kun cirka en halv time. Denne forskel opstår, fordi de medvirkende reagerer forskelligt på spørgsmålene i interviewsituationen. Nogle giver lange svar på de fleste spørgsmål, mens andre enten forsøger at svare kort og præcist eller giver udtryk for, at de ikke oplever, at indførelsen af EPJ har betydet de store ændringer i deres dagligdag. Det kan også tænkes, at de simpelthen ikke føler sig så trygge ved interviewsituationen, at de har lyst til at reflektere og dele deres tanker med mig. Endelig er der jo også forskel på personlighederne, og nogle af de interviewede er meget talende og reflekterende, mens andre er mere stille og tilbageholdende med at dele deres tanker.

I arbejdet med analysen har jeg oplevet, at begge typer interviews – henholdsvis hvor de interviewede er meget talende og reflekterende, og hvor interviewpersonen er svær at få i tale – kan bidrage med noget væsentligt i forhold til fortolkningsprocessen. I min optik er et interview interessant, hvis der bare ét sted i interviewet bliver sagt noget interessant – eksempelvis at den

²⁶ For et eksempel på en interviewguide se bilag D.

pågældende bidrager til et perspektiv på indførelsen af EPJ, som ingen andre af de interviewede har italesat.

De erfaringer, jeg gjorde mig under såvel deltagerobservationerne som de individuelle interviews, brugte jeg til at kvalificere de spørgsmål og temaer, jeg bragte op under fokusgruppeinterviewet i foråret 2006 (Bilag E: Invitation til fokusgruppeinterview).

En fokusgruppe er en særlig form for interview, hvor en gruppe mennesker er samlet af en eller flere forskere for at diskutere et bestemt emne (Halkier, 2002: 7). Fokusgrupper har den fordel i forhold til traditionelle interviews, at de giver adgang til en anden type af forhandlinger, idet den interaktion, der foregår mellem fokusgruppedeltagerne rundt omkring forskeren, er mere lig den sociale kontekst, interviewpersonerne til daglig er en del af. Fokusgruppedata giver således adgang til viden om betydningsdannelser i grupper, mønstre i indholdsmæssige betydninger i gruppers beretninger, vurderinger og forhandlinger samt indblik i normer for gruppers praksisser (Halkier, 2002: 12-13).

I hverdagen trækker mennesker på en række mere eller mindre selvfølgelige repertoarer, når de fortolker og forhandler sig gennem dagligdagen. Disse repertoarer for forståelse italesættes sjældent direkte, men via deltagelsen i fokusgrupper kan deltagerne "tvinges" til at være mere eksplicite i deres forhandlinger med hinanden (Halkier, 2002: 12-13). Det vil dog stadig være en anden type af forhandlinger, der finder sted, end når klinikerne interagerer i arbejdsmæssig sammenhæng.

Det var de samme sundhedspersoner fra afdeling F og G, som medvirkede i deltagerobservationerne og de individuelle interviews, der deltog i fokusgruppen (dog havde ikke alle mulighed for at deltage). At det var de samme personer var en fordel, da jeg så på forhånd havde en ide om, hvilke forskellige måder at iagttage forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af EPJ på, der ville være på spil. Så kunne jeg i højere grad fokusere på det, der er det væsentligste udbytte i fokusgruppen, nemlig muligheden for at se, hvordan interaktionen og forhandlingerne mellem deltagerne udspiller sig.

Desuden ser jeg det som en fordel både at kunne iagttage, hvordan der kommunikeres om emnet, når jeg er på tomandshånd med interviewpersonerne, og når de er samlet i en gruppe med forskellige fagprofessionelle systemer repræsenteret.

4.2.4 Anonymisering af deltagere og transskription af interviews

De personer, der medvirker i undersøgelsen²⁷, er i afhandlingen anonymiseret ved, at der bliver refereret til dem for eksempel som *sygeplejerske 1* eller via mere generelle betegnelser som *en læge ansat på afdeling D*. Sygehuset og de medvirkende afdelingerne er dog ikke anonymiserede.

Transskriptionen af interviewene har jeg primært stået for selv. Alle interviewene fra afdeling D – på nær et enkelt – har jeg dog haft en studentermedhjælp til at foretage transskriberingen af, hvorefter jeg selv har gennemlyttet interviewoptagelsen og foretaget eventuelle rettelser i transskriptionen. Årsagen til at interviewene fra afdeling D er udskrevet af en studentermedhjælp er, at feltarbejdet på denne afdeling foregik væsentligt senere end planlagt pga. konsolideringspausen i projektet. For at sikre at jeg hurtigt kunne komme i gang med den samlede analyse og formidlingen til OUH, fik jeg altså studentermedhjælpen til at udskrive interviewene, mens jeg stadig var i gang med feltarbejdet på afdeling D. Studentermedhjælpen modtog instrukser om den transskriptionsstil, jeg anvendte, og foretog indledningsvis en transskription, som jeg havde til gennemsyn og kommenterede, før de øvrige transskriptioner blev gennemført.

Jeg har valgt at optage alle interviews på en mp3-afspiller og senere udskrive interviewet i sin fulde længde. Det vil sige, at jeg så vidt muligt har medtaget "alt", hvad der bliver sagt og ikke eksempelvis kondenseret indholdet. Dog har jeg af og til tilrettet sproget lidt, hvis der for eksempel siges noget sprogligt ukorrekt, for at få en mere sammenhængende og læsevenlig tekst. Trods denne bestræbelse på at medtage så meget som muligt i form af illustrationer af pauser

²⁷ I bilag G er der en oversigt over de deltagende sundhedspersoner.

i det sagte og i angivelse af latter, så er interviewudskriften jo ikke en nøjagtig repræsentation eller kopi af interviewsituationen. Det er umuligt, når man går fra talesprog til skrevne tekster.

Når interviewet bliver til en lydfil og senere transskriberet, forsvinder en del af konteksten for det sagte – alt det visuelle som ansigtsudtryk og kropstilling får man ikke med – ligesom enhver transskription er en fortolkning i sig selv (Kvale, 1997: 13). Den, der udskriver interviewet, må afgøre, hvordan det sagte skal omformes til tekst, og der er mange af de valg, som foretages undervejs, der kunne være anderledes uden at være forkerte. Her tænker jeg blandt andet på, hvordan tegnsætningen er foretaget, da det kan give forskellige læseoplevelser og indtryk af det sagte, hvis en pause for eksempel bliver lagt et andet sted i samtalen.

Jeg har valgt en transskriptionsstil, hvor det sagte så vidt muligt gengives ordret, og der medtages udtryk som "øh...", "ikke også?" eller "hm". Pauser er også angivet – men ikke med angivelse af pausens længde i tid, da der ikke er tale om en decideret lingvistisk analyse. Men konteksten for det sagte er vigtig, når der anlægges en systemteoretisk eller socialkonstruktivistisk vinkel på interviewet, så derfor er der valgt en forholdsvis detaljeret transskriptionsstil.

4.2.5 Forskellige vilkår for udvælgelse af deltagere samt gennemførelse af feltarbejde og interviews

Udvælgelsen af deltagere til undersøgelsen forgik lidt forskelligt på de enkelte afdelinger, ligesom deltagerobservationer og interviews har fundet sted under forskellige vilkår.

På afdeling F var min kontaktperson, som jeg aftalte vilkårene for feltarbejdet med, en yngre kvindelig læge, som fungerede som ressourceperson²⁸ og var ansvarlig for implementeringen af Cosmic på afdeling F. På vores indledende møde fortalte jeg, at jeg gerne ville inddrage følgende personalegrupper: læger (2), sygeplejersker (2), social- og sundhedsassistenter

²⁸ I implementeringsprocessen stod de såkaldte ressourcepersoner i spidsen for sidemandsoplæringen. Ressourcepersonerne havde deltaget i workshoparbejde forud for implementeringen og havde modtaget en udvidet oplæring i anvendelsen af Cosmic (syv dage mod det øvrige personales ene dag).

(1) og lægesekretærer (2). Yderligere ville jeg gerne have udvalgt deltagerne således, at såvel ressourcepersoner som ikke-ressourcepersoner var repræsenteret indenfor hver faggruppe. Min kontaktperson mente, det var bedst, at hun kontaktede mulige deltagere, da afdelingen allerede deltog i en anden undersøgelse af EPJ, og hun så helst ikke, at jeg skulle interviewe de samme personer. Da jeg påbegyndte mit feltarbejde på afdeling F, havde jeg således en liste over informanter, der allerede havde givet tilsagn om at deltage. Den 14. september 2005 præsenterer jeg mit projekt for afdelingens personale på et morgenmøde, og her fik jeg også en frivillig til et pilotinterview, som jeg gennemførte den efterfølgende dag.

På afdeling G var min kontaktperson den ledende overlæge og dernæst de enkelte afdelingssygeplejersker. På denne afdeling forgik udvælgelsen af deltagerne hovedsageligt ved, at jeg mødte op på en aftalt dag med det formål at følges med for eksempel en læge i forvagt eller en sygeplejerske på en bestemt sengeafdeling, hvorefter jeg fandt en frivillig. Jeg oplevede dog også, at en afdelingssygeplejerske bad mig følge en stuegangsansvarlig sygeplejerske frem for en social- og sundhedsassistent, da sygeplejersken arbejdede mere med EPJ.

På afdeling D havde jeg flere kontaktpersoner, som jeg aftalte vilkårene for feltarbejdet med. Første del af feltarbejdet blev udført på barselsgangen D1, hvor min kontaktperson var afdelingssygeplejersken. Her meldte deltagerne sig selv. Min kontakt til lægerne blev etableret via den EPJ-ansvarlige læge, som gav mig navnene på fire læger med forskellig erfaring og arbejdsområde. På fødegangen, hvor jeg fulgte jordemødrene, var min kontaktperson den ledende jordemoder samt en afdelingsjordemoder, og her fulgte jeg dels den koordinerede jordemoder på en given dag, en jordemoder uden studerende den følgende gang, og så fik jeg desuden navnet på en jordemoder, som de opfordrede mig til at tale med, fordi hun ikke var bange for at italesætte nogle af jordemødrenes frustrationer over EPJ. Både på afdeling G og D forgik kontakten til lægesekretærene via den ledende lægesekretær.

Selvom afdelingsledelserne for de tre afdelinger havde sagt ja til at deltage i undersøgelsen, har jeg altså undervejs måtte forhandle mig frem til vilkårene for undersøgelsen på de enkelte dele af afdelingerne, og derfor er kriterierne for

udvælgelsen af deltagerne blevet præget af førnævnte betingelser. Selvom mine kontaktpersoner i flere tilfælde har udvalgt deltagerne til mig, er det ikke min opfattelse, at det giver problemer i forhold til videnskabeligheden af undersøgelsen. Som jeg ser det, vil informanterne altid have "bias", og det var ikke mit indtryk, at jeg kun blev præsenteret for eksempelvis meget EPJ-positive medarbejdere. Faktisk mener jeg snarere, at det modsatte er tilfældet; jeg har observeret en vis tendens til, at kritiske røster eller personer med knap så stærke it-kundskaber holder sig tilbage fra at melde sig frivilligt som deltagere. Hvorimod kontaktpersonerne også har formidlet kontakt til sådanne.

Når jeg udførte deltagerobservationer på afdeling F og D var jeg iført samme slags kittel, som den person, jeg fulgtes med. Når jeg var i kontakt med patienter under feltarbejdet, præsenterede jeg eller min informant altid mig og formålet med min deltagelse for patienten. Ligesom jeg bar et lille skilt på min trøje med navn og rolle (EPJ ph.d.-studerende), så patienter og ansatte kunne se, hvem jeg var. På afdeling G gik jeg dog i mit eget tøj under feltarbejdet, da min kontaktperson gerne ville undgå, at de geriatriske patienter kunne opfatte mig som en ansat på afdelingen. Om jeg bar kittel eller ej, mener jeg dog ikke har haft nogen særlig indflydelse på undersøgelsen.

De interviews, der er foretaget, har også fundet sted under lidt forskellige vilkår. Interviewene på afdeling F er primært foretaget uden for den pågældende deltagers arbejdstid i et af ambulatorierummene – interviewene med lægesekretærene er dog foretaget på mit kontor på OUH. Flere af interviewene på afdeling G er også foretaget på dette kontor, mens interviews med sygeplejerskerne primært fandt sted i et ledigt lokale på afdelingen i en aftalt pause i deres arbejdsdag. Mens jeg foretog feltarbejdet på afdeling D, havde jeg ikke et kontor til rådighed, så her bookede jeg et mødelokale, interviewede på lægens kontor eller også foregik interviewet i et ledigt lokale på afdelingen for plejepersonalets og jordemødrenes vedkommende.

Konteksten for interviewet kan godt have en vis betydning for interviewet, da der umiddelbart er bedre mulighed for, at interviewpersonen slapper af og koncentrerer sig om interviewet, hvis det foregår uden for afdelingen. Selvom

der blev sørget for, at andet personale tog over, mens sygeplejersken blev interviewet i et ledigt lokale, oplevede vi dog afbrydelser, som ikke forekom, når interviewet foregik på mit kontor. Så jeg har noteret på transskriptionen af hvert interview, hvor og hvornår interviewet foregik.

4.2.6 Ændringer i feltarbejdet undervejs

Oprindeligt var det ideen, at afhandlingens analysedel skulle være opbygget over tre teoretiske optikker – kommunikation, organisation og læring – og at feltarbejdet ligeledes skulle opdeles, så første feltarbejde (afd. F + G) havde fokus på kommunikation og organisation, mens andet feltarbejde (afd. D) havde fokus på læring.

Jeg har i stedet valgt at gennemføre samme type feltstudier og anvendt stort set samme interviewguide på alle tre afdelinger af følgende årsager:

Første feltarbejde blev foretaget i en turbulent opstartsperiode med tekniske og dokumentationsmæssige problemer. Derfor ville det være relevant at anvende samme fremgangsmåde i feltarbejdet på den tredje afdeling for at se, om EPJ her blev iagttaget anderledes.

At have anvendt samme interviewguide osv. på de tre afdelinger gør det også nemmere at se, at EPJ betyder noget forskellige på de forskellige afdelinger. Da afdeling D også er lidt speciel, fordi det her²⁹ er jordemødrene, der dokumenterer mest, var det relevant at anvende samme interviewguide på denne faggruppe.

Selvom jeg i første feltarbejde mente at have udformet en interviewguide med fokus på kommunikation og organisation, kom læringsaspektet i høj grad til skinne igennem i interviews med sundhedspersonalet. En selvstændig interviewguide med fokus på læring var faktisk ikke nødvendig, erfarede jeg. Ligesom jeg også erfarede, at hvis man spørger direkte til deres oplevelser af læring i forbindelse med EPJ, bliver de interviewede ofte "blanke", mens de livligt italesætter deres nye måder at iagttage deres egne og andres praksis, hvis man spørger til, hvordan EPJ påvirker kommunikationen og organisationen.

²⁹ Gælder dog kun for fødegangen.

På afdeling D ændrede jeg også planer for feltarbejdets opbygning undervejs. Jeg havde planlagt at tage udgangspunkt i to stuer med fødende kvinder og på den måde følge forskellige faggruppers arbejde med patienten og EPJ. Det var ikke muligt, da uvedkommende ikke har adgang til en fødestue. Derfor måtte jeg følge sundhedspersonalets arbejde ad andre veje og fulgte blandt andet læger på fødegangsvagt, i svangreambulatoriet samt under kejsersnit på operationsstuen, jordemødrenes dokumentationsarbejde uden for fødestuen, vagter med koordinerende jordemødre, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter på fødegangen og barselsgangen, lægesekretærer på fødegangen og i gynækologisk ambulatorium.

4.2.7 Afgrænsninger

I forbindelse med empirigenereringen har jeg valgt *ikke* at fokusere på det indledende arbejde i workshops for sundhedspersonalet, som fandt sted før implementeringen af EPJ på hver enkelt afdeling, selvom det kunne være relevant, da en del af forhandlingsprocesserne foregår her. Jeg har dog et vist indblik i disse processer, idet jeg via en tidligere ansættelse på OUH som EPJ projektmedarbejder deltog i arbejdet med at gennemføre tværfaglige workshops med deltagere fra forskellige afdelinger på OUH. Desuden har jeg efter påbegyndelsen af ph.d.-projektet deltaget som observatør ved enkelte workshops for afdeling D, F og G – men altså ikke fulgt hele processen. Sundhedspersonalet refererer yderligere til arbejdet i disse workshops i de individuelle interviews.

Der er ikke gennemført forstudier af sundhedspersonalets arbejde før indførelsen af EPJ. Men da fokus i undersøgelsen er på, hvordan der kommunikeres om forandringsprocesserne, bliver det også mindre relevant at gennemføre forstudier. Dog har det været muligt at observere, hvordan interaktioner mellem sundhedspersonalet og patienten forløb både med og uden brug af EPJ – blandt andet i ambulatoriet på afdeling F – da der som tidligere nævnt var en periode, hvor man både havde patientforløb, som blev dokumenteret i Cosmic og patientforløb uden brug af EPJ.

Desuden har jeg valgt ikke at fokusere på ledelsesperspektivet på forandringsprocesserne, jeg har ikke foretaget studier af indholdet af selve patientjournalerne (blot kigget sundhedspersonalet over skulderen, når de dokumenterede), og jeg har ikke interviewet EPJ-sekretariatet om deres syn på processen (jeg har dog deltaget i diverse møder med EPJ-sekretariatet, eksempelvis deres indledende møde med afdeling D). Det har været nødvendigt at foretage disse afgrænsninger for at kunne gennemføre projektet indenfor de givne tidsrammer.

Til gengæld har jeg både gennemført deltagende observationer, individuelle interviews og fokusgruppeinterview samt inddraget forskellige typer dokumenter. Jeg mener, at dette er en klar styrke i mit projekt, idet de forskellige typer empiri kan belyse forskellige aspekter af problemstillingerne. Og min empiri viser da også, at der er forskel på, hvordan sundhedspersonalet kommunikerer om EPJ, når jeg følger dem på en arbejdsdag, i forhold til når jeg interviewer dem. Ligesom der er nogle ting, der ikke bliver italesat i interviews, men som jeg får lejlighed til at observere, når jeg følger en sundhedsperson på en vagt.

4.2.8 Materialets udsagnskraft

De udskrevne interviews og feltdagbogen har tilsammen et omfang af ca. 700 siders tekst. Dette materiale skal bearbejdes med henblik på at kunne levere svar på problemformuleringerne, dvs. blandt andet kunne sige noget om, hvordan forskellige faggrupper blandt sundhedspersonalet kommunikerer om patienten, og hvilken betydning de forskellige måder at iagttage patienten har for, hvordan Cosmic EPJ fungerer som kommunikationsmedie, samt hvordan sundhedspersonalet iagttager forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af EPJ.

Materialet skal altså først og fremmest levere svar på disse spørgsmål, og empirien belyser primært, hvordan disse problematikker opleves og italesættes af de 24 interviewpersoner.

I denne undersøgelse har jeg altså ikke udvalgt deltagerne med henblik på at opnå nogen form for statistisk repræsentativitet. Traditionelt taler man om repræsentativitet, når store grupper (ofte over 1000 personer) udvælges med

henblik på at opnå statistisk generaliserbarhed, eksempelvis så undersøgelsens sammensætning afspejler befolkningssammensætningen.

I stedet har jeg udvalgt deltagerne, så de repræsenterer nogle forskellige karakteristika, som kan være betydningsfulde i forhold til analysen af problemstillingen. Jeg har således søgt at opnå en mangfoldighed blandt deltagerne, så der deltog forskellige faggrupper, forskellige specialafdelinger, mænd og kvinder, yngre og ældre, personer med varierende it-erfaring samt ressourcepersoner og ikke-ressourcepersoner.

Jeg betragter det dog stadig som muligt at foretage generaliseringer ud fra materialet. Det er blot ikke statistiske generaliseringer, der er tale om, men analytiske generaliseringer. Ifølge Kvale (1997: 228-229) indebærer analytisk generalisering en velovervejet bedømmelse af, i hvilken grad resultaterne fra en undersøgelse kan være vejledende for, hvad der kan ske i en anden situation. Kvale beskriver de analytiske generaliseringspåstande som værende baseret på en *assertorisk logik*, som blandt andet kan bestå af teoretisk baserede argumenter for generalisering. Ved at specificere den tilgrundliggende dokumentation og tydeliggøre argumenterne kan forskeren sætte læseren i stand til at vurdere generaliseringspåstandens holdbarhed. Det er således i sidste ende op til informationsmodtageren at vurdere, om resultaterne kan være vejledende for andre situationer.

At foretage analytiske generaliseringer kan til eksempel være at foretage komparative casestudier med fokus på forskellige variabler eller at opstille idealtyper på baggrund af datamaterialet (Halkier, 2003). I denne afhandling kommer generaliseringer dels til udtryk i de tre overordnede forskelle, der former analysen af sundhedspersonalet iagttagelser af forandringsprocesserne. Disse tre analytiske snit (orden/uorden, synlige/usynlige og magt/afmagt) er en generalisering i den forstand, at her formuleres der nogle argumenter om noget generelt – noget som går på tværs af faggrupperne.

På et mere overordnet niveau forekommer der også generaliseringer i form af de teoretiske bidrag, der ydes til at udvikle Luhmanns systemteori i forhold til kommunikationen på sygehuse.

4.3 Empiribearbejdningen – hvordan iagttagelserne iagttages

4.3.1 Det systemteoretiske blik på interviewet

Når jeg skal bearbejde empirien, vil jeg tage udgangspunkt i Luhmanns systemteori. Der betyder blandt andet, at der anlægges et anderledes blik på interviewet end det traditionelle.

Traditionelt set har det været Steiner Kvaales bog *InterView*, der har dannet skole for, hvordan interviews betragtes, gennemføres og analyseres. I sin indledning skriver Kvale om interviewet karakter, at "Det kvalitative forskningsinterview forsøger at forstå verden fra interviewpersonernes synspunkt, udfolde meningen i folks oplevelser, afdække deres livsverden, førend der gives videnskabelige forklaringer" (Kvale, 1997: 15).

I en konstruktivistisk og systemteoretisk kontekst kan interviewet anskues som en forhandling mellem interviewer og den interviewede. Man kan som Staunæs & Søndergaard (2005) beskrive interviewet som et socialt møde, en samtale mellem dialogpartnere, der sammen producerer tekstede fortællinger om den interviewedes virkelighed og om de måder, vedkommende betydningssætter dem på.

Interviewets funktion er altså i et systemteoretisk perspektiv at iagttage andres iagttagelser. I analysen af interviewet undersøges det med hvilken forskel, interviewpersonen iagttager, og i analysen af empirien bliver forskeren "på overfladen". Jeg søger ikke at afdække motiver eller intentioner hos de enkelte deltagere. I stedet fokuseres der blandt andet på at undersøge hvilke diskurser, aktørerne trækker på i deres iagttagelser.

I min bearbejdning af interviewet søger jeg således ikke efter oplysninger eller facts, men anvender interviewet til at få indblik i andres iagttagelsespositioner, samtidig med at der sættes fokus på forhandlingerne mellem interviewer og interviewede, som udgør to forskellige iagttagelsespositioner. Jeg indtager én iagttagelsesposition og forsøger at sætte mig ind i en anden iagttagelsesposition, såsom sygeplejerskens.

Den systemteoretiske tilgang ligger således temmelig langt fra Kvaales livsverdensinterview og hans ambition om at forstå og afdække mening. For selvom jeg forsøger at sætte mig ind i interviewpersonens iagttagelsesposition,

så sker det velvidende, at selv nok så megen empati aldrig vil bringe mig i samme iagttagelsesposition.

Set med systemteoretiske briller kan et interview betragtes som et interaktionssystem bestående af to personer. Derfor vil det være nødvendigt ikke udelukkende at fokusere på interviewets empiriske indhold, men også på interviewets kontekst, form og funktion, herunder også på skabelsen af sociale identiteter under interviewet. Det vil blandt andet være nødvendigt at være opmærksom på, at interviewet er en situation præget af dobbelt kontingens, hvor den interviewede og interviewerens iagttager hinandens kommunikative valg. Når jeg som interviewer får et svar fra den interviewede, er jeg nødt til at tage i betragtning, at også den interviewede iagttager mine iagttagelser og måske afstemmer sine svar derefter. Altså giver det svar, som hun forventer, jeg gerne vil høre.

4.3.2 Kodning af den producerede empiri

Jeg begyndte analysen af det empiriske materiale med at gennemlæse materialet og foretaget en kodning, hvor jeg i første omgang så efter, hvilke overordnede temaer, der blev bragt op af såvel informanterne som jeg selv. Det var temaer som "tillid til systemet", "indhold og opbygning af patientjournalen", "organisatorisk forandring", "tværfaglighed", "læring", "tidsforbrug", "forholdet til patienten", "relationer mellem faggrupper", "papirjournal vs. EPJ", "klinisk tankegang vs. ikke-klinisk tankegang".

Rent praktisk foregik kodningsprocessen ved, at jeg satte koder i marginen på det transskriberede materiale, hvorefter jeg samlede tekstsegmenter med samme kode i et Word-dokument for at skabe et overblik.

Indledningsvis havde jeg udfærdiget en startkodeliste (Coffey & Atkinson, 1996: 32). Startkodelisten udviklede jeg på basis af forskningsspørgsmålene, litteratur og teori om emnet samt en "pilotkodning", jeg foretog på et par af de første interviews, som jeg fandt vellykkede og interessante (interview med sygeplejerske 1 samt læge 2). Nogle af koderne gav således sig selv på forhånd, da de udspringer af interviewguidens temaer. Andre koder fremkom ved at informanterne selv bragte et tema på banen som relevant, eller koderne er

opstået med inspiration fra teoretisk baggrundslitteratur. Startkodelisten indeholdte følgende koder:

- Formål med patientjournalen
- God patientjournal
- Syn på patienten
- Kommunikationsredskab
- Tid
- Overblik
- Filtre
- Forhandlinger med teknologien
- Workarounds/"oprør" mod teknologiens orden
- Klinikere og ikke-klinikere
- Strukturering
- Standarder
- Fordel
- Ulempe
- Kommunikation med patient
- Kommunikation blandt sundhedspersonalet
- Relevans
- Støj
- Ændret arbejdsgang/nye rutiner
- Læring
- Dokumentationspraksis
- Dokumentation af pleje og omsorg
- Synliggøre sygepleje
- Forholdet mellem faggrupper
- Tværfaglighed
- Lægesekretæren som ordensholder
- Andre it-systemer

Med denne liste som udgangspunkt påbegyndte jeg en ny gennemkodning af interviewmaterialet, og efterhånden føjede jeg nye koder til listen baseret på informanternes udtalelser. Feltdagbogen og interviewene indeholder også sætninger, som ikke kan placeres under en af disse koder, og det er selvfølgelig vigtigt at have plads til at det, som ikke "passer" under koderne (Coffey &

Atkinson, 1996: 47). Igennem hele arbejdet med analysen har jeg derfor også ofte genlæst de enkelte interviews i deres oprindelige sammenhæng – også for at fange indtagelsen af de forskellige iagttagelsespositioner og den oprindelige kontekst, interviewcitatet er taget fra.

Derefter søgte jeg at kondensere disse koder og temaer til en række distinktioner, som skulle guide den videre analyse. I første omgang opstillede jeg seks distinktioner, som blev aktualiseret i sundhedspersonalet kommunikation efter indførelsen af EPJ, nemlig før/nu, orden/uorden, synlige/usynlige, klinikere/ikke-klinikere, monofaglighed/tværfaglighed samt magt/afmagt. Disse seks distinktioner blev i den endelige præsentation af analysen til tre distinktioner, som jeg valgte at fremhæve, fordi de indeholder noget centralt og kan rumme flere problematikker.

En central del af analysen omhandler således de egentlige kommunikative og dermed også organisatoriske forandringer. Denne del af analysen tager udgangspunkt i tre distinktioner, som bliver aktualiseret i sundhedspersonalets kommunikation efter indførelsen af EPJ. Det er ikke nødvendigvis nye forskelle, men de får tillagt ny betydning efter indførelsen af EPJ. De tre forskelle er orden/uorden, synlige/ikke-synlige og magt/afmagt.

Ovenstående beskrivelse af analyseprocessen er forenklet sat op, da analysen af data og indsamling af data reelt har fundet sted samtidigt og over en længere periode, dvs. analysen er foregået ad flere omgange og har været afbrudt af forskellige pauser. I forbindelse med ph.d.-kurser, oplæg på konferencer eller lignende har jeg for eksempel analyseret på enkelte allerede færdige interviews og præsenteret samt modtaget feedback på disse foreløbige analyser.

Ligeledes har jeg også skiftet analytisk fokus flere gange undervejs – til eksempel var jeg under mit miljøskifte ved Norsk Center for Telemedicin optaget af spørgsmålet om tværfaglighed. Det var således først, da feltarbejdet på alle tre afdelinger var overstået, og jeg stod over for at skulle formidle de foreløbige resultater til OUH, at analysen "faldt på plads", så jeg kunne skrive en synopsis

for analysepræsentationen, der nogenlunde svarer til den opbygning, som analysepræsentationen har fået i den endelige afhandling.

4.3.3 Formningsanalysen og analysestrategiske valg

Analysens indledende afsnit *Funktionssystemer og kommunikationskoder i sundhedsvæsenet – forskellige faggruppers iagttagelse af patienten* bygger på en Luhmann-inspireret formningsanalyse, der har til formål at belyse, hvilke distinktioner der er centrale i de forskellige faggruppers kommunikation om patienten.

I formningsanalysen er ledeforskellen form/medie, og fokus i formningsanalysen er på, hvad der sker med formen, når forskellige medier indpræges i den. En form er en fast kobling af en mangfoldighed af meningselementer. Begrebet patient er således en form, der kobler mængder af meningselementer sammen. Medier er derimod løst koblede elementer (Andersen, 2003: 315-316).

Iagttagelsespunktet er i dette tilfælde organisationssystemets kommunikative formning af patienten. I organisationens formninger af medier etableres strukturelle koblinger mellem organisation og samfund (Andersen, 2003: 313-317), idet det er de symbolsk generaliserede medier fra samfundets funktionssystemer, som former kommunikationen om patienten og tilbyder en orienteringsramme, det vil sige indsnævrer valgmuligheder og udstikker bestemte meningshorisonter. Medierne og koderne leverer således den nødvendige kompleksitetsreduktion, der muliggør selektion og beslutning vedrørende eksempelvis behandlingen af patienten (Rennison, 2003: 209-210).

Jeg ønsker altså med formningsanalysen som indgangsvinkel at undersøge, igennem hvilke symbolsk generaliserede medier forskellige faggrupper på en sygehusafdeling eller delorganisationer indenfor sundhedsvæsenet iagttager patienten.

4.3.4 Et systemteoretisk blik på magt

Da en del af analysen omhandler aktualiseringen af distinktionen magt/afmagt, vil jeg her redegøre for, hvordan magt kan iagttages og analyseres i et systemteoretisk perspektiv³⁰.

Først og fremmest adskiller en systemteoretisk magtanalytik sig fra traditionelle magtanalyser ved behandle magt som noget, der kommer til syne, når der anlægges et analytisk blik (Rennison, 2005: 2). I dette perspektiv er magt således ikke hverken en substans, der kan besiddes, en kausalrelation mellem aktører eller en form for tvang, der står i modsætning til frihed (Rennison, 2005: 5-6).

I et systemteoretisk perspektiv er magt et symbolsk generaliseret kommunikationsmedie, som medvirker til koordineringen af alter og egos selektioner og dermed til håndteringen af problemet om dobbelt kontingens (Rennison, 2005: 3). Magt er til stede i enhver kommunikationssituation, idet der selekteres blandt de tilgængelige medier og koder. Magt sætter altså rammerne for kommunikationen.

I en systemteoretisk analyse af magt er den grundlæggende forskel styrer/styret (Rennison, 2005: 23), og magt kan iagttages i forhold til meningsdimensionerne *tiden, sagen og socialiteten*.

Tidsligt kan magten iagttages i forhold til, *hvornår* hvilket tema eller hvilken kommunikationskode anlægges. Sagligt kan magten iagttages i forhold til *hvad*, det vil sige hvilke temaer, der gøres til genstand for kommunikation. Socialt kan magten iagttages i forhold til, *hvem* kommunikationen aktualiserer, og hvordan skellet mellem alter og ego sættes (Rennison, 2005: 10)

4.3.5 Om begrebet faggrupper

Jeg vil afslutte dette afsnit om mine analysestrategiske overvejelser med at knytte nogle bemærkninger til begreber som "faggrupper".

³⁰ Jeg har ladet mig inspirere af Rennison (2005), som i et *working paper* søger at forene Luhmann og Foucaults magtanalytik, idet begge teoretikere som udgangspunkt opfatter magt som et relationelt kommunikativt fænomen.

Inden for en systemteoretisk optik må "faggrupper" betragtes på samme måde som "mennesker". Ifølge den systemteoretiske tankegang findes der ikke mennesker i en organisation – en organisation er kun kommunikation. Men der findes *iagttagelser* af psykiske systemer i organisationens omverden som personer. I en systemteoretisk sammenhæng betegner "person" det begreb, som organisationer betjener sig af, når de kommunikerer om psykiske systemer som handlingenheder eller aktører. Ved handlingers tilskrivning til et bestemt psykisk system konstrueres dette som aktør med ansvar for sine handlinger og handlingers effekter (Andersen & Born, 2001: 21). Det sammen gør sig gældende for "faggrupper"; de er iagttagelser af sociale systemer som faggrupper eller professioner.

Det vil altså være mest korrekt at betegne "faggrupperne" som *fagprofessionelle systemer*. Men for ikke at gøre analysen for omstændelig, anvender jeg også betegnelser som *faggrupper*, *lægen* og *sygeplejersken* – men når jeg gør det, sker det med Luhmanns pointe in mente; at det er symbolske generaliseringer skabt i organisationens kommunikation, og det er således også en generalisering, jeg tilslutter mig.

- 5. Funktionssystemer og kommunikationskoder i sundhedsvæsenet – forskellige faggruppers iagttagelse af patienten

Denne undersøgelse kan overordnet set karakteriseres som teoridreven empirisk forskning. Med det mener jeg, at kernen i undersøgelsen er arbejdet med det empiriske materiale, men både før og under arbejdet med at producere og analysere empirien har jeg støttet mig til forskellige teoretiske inputs for at skabe mening i materialet. Disse teoretiske inputs har selvfølgelig betydning for, hvad det er for et materiale, jeg har produceret, og hvad det er, jeg ser, når jeg iagttager materialet; men jeg har samtidig været åben over for at lade datamaterialet "svare igen" på mødet med teorien.

Ovenstående gør sig i særdeleshed også gældende for dette første afsnit af afhandlingens analysedel. Her tager jeg udgangspunkt i Luhmanns teoretiske beskrivelser af kommunikationen i sygdomsbehandlingssystemet, og herefter videreudvikler jeg disse indledende teoretiske antagelser på basis af mødet med den producerede empiri. Undervejs i arbejdet med datamaterialet viste det sig nemlig, at Luhmanns overordnede teoriramme på nogle områder ikke er tilstrækkelig finmasket til at kunne beskrive, hvordan kommunikationen på en sygehusafdeling udfolder sig.

Dette afsnit er et introducerende afsnit, som skal danne baggrund for de efterfølgende analyseafsnit. Derfor er fokus i højere grad rettet mod sygdoms- og patientbilleder generelt, end på sundhedspersonalets kommunikation om EPJ. Men disse introducerede beskrivelser er nødvendige for at kunne kvalificere analysen af betydningen af indførelsen af EPJ.

Hovedargumentationen i afsnittet er, at distinktion syg/rask, som Luhmann udpegede som den overordnede kode for iagttagelse inden for sundhedssystemet, ikke er den eneste distinktion, der anvendes i iagttagelsen af patienten, ligesom koden syg/rask kan indholdsudfyldes forskelligt af forskellige systemer. Derfor sætter indførelsen af EPJ en forhandlingsproces i gang, da de forskellige tilgange til patienten bliver mere synlige i det nye fælles dokumentations- og kommunikationsmedie.

5.1 Støj i den elektroniske patientjournal

Som det blev skitseret i afhandlingens teori-afsnit, er det symbolsk generaliserede medie i sygdomsbehandlingssystemet *sygdom*, og koden for kommunikation i dette system er distinktionen *syg/rask*. Ifølge Luhmann retter kommunikationen inden for et sygehus sig altså hovedsageligt imod at fastslå, om patienten er *syg* eller *rask*.

Dette var min overordnede indgangsvinkel til bearbejdningen af empirien, og jeg supplerede denne antagelse med en formodning om, at distinktionen *syg/rask* kan indholdsudfyldes forskelligt af forskellige faggrupper på en sygehusafdeling samt af patienten, der indgår i interaktionssystemer med sundhedspersonalet og kommunikerer om sin egen sygdom.

Da jeg begyndte at interviewe sundhedspersonalet, vakte det imidlertid min nysgerrighed, at de interviewede ved flere lejligheder italesatte problematikken omkring "støj" i den nye elektroniske patientjournal Cosmic.

Her er det først en lægesekretær, der har følgende iagttagelser:

Sekretær 3: *Altså, jeg kunne huske, det gav et ramaskrig midt under forberedelserne – det der med, at... hvor der var én af lægerne, der kom til at sige, at det var godt, man kunne sortere, fordi så kunne man sortere sygepleje-støjen fra.*

Interviewer: *Ja...*

Sekretær 3: *Fordi det jo er sådan en simpel ting, som har overrasket, når man ligesom slår journalen op. Altså, der er... 75 % det er plejenotater.*

Interviewer: *Ja.*

Sekretær 3: *Og de fylder bare så meget, synes jeg. Selvfølgelig er det også fordi, de har et mega stort overskrifts[system]. Så kan det sagtens være, at overskrifterne fylder meget mere, end*

selve teksten – for det fylder måske kun to linjer eller fire ord. Om et eller andet, som selvfølgelig er relevant, men det fylder meget på skærmen. Og så er det jo det der stadigvæk med overblikket – at det er rart, at man kan sortere. Så derfor, hvis jeg skal finde ud af noget i journalen, så går jeg også ind og taster "Lægelige notater".

Interviewer: *Mmm.*

Sekretær 3: *Fordi det er noget mere overskueligt.*

Interviewer: *Ja.*

Sekretær 3: *Så kender jeg selvfølgelig skabelonerne bedre, så jeg ved, hvor jeg skal kigge henne.*

Interviewer: *Ja, men det er jo klart, at man er nødt til at have de der filtre, for at kunne sortere.*

Sekretær 3: *Ja.*

Interviewer: *Der er jo uendelig meget information i systemet, hvis...*

Sekretær 3: *Men så kan du jo stadigvæk sige, at så er vi jo ikke kommet længere – hvis man gør det konsekvent – så er vi jo ikke kommet længere med patientens journal...*

Interviewer: *... det er rigtigt...*

Sekretær 3: *... så er det stadigvæk en læge- og en sygeplejejournal, der fungerer uafhængigt af hinanden.*

Interviewer: *Er det din oplevelse, at det er sådan, det er blevet så?*

Sekretær 3: *Altså, jeg må sige, at det er det sådan lidt for mig i hvert fald.*

I en anden sammenhæng – fokusgruppeinterviewet – iagttages støj som det indhold i Cosmic, som stjæler opmærksomheden fra det, kollegerne har skrevet,

og ødelægger overblikket (Fokusgruppeinterview, side 10). Sundhedspersonalet anvender primært betegnelsen støj om de automatisk genererede notater, som FPAS sender til Cosmic, men, som det ses her i lægernes og lægesekretærernes optik, altså også om plejegruppens notater.

I denne interviewsekvens er det en lægesekretær, der lægger stemme til lægernes indvendinger imod Cosmic. Jeg har medtaget dette forholdsvis lange uddrag, fordi det samtidig tydeliggør, hvordan sundhedspersonalet ikke kun italesætter deres egne iagttagelser, men springer ind og ud af iagttagelsespositioner. Indledningsvist forklarer lægesekretæren, hvordan støjproblematikken tager sig ud fra et lægesynspunkt og relaterer det derefter til sit eget behov som lægesekretær for at kunne sortere. Til sidst indtages en tredje position, hvor problematikken drejes atter en omgang og iagttages ud fra et patientperspektiv – hvis sundhedspersonalet sorterer andre faggruppers dokumentation fra, forsvinder helhedssynet på patienten. I øvrigt angiver de fleste interviewpersoner, at de primært kommunikerer til deres fagfæller, når de skriver i Cosmic, men selvfølgelig er opmærksom på, at andre faggrupper kan have nytte af notaterne, ligesom de i større eller mindre grad selv kigger i andre faggruppers optegnelser (se fx sygeplejerske 4, s. 7).

Denne evne til skifte perspektiv og indtage forskellige iagttagelsespositioner er nyttig i en organisation, hvor en flerhed af koder sætter rammerne for kommunikationen.

Man kan diskutere, hvorvidt et hospital er en homofon eller en heterofon organisation. Det vil sige, hvorvidt organisationen har en primær kobling til ét funktionssystem, eller er koblet til flere funktionssystemer, uden at et enkelt kan siges at være det primære (Andersen & Born, 2003: 185).

I artiklen *Shifters* indplacerer Andersen & Born hospitaler blandt de homofone organisationsformer. De angiver, at hospitalet er koblet til sundhedssystemet som funktionssystem med mediet sundhed og koden sund/ikke-sund som præmishorisonten for organisationen³¹. I en homofon organisation kan delsystemerne godt være forskelligt kodede, uden at det giver

³¹ Som det fremgår i det følgende, er det er en anden kode, end den jeg har valgt at anvende.

anledning til sammenstød mellem koderne; eksempelvis hvis delsystemerne er præget af forestillinger om professioner med selvstændige beslutningskompetencer (Andersen & Born, 2003: 184). Et hospital kan altså som udgangspunkt beskrives som en traditionel homofon organisation med forskellige professioner og dermed også delsystemer præget af forskellige medier og koder.

Jeg mener dog, at også hospitalerne er påvirket af den generelle udvikling mod heterofoni, idet det ikke længere kun er ét funktionssystem, der primært foretages kobling til. Når der kommunikeres om patienten, står der i dag flere koder til rådighed. På baggrund af arbejdet med den producerede empiri har jeg lokaliseret flere sidestillede koder for kommunikationen på sygehusafdelingerne, hvilket jeg vil vende tilbage til i det nedenstående.

Når præmisserne for kommunikationen ikke længere ligger i faste rammer, bliver det nødvendigt at overveje, hvad der afgør, at en bestemt kode anlægges i en given kommunikation, og at der ikke kobles til et af de flere andre mulige funktionssystemer. Her introducerer Andersen & Born begrebet "shifters"³² eller igangsættere, og søger dernæst at udpege konkrete shifters for forskellige systemer af binært kodet kommunikation. En igangsætter definerer de som det, der initierer kodificeret kommunikation (Andersen & Born, 2003: 189). Hvad der fungerer som igangsætter i det enkelte funktionssystem er et empirisk spørgsmål, ligesom igangsættere er historisk funderede og i løbende udvikling. Et eksempel på en igangsætter er begrebet "vare". "Vare" er igangsætter i den økonomiske kommunikation, hvor mediet er penge og koden er betale/ikke-betale. Først når noget iagttages som en vare, kan en økonomisk kommunikation finde sted (Andersen & Born, 2003: 192).

Når en person modtager behandling på et hospital, kan forskellige koder for kommunikation således også igangsættes afhængigt af, hvad denne person iagttages som i de forskellige sociale delsystemer inden for sundhedssystemet. Det vil jeg ligeledes vende tilbage til i det nedenstående.

Lægeseekretærens fortælling understøttes af flere læger, der under interviews pointerer, at det er nødvendigt for dem at filtrere i Cosmic, så kun de lægelige

³² Begrebet er oprindeligt hentet hos lingvisten Roman Jakobsen.

notater vises. Følgende sammendrag fra min feltdagbog illustrerer, hvilke typer kommunikation, lægerne opfatter som støj i journalen og derfor sorterer fra:

En læge er på stuegang på barselsgangen og sidder først foran computeren med en sygeplejerske ved siden af og Cosmic åben for at forberede sig, før de går ind til patienterne. Efter at have gennemgået den første patient med sygeplejersken, og foretaget en række notater under "Klinisk kontakt" samt "Konklusion og plan", vil lægen se på den næste patients journal i Cosmic. Cosmic åbner automatisk på "Sidste tre dage denne enhed", hvor alle faggruppers notater er samlet. Lægen skimmer ned over notaterne og siger højt: "Været i bad og spist havregrød!". Sygeplejersken siger grinende: "Det er da meget relevant!". "Jeg tror lige, jeg sorterer lidt..." siger lægen og finder de lægelige notater frem (Feltdagbog, side 64).

Kunne jeg give en forklaring på denne kommunikation om "støj" på baggrund af min teoretiske refleksionsramme?

Eksemplet fra stuegangen illustrerer, at meget af plejepersonalets kommunikation i Cosmic opfattes som uvæsentlig af lægerne. Men for plejepersonalet er det relevant at kommunikere om fænomener som ovenstående, fordi det er afgørende for, om der skal sættes yderligere kommunikation og handlinger i gang i plejesystemet. Hvis patienten nu ikke havde spist og været i bad, skulle der måske iværksættes yderligere handlinger for at mobilisere patienten. Sygeplejerskernes kommunikation om patienten forholder sig altså ikke direkte til koden syg/rask, men snarere til koden +/- behov for pleje, og derfor sorterer lægerne ofte sygeplejekommunikationen fra, fordi det ikke er den kode, lægerne opererer ud fra.

5.2 Skematisk oversigt over sundhedssystemet, dets subsystemer samt koblinger til samfundets funktionssystemer

I forbindelse med min bearbejdning af interviewmaterialet, stræbte jeg efter at opstille en skematisk oversigt over kommunikationen om patienten med udgangspunkt i sygehuset som en organisation, der i sin kommunikation

foretager en række koblinger til forskellige sociale systemer. Inspirationen til skemaet er dels kommet fra min egen empiri og dels fra en række nyere videreudviklinger af Luhmanns teori om det medicinske system. Skemaet er opbygget efter samme princip som skemaet side 176-177 i Qvortrup (1998).

Sociale systemer	Medium	Kode	Refleksion /program	Funktion	Ydelse	Institutionalisering
Sundheds-systemet	Sundhed	sundheds-fremmende/sundheds-hæmmende	Teorier om sundheds-fremme samt forebyggelse og behandling af sygdom	Sundheds-fremme	Sundheds-ydelser	Sundhedsvæsenet
Sygdoms-behandlings-systemet	Sygdom	syg/rask	Diagnoser og behandlings-former	Undersøgelse og behandling af syge mennesker	Behandling af sygdomme	Sygehuse, lægepraksis mv.
Pleje-systemet	Pleje	+/- behov for pleje	Sygepleje-teori og handleanvisninger	Pleje af syge og gamle	Pleje og omsorg	Sygehuse, hjemmepleje
Fødsels-systemet	Fødsel	normal/pato-logisk	Fødsels-viden og handleanvisninger for den normale fødsel	Assistance før, under og efter fødslen primært rettet mod den gravide kvinde	Fødselshjælp	Fødegange mv. i tilknytning til sygehuse, jordemoder-konsultationer
Det sundheds-administrative system	Orden	+/- orden +/- effektivitet	Love, regler og procedurer for sagsområdet	Sagsadmini-stration	Administration	Administrationer og sekretariater
Det medicinske videnskabs-system	Sandhed	+/- sandhed	Medicinske teorier og metoder	Skabelse af ny (medicinsk) viden	Levering af ny (medicinsk) viden	Universiteter og forsknings-institutioner
Rets-systemet	Ret	ret/uret	Love og retsnormer	Reduktion af kontingens mht. normative forventninger	Konfliktregule-ring	Domstole
Det økonomiske system	Penge	+/- betaling +/-overskud	Priser Regnskaber	Knapheds-reduktion	Behovstilfreds-stillelse	Virksomheder
Det politiske system	Magt	+/- magt	Regerings- eller parti-program	Muliggørelse af kollektivt bindende afgørelser	Udførelse af kollektivt bindende afgørelser	Partier, parlament
Det religiøse system	Tro	Immanens/transcendens	Teologi	Kontingens-håndtering	Diakoni	Kirker
Det etiske system	Moral	+/- agtelse	Etik	Inklusion/eks-klusion	Organisatorisk og individuel inklusion/eks-klusion	Etiske råd

I øverste række har jeg placeret det overordnede sundhedssystem. Luhmann foretog ikke en skelnen mellem det medicinske system (sygdomsbehandlingssystemet) og sundhedssystemet, men Bauch (2006a) forslår, at sygdomsbehandlingssystemet betragtes som et subsystem under sundhedssystemet. Det finder jeg giver god mening i forhold til min empiri, og det åbner samtidig muligheden for at indplacere flere sideordnede subsystemer under sundhedssystemet. Sundhedssystemets medie er sundhed, og Bauch angiver distinktionen sundhedsfremmende/sundhedshæmmende, som koden der sætter rammen for kommunikationen i sundhedssystemet. Overskriften "refleksion/program" dækker over den måde, subsystemet iagttager og beskriver sig selv. I forhold til sundhedssystemet kommer denne refleksion til udtryk via teorier om sundhedsfremme samt forebyggelse og behandling af sygdom. Sundhedssystemets funktion, dvs. dets bidrag til samfundet som helhed, er sundhedsfremme. Sundhedssystemet er institutionaliseret i sundhedsvæsenet, som leverer forskellige sundhedsydelser.

I skemaets fem næste rækker har jeg placeret sygdomsbehandlingssystemet, plejesystemet, fødselssystemet, det sundhedsadministrative system og det medicinske videnskabssystem, idet jeg betragter disse fem socialsystemer som subsystemer under sundhedssystemet. De er derfor i skemaet markeret med gråt.

Jeg fastholder distinktionen syg/rask som værende koden for kommunikationen i sygdomsbehandlingssystemet.

Sygdomsbehandlingssystemet er primært orienteret mod kroppen, idet kroppen indtager en central position som tema for systemets kommunikation. Selve kroppen er omverden for systemet, men sygdomsbehandlingssystemet producerer informationer om den (Knudsen, 2008: 24).

Sygdomsbehandlingssystemet bringer kroppen til at tale gennem målings- og undersøgelsesresultater i form af billeder, blodprøveværdier mv.. I systemet produceres meddelelser om kroppen i form af undersøgelsesresultater, hvor lægens forståelse handler om en selektion af, hvad det er meddelelser om, altså hvad der er informationen i meddelelsen (Knudsen, 2008: 24).

Sygdomsbehandlingssystemet er internt differentieret i en række subsystemer, blandt andet i forhold til specialer ud fra organer, sygdomstyper eller patientens alder (Knudsen, 2008: 24). Ligesom der kan udskilles sekundære koder i sygdomsbehandlingssystemet som for eksempel distinktionen mellem kronikere og helbredelige.

Sygdomsbehandlingssystemets programmer er retningslinjer for diagnoser og behandlingsformer. Programmerne præciserer kodens anvendelse og strukturerer tilslutningsmulighederne. Disse programmer er meget relevante i sygdomsbehandlingssystemet, idet koden syg/rask ikke siger så meget i sig selv. Det skal præciseres, hvornår der dømmes sygdom, hvilken sygdom der dømmes, og hvordan den videre kommunikation skal knytte an til sygdommen (Knudsen, 2008: 23-24).

Sygdomsbehandlingssystemet er synonymt med det medicinske system, og det er således også primært lægerne på en sygehusafdeling, der knytter an til koden syg/rask i deres kommunikation om patienten. Andre faggrupper, for eksempel plejepersonalet, kan dog også koble sig til denne kodificering.

Mine observationer og interviews viser dog, at det ikke er koden syg/rask, som primært definerer, hvad der kan kommunikeres meningsfyldt om blandt plejepersonalet. At plejepersonalet har en tilgang til patienten, som er forskellig fra lægernes, kommer blandt andet til udtryk i de såkaldte *sundhedsmodeller*³³, som dokumentationen i Cosmic er opbygget over. Sundhedsmodellerne afspejler, hvilke fænomener henholdsvis lægerne og plejegruppen finder relevant at dokumentere. Sundhedsmodellerne er baseret på både teori og praksis og har været genstand for forhandlinger under workshops afholdt af EPJ-sekretariatet på OUH.

Arbejdet foregik i monofaglige workshops og resultatet er, at de forskellige faggrupper dokumenterer i adskilte områder inden for den fælles journal. Lægerne valgte at dokumentere efter den traditionelle journalmodel, mens sygeplejerskerne dokumenterer efter en mere problemorienteret model fastlagt af sundhedsstyrelsen. Så selvom Cosmic EPJ kaldes for en tværfaglig

³³ Nyhedsbrev om Fyns Amts Sundhedsmodel: <http://www.epj.dk/wm182589>

patientjournal, indebærer det altså ikke en fælles forståelse af patientforløbet og én fælles dokumentationsmodel. Det er altså snarere en flerfaglig journal.

Alene det faktum at de forskellige faggrupper har adskilte områder i den fælles journal indikerer altså, at de har fundamentalt forskellige tilgange til patienten. Dette kan yderligere underbygges ved at kigge nærmere på opbygningen af de forskellige sundhedsmodeller.

I meget generelle vendinger kan man sige, at hvor lægernes dokumentationsmodel har tre hovedområder (anamnese, objektiv undersøgelse og behandlingsplan), og er centreret omkring organsystemet, så har sygeplejerskerne 11 kategorier i deres model, som dækker alt fra vejrtrækning til seksualitet.

Lægernes model er baseret på den biomedicinske sygdomsopfattelse, hvor der foreligger såkaldt objektive retningslinjer for, hvornår en patient er syg eller rask. Sygeplejerskernes model illustrerer, at plejepersonalet forsøger at anlægge et helhedssyn på patienten, og plejepersonalets sundhedsmodel er baseret på en holistisk sygdomsopfattelse, hvor der dokumenteres både fysiske, psykiske og sociale forhold. Det gør det sværere at forholde sig til patienten udelukkende ud fra koden syg/rask. Sygeplejerskerne italesætter i mine interviews mv. i stedet deres tilgang til patienten som værende præget af idealerne om *omsorg* (Sygeplejerske 1: side 4), *helhed* (Sygeplejerske 3, side 22; Sygeplejerske 4: side 10, 11 og 22) og *værdighed* (Feltdagbog, side 37). Generelt kan man også sige, at sygeplejerskerne fokuserer på symptomerne på sygdom, mens lægerne har fokus på at afdække sygdommens art.

Derfor har jeg i ovenstående skema illustreret, at der kan udskilles et subsystem inden for sundhedssystemet i form af plejesystemet, hvor den overordnede kode for kommunikation er +/- behov for pleje.

Plejepersonalets kommunikation om de indlagte personer kan anvendes til at eksemplificere, hvordan forskellige igangsættere eller *shifters* former kommunikationen.

Et centralt begreb i moderne sygepleje er begrebet omsorg. At yde omsorg vil sige at beskytte og hjælpe dem, der ikke kan tage vare på sig selv (Petersen, 2000). Igangsætteren i forhold til pleje-kommunikationen er således, at en

person iagttages som værende (midlertidigt) ude af stand til at tage vare på sig selv i større eller mindre omfang. Plejepersonalet vurderer så fra person til person, hvor stort omfanget af plejen bør være.

Traditionelt set er personer, der modtager behandling på et hospital, blevet betragtet som patienter i betydningen personer, der lider af en sygdom. Igangsættereren er her betegnelsen patient, og sygdomskommunikationen med koden syg/rask kan selvfølgelig også anlægges af plejepersonalet. Det sker primært, når plejepersonalet understøtter lægernes arbejde og eksempelvis indhenter relevante oplysninger om patientens tilstand i form af temperatur, blodtryk mv..

Plejepersonalet kan dog indholdsudfylde koden syg/rask anderledes, end lægerne gør. Ifølge Petersen (2000) kan sygdom iagttages som en fysisk proces, en psykisk proces, en sociologisk proces eller en holistisk proces, der indeholder alle tre elementer. Plejepersonalets ideal om helhedssynet på patienten indikere, at de betragter sygdom som en holistisk proces, mens de fleste læger i deres kommunikation om, hvorvidt patienten er syg eller rask, lægger størst vægt på det biomedicinske aspekt, dvs. hvorvidt blodprøver mv. afslører ubalancer i kroppen (Feltdagbog, side 40).

På gynækologisk-obstetrisk afdeling kompliceres billedet yderligere. Her finder man traditionelle patienter, og syn på patienter, på de gynækologiske afdelinger, mens fødegangen er præget af en anderledes tilgang til de indlagte kvinder. Gravide og fødende kvinder betragtes i udgangspunktet ikke som patienter i betydningen syge personer – selvom fødslerne i dag er blevet hospitaliserede, og der findes et lægeligt speciale med fokus på fødsler (obstetrikken). Som en læge formulerer det:

Hvis vi holder os til det obstetriske, ja, så kan man sige, det er, fordi det er raske kvinder jo som udgangspunkt... altså, graviditet i sig selv er ikke en sygdom, men vi har så mange... altså syge gravide... det er meget det, det handler om heroppe... men det er... ellers de er ofte syge pga. deres graviditet på en eller anden vis, men ellers så er det jo... friske og raske patienter vi har med at gøre... så på den måde

adskiller det sig jo egentlig... går man over i det gynækologiske, er det selvfølgelig mere med kræftsygdomme og sådan nogle ting, der kan være... (læge 6)

På fødegangen skelnes der således mellem det normale graviditets- og fødselsforløb og det patologiske (i betydningen sygelige, unormale) forløb. På fødegang er det således jordemødrene, der er ansvarlige for fødsels forløb – hvis fødslen ellers forløber normalt. Det pointeres her af en jordemoder:

Interviewer: *Hvad er egentlig jordemoderens rolle på en fødeafdeling... fx i forhold til den fødende og i forhold til andre faggrupper på afdelingen?*

Jordemoder 2: *I forhold til den fødende er jo at... lede hende igennem en fødsel, således at fødselen forløber normalt... for mor og barn... så det bliver et sundt barn og en sund mor.*

Interviewer: *Hvad med i forhold til de andre faggrupper på afdelingen så?*

Jordemoder 2: *Jamen, jeg er jo... altså, i den normale fødsel er jeg den ledende person, i forhold til... det unormale forløb, der har jeg lægen som sparringspartner, og der er det ham, der er den ledende person, kan man sige... eller ansvarshavende person, ikke.*

Interviewer: *Hvad skal der så til for at være en god jordemoder... i dine øjne?*

Jordemoder 2: *Altså, jeg skal have en faglig... jeg skal være faglig up to date, ikke... så jeg skal holde min viden ajour. Og så skal jeg have... omsorg og empati for patienten og kunne forstå hende og aflæse hendes signaler... blandt andet.*

På baggrund af ovenstående er jordemødrenes kode for kommunikation om graviditet og fødsler inden for fødselssystemet identificeret som værende distinktionen normal/patologisk, da det er det normale graviditets- og fødselsforløb, der sætter videre handlinger hos jordemoderen i gang. Hvis forløbet er patologisk tilkaldes lægen (se også Feltdagbog, side 61; social- og sundhedsassistent 4, side 2). Som citaterne illustrerer, anlægger jordemødrene et helhedssyn på patienten med udgangspunkt i fødslen som en naturlig proces, mens lægerne har en mere medicinsk eller sygdomsorienteret tilgang til fødsler med fokus på mulige komplikationer for kvinden og barnet.

I skemaets femte række har jeg indplaceret det sundhedsadministrative system. I forbindelse med feltarbejde og interviews har jeg inkluderet fire forskellige professioner eller faggrupper; nemlig læger, jordemødre, plejepersonale og lægesekretærer. Disse fire faggrupper er knyttet til hver deres sociale system, og kommunikerer med forskellige koder om patienten og patientjournalen. Lægesekretærene kommunikerer primært om indholdet af patientjournalerne frem for patienternes tilstand, idet patienten for lægesekretærene primært fremstår som en bureaukratisk sag, der skal indføres på systematisk vis i det organisatoriske arkiv – journalsystemet (Svenningsen, 2004: 113). Koden, der sætter rammerne for kommunikationen i det administrative system, har jeg identificeret som værende orden/uorden. Lægesekretærene italesætter sig selv som sygehusafdelingens ordensholder, som blandt andet følger op på, om den medicin lægen har dikteret ordineret er korrekt, eller placerer det dikterede under de relevante nøgleord i Cosmic (se eksempelvis Feltdagbog, side 46-47; samt sekretær 3, side 28-29).

Da også andre personer eller faggrupper end lægesekretærer – for eksempel administrativt personale, der arbejder med effektivisering af sundhedsvæsenet - kan tænkes at koble sig til kommunikationen inden for det administrative system, har jeg udover koden +/- orden tilføjet koden +/- effektivitet som en alternativ kode for kommunikationen i det sundhedsadministrative system.

I skemaets sjette række findes det medicinske videnskabssystem, som opererer ud fra koden sandt/falsk ligesom det generelle videnskabssystem. På sygehuse har man den særlige situation, at professionsudøvelse og forskning foregår meget tæt på hinanden.

Sygdomsbehandlingssystemet er dog som andre systemer operativt lukket om sig selv. Det vil sige, at andre systemer ikke kan afgøre, hvad der gælder som sygdom i dette system, ligesom andre systemer ikke kan lave programmer for behandling eller diagnose (Knudsen, 2008: 24).

Heller ikke det medicinske videnskabssystem, selvom de to systemer er tæt koblete. Sygdomsbehandlingssystemet kan lade sig informere af videnskabelige resultater. Men ofte er man nødt til at behandle, selvom der mangler evidens for behandlingsmetoden. Så er man nødt til "at føle sig frem" og handle på baggrund af den kollektive erfaring – i sådanne tilfælde vil beslutninger vedrørende behandlingen af patienten blive taget i fællesskab, dvs. bragt op på lægernes daglige konferencer. (Feltdagbog, side 75).

Det er ikke blot subsystemerne inden for sundhedsvæsenet, der bidrager til en kommunikation baseret på forskellige koder. Når man iagttager kommunikationen på en sygehusafdeling om patienten og patientjournalen er det tydeligt, at sygehuset som organisation i dag ikke er domineret af én kode. I kommunikationen på et sygehus foretages strukturelle koblinger til retssystemet, det politiske system og det økonomiske system samt en række andre funktionssystemer.

Eksempelvis "forstyrrer" den økonomiske kode lægen og danner grundlag for beslutninger i sygdomsbehandlingssystemet. I valg af behandlingsstrategi er lægen således nødt til at medtænke økonomiske hensyn, før der iværksættes dyre undersøgelser eller behandlinger, dvs. lægen må overveje en ekstra gang, om der er medicinsk indikation nok til at sætte en undersøgelse eller behandling i gang.

Sygdomsbehandlingssystemet er også tæt koblet til det politiske system. Det politiske system kan ikke dog afgøre, hvordan der skal behandles og diagnosticeres, men via bevillinger kan det påvirke typerne af aktiviteter – fx om

ressourcerne primært skal gå til kirurgiske eller medicinske patienter (Knudsen, 2008: 26).

Som det fremgår af ovenstående, kan sygehusene iagttages som mødesteder for en række forskellige systemer (Knudsen, 2008: 16). Det er en vigtig pointe, at systemdannelser ikke følger enkelte organisationers grænser (Knudsen, 2008: 21). Hverken funktionssystemer eller organisationer er rumligt afgrænsede systemer – de består af kommunikative koder og programmer.

Men selvfølgelig eksisterer sygehuset som en fysisk bygning. Denne bygning er i dag rammen om mange forskellige funktionssystemer, som på den ene side er operativt lukkede, og på den anden side kan være koblet til hinanden på mange forskellige måder (Knudsen, 2008: 28).

Det enkelte sygehus er ramme om kommunikation, som er struktureret ud fra forskellige funktionssystemers koder og tilknyttede programmer. Samtidig er det enkelte sygehus også rammen om kommunikation, som er orienteret mod beslutninger, og som strukturerer sig ved hjælp af beslutningspræmisses (Knudsen, 2008: 30).

Sygehuset som fysisk ramme rummer meget kommunikation, som ikke er elementer i organisationen. Sygdomsbehandlingssystemet har således større kompleksitet til rådighed i iagttagelsen af og kommunikationen om sygdom, end organisationssystemet har. For eksempel udstikkes retningslinjerne for sundhedspersonalets arbejde ikke udelukkende af det enkelte sygehus (Knudsen, 2008: 30).

Som følge af forskellene mellem systemerne kan der opstå konflikter. I sygdomsbehandlingssystemets optik bør afgørelser vedrørende patienters indlæggelse og udskrivning være bestemt af funktionssystemets udtømming af egne muligheder for at knytte videre an til sygdommen – fordi patienten er rask, død eller uden for terapeutisk rækkevidde. Men på et sygehus kan indlæggelsen /udskrivningen i dag lige så vel være bestemt af organisatoriske præmisses. For eksempel beslutninger om antallet af senge, personalenormeringen eller lignende (Knudsen, 2008: 30). Sådanne systemsammenstød kan i dag give anledning til konflikter på sygehuse.

5.3 Kvalitetsudviklingsdiskurser

Ud over at kommunikationen på et sygehus foregår med udgangspunkt i koblinger til de ovenfor nævnte socialsystemer, knyttes der i kommunikationen om pleje og behandling af patienterne samt diskussionerne om indholdet af patientjournalen også an til forskellige kvalitetsudviklingsdiskurser. Fra politisk side ønsker man en stærkere styring af sygehusområdet, og indførelsen af EPJ anses som én af metoderne til at opnå rationalisering, effektivisering og øget kvalitet i pleje og behandling. Disse rationaliseringsbestræbelser, indbygget i EPJ'en, kan kolliderer med sundhedspersonalets opfattelse af det centrale ved patientjournalen:

(...) Så bliver det jo også brugt som et administrativt værktøj, både hvad angår økonomistyring og DRG og sådan nogle ting. Der har man jo også i processen kunne mærke nogle modstridende interesser mellem os, som gerne vil have et hurtigt overblik og en hurtig måde at kommunikere med hinanden for alle faggrupper og dokumenterer vores handlinger på, som vi skal. Og så det dokumentationsværktøj som er effektivt... som giver mulighed for at administrerer og effektivisere – ligesom rationalisere – ved at have et værktøj, der kan... Det bliver jo overdrevet med sådan nogle koder for alle mulige procedurer. Det er jo dels noget med økonomien, men også noget med at rationalisere, og man ligesom går – hvad skal man sige...? ... Hvis man skal man være fræk, kan man sige, at der går lidt Handelsskole i den. Det er selvfølgelig også en forudsætning for, at vi overhovedet kan gøre det arbejde, vi gør, at økonomien og det overordnede er rationaliseret. Men der har været nogle konflikter i forløbet, hvor EPJ-sekretariatet ikke rigtig har kunnet forstå, at vi primært har brug for at kommunikere med hurtigt overblik og hurtig tilgang. (læge 2)

En del af kvalitetsudviklings- og rationaliseringsbestræbelserne forbundet med EPJ handler om, at der skal kunne dokumenteres objektivt og på et forenklet grundlag. Det medfører, at sygehusområdet bliver irriteret i gang med at

kommunikere om sin egenkommunikation og ikke mindst problemer med denne (Højlund & Højlund, 2000: 24-25).

5.4 Interaktionssystemet mellem sundhedspersonen og patienten

Kommunikationen om patienten blandt sundhedspersonalet foregår altså via koblinger til ovenfor nævnte funktionssystemer. Mit primære fokus i undersøgelsen er sundhedspersonalets indbyrdes kommunikation, men kommunikationen på en sygehusafdeling foregår selvfølgelig også i de interaktionssystemer, der opstår, mellem sundhedspersonalet og patienten.

I interaktionssystemet mellem læge og patient kommunikerer der ud fra to forskellige sygdomsmodeller: Lægevidenskabens biomedicinske *disease*-model og patientens *illness*-model baseret på oplevelse og opfattelse af symptomer på sygdom³⁴.

Patienten vil gerne mødes med forståelse for sin *illness*, dvs. det man inden for lægeverden vil kalde de subjektivt oplevede symptomer på sygdom. Men systemet er ikke indrettet til at takle denne type kommunikation, og patienten oplever i stedet, at lægens kommunikation er centreret omkring patientens mulige *disease*, for eksempel hvorvidt patienten objektivt set har en medicinsk årsag til sin oplevelse af svimmelhed og synsforstyrrelser (Hastrup, 1986: 239).

Det kan give anledning til kommunikationsbrist. Inden for sygdomsbehandlingssystemet er der ikke noget at kommunikere om, hvis der ikke objektivt set er sygdom til stede, så hvis patienten stadig oplever *illness*, bliver pågældendes kommunikationsbehov ikke tilfredsstillet (Hastrup, 1986: 247). Der mangler således et fælles sprog (en fælles kode for kommunikation), som gør det muligt at tale om *disease* og *illness* på én gang (Hastrup, 1986: 240).

Lægen kommunikerer ud fra distinktionen syg/rask – med syg som positivværdi – mens patienten har rask som positivværdi. Desuden fortager

³⁴ Inden for den medicinske antropologi anvendes ofte tre centrale sygdomsbegreber: *illness*, *disease* og *sickness*. Hvor *sickness* refererer til de konsekvenser lidelsen får for personen i forhold til omverdenen. Se eksempelvis Kleinman (1989) eller for en oversigt over anvendelsen af forskellige sygdomsmodeller Nielsen (2002).

patienten en skelnen mellem person/patient, hvor personen er subjektet, det vil sige "mig som menneske", mens patienten er objektet for diagnostik og behandling. I interaktionssystemet med sundhedspersonalet forventer patienten en seriøs behandling af personen, ikke kun af patienten (Hastrup, 1986: 241). Men sygdomsbehandlingssystemet med dets knappe tidsmæssige ressourcer er ikke altid gearret til dette. Det oplevede jeg også under feltarbejdet, hvor en læge gentagne gange blev nødt til at afbryde en ældre kvindelig patient, der tydeligvis havde størst fokus på hende som person og gerne ville fortælle fra sit liv. Lægen var imidlertid nødt til at holde fokus på hende som patient, og gik derfor hurtigt hen over eller afbrød, hvis hendes kommunikation var "uvæsentlig". Som han sagde til mig efter samtalen, så "er det ikke for at være uhøflig, men for ikke at spille tid". (Feltdagbog, side 52).

Sundhedspersonalet er desuden fanget mellem to modsatrettede kræfter – patienternes krav om større menneskelighed i systemet samt tid til den enkelte patient og de bevilligende myndigheders krav om højere effektivitet i systemet samt generelle nedskæringer.

De interaktioner mellem patienten og sundhedspersonalet, som jeg har haft lejlighed til at observere, er stuegang og den ambulante konsultation. Begge typer patientkonsultationer er det fysiske rum for lægens undersøgelse og observation af patienten samt det kommunikative rum for italesættelsen af patienten (Pedersen, 2000: 64).

I denne type patientkonsultationer er det primært lægen, der sætter rammen for kommunikationen, og lægens samtalepartnere under stuegangen er patienten, sygeplejersken og journalen (Pedersen, 2000: 66).

Under stuegangen indtager lægen, sygeplejersken og patienten nogle på forhånd fastlagte roller. Lægens rolle er at udrede, diagnosticere og behandle patienten, herunder udarbejde behandlingsplaner. Sygeplejerskens rolle under stuegang er at orientere lægen om plejemæssige forhold og formidle observationer om sygdommen til lægen. Sygeplejersken udfylder en hjælpefunktion i forhold til at diagnosticere og behandle, og derudover udarbejdes plejeplaner. Yderligere er det sygeplejerskens ansvar at følge op på det, lægen har sagt under stuegang, det vil sige at koordinere og iværksætte

handlinger samt sikre sig, at patienten har forstået det, der blev sagt under stuegang. Patientens rolle er at formidle observationer om sygdommen til lægen. Hvis formålet med stuegangen er at tegne et billede af patientens sygdom, så har det traditionelt været lægen, der med sin medicinske viden skaber såvel billedets ramme som selve billedet og dets fortolkning (Pedersen, 2000: 66).

Men denne tendens er måske under opbrud. Organisation handler om beslutninger, og i dag bliver mere beslutningsansvar lagt over til patienten. Af de tre afdelinger jeg besøgte, var denne tendens mest udbredt på afdeling D. Her er de indlagte ofte ikke traditionelle patienter, men raske kvinder, der principielt set selv bestemmer, hvordan de vil føde. På afdeling D møder man et ideal om patienten som et subjekt, der selv deltager aktivt i beslutninger vedrørende behandlingen. Her er et uddrag fra feltdagbogen som eksempel på, hvordan en læge og en patient kommunikerer om handlemuligheder:

Ved informationsskranken ligger en journal på en akut patient. Lægen ser den igennem. Fødselsforløbet (som endte i kejsersnit) er på papir, mens blodprøvesvar er i Cosmic. Patienten har en høj CRP-værdi. Det kan ifølge lægen skyldes flere forhold: CRP-værdien er generelt forhøjet efter operationer, men det kan også skyldes en infektion i kroppen. Hvis det er en infektion, kan det fx dreje sig om en byld i operationssåret, blærebetændelse eller influenza. Hun går ind på stuen og undersøger patientens mave – der er ingen særlig ømhed, såret efter kejsersnittet er ikke rødt og er vokset fint sammen. Desuden vurderer lægen, at patientens almentilstand er god. Lægen siger til kvinden: "Mit forslag er, at vi ser tiden an, og at du skal til kontrol ved egen læge – hvad siger du til den plan?" Patienten svarer: "Det lyder fint – jeg vil ikke åbnes op uden grund". Lægen siger: "For vi kan godt handle mere aktivt [åbne op og se efter byld] – det er op til dig...?" Patienten indvilliger i at vælge at se tiden an. Lægen skriver et notat på en gul lap papir, som senere skal skrives i Cosmic. (Feltdagbog, s. 73)

Mange patienter er tilfredse med selv at tage beslutningsansvaret, mens andre efterspørger mere autoritet/ikke har lyst til at påtage sig det ansvar. Ofte kan det kan være svært for lægen at vide, hvad det er for en type patient, og hvilket informationsniveau, der vil være passende. Der kan selvfølgelig også være tilfælde, hvor patienten ikke bliver givet så frie valg i forhold til behandlingsindsatsen. Eksempelvis hvis indgrebet ville være risikabelt for mor eller barn.

Indførelsen af EPJ har gjort det muligt for lægen at "gå stuegang" uden patienten og sygeplejersken. Forstået på den måde, at lægen anvender mere tid på at forberede sig foran computeren alene. Dermed skæres der ned på den tid, som lægen anvender på den såkaldte forstuegang, hvor lægen og sygeplejersken i fællesskab gennemgår patienterne, før de går ind på stuen (se feltdagbog, side 74). Sygeplejersker og læger går dog stadig stuegang sammen, selvom muligheden for at lægen efter indførelsen af EPJ kunne gå stuegang alene, blev bragt på tale under workshops forud for indførelsen af Cosmic (Feltdagbog, side 33).

Der foregår nemlig en del beslutningskommunikation under selve stuegangen, som sygeplejerskerne gerne vil være med til at påvirke. Ligesom sygeplejersker gerne vil høre hvilke informationer, lægen giver patienten under stuegangen, for at have mulighed for at følge op på det efterfølgende (Sygeplejerske 3, side 27; Feltdagbog, side 33).

For lægen har den fælles stuegang også den fordel, at sygeplejersken her kan give den nyeste patientinformation, som måske endnu ikke er blevet skrevet i Cosmic. Den stuegangsansvarlige sygeplejerske anvender nemlig ofte tiden op til stuegang på at give medicin til patienterne samt danne sig et indtryk af deres aktuelle tilstand (se for eksempel sygeplejerske 4, side 16-17). Samme sygeplejerske påpeger, at nogle af "de bløde værdier", som ikke altid fremgår af journalen, i stedet bliver formidlet til lægen under stuegang.

- 6. Den gode patientjournal og EPJ som kommunikationsmedie – sundhedspersonalets iagttagelser af fordele og ulemper ved Cosmic EPJ kontra papirjournaler

I det foregående afsnit har jeg vist, hvordan forskellige faggrupper iagttager patienten ud fra forskellige koder. I det følgende afsnit vil jeg illustrere, hvordan disse forskellige optikker på patienten i nogle henseender også medfører divergerende syn på fordele og ulemper ved Cosmic EPJ. Ligesom forskellige positioner (stilling, erfaring, alder) i organisationen også gør, at fordele og ulemper ansues forskelligt.

Sundhedspersonalets iagttagelser af fordele og ulemper ved Cosmic EPJ er fremkommet i individuelle interviews, et fokusgruppeinterview, et cafemøde samt under mine feltstudier på afdelingerne.

Under de individuelle interviews har jeg dels stillet åbne spørgsmål, hvor jeg direkte har spurgt ind til deres syn på fordele og ulemper ved Cosmic EPJ.³⁵ Dels har jeg fulgt disse åbne spørgsmål op med en række uddybende spørgsmål, hvor jeg har spurgt ind til deres iagttagelser i forhold til de forudbestemte temaer overblik, tid, omstrukturering af arbejdsgange, kommunikation mellem faggrupperne, kommunikation med patienten samt implementeringsprocessen.

I fokusgruppeinterviewet blev hver person indledningsvist bedt om at overveje og nedskrive henholdsvis tre fordele og tre ulemper ved Cosmic EPJ, og disse fordele og ulemper blev siden gjort til genstand for diskussion blandt fokusgruppemedlemmerne.

I forbindelse med et cafemøde med deltagere fra alle tre afdelinger, som blev afholdt cirka et år efter fokusgruppen nemlig i foråret 2007, blev der sat fokus på tre overordnede temaer: EPJs betydning for henholdsvis relationerne mellem sundhedspersonalet, kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten, samt kvaliteten af pleje og behandling.

³⁵ Er der noget i forbindelsen med dokumentationen i Cosmic, som du synes fungerer dårligt eller mindre godt? ... Er der så noget ved den måde, I dokumenterer i Cosmic, som du synes fungerer bedre, end da dokumentationen foregik på papir?

6.1 Forskellige syn på den gode patientjournal

Fordi synet på patienten er forskelligt, er også opfattelsen den gode patientjournal forskellig blandt faggrupperne på sygehusafdelingerne. Jeg har udvalgt nogle typiske bud på en god patientjournal afgivet af de forskellige faggrupper under de individuelle interviews.

En god patientjournal for lægerne er:

(...) hurtig, tilgængelig og et kommunikationsredskab, hvor der er overblik og entydighed, og hvor man har færrest mulige dobbeltregistreringer. (læge 2)

(...) en journal, der indeholder de relevante oplysninger, hverken for meget eller for lidt... hvor man kan danne sig et overblik hurtigt, ved at den er bygget op på traditionel vis, kan man sige... at man ved, hvor man skal lede efter tingene... øverst står der allergi, og nederst står der en konklusion, sådan så det... man hurtig kan danne sig et overblik... ja... et forståeligt sprog. (læge 6)

Her er to bud på en god patientjournal fra plejepersonalet:

(...) en journal, hvor man egentlig kommer rundt om alle patientens aspekter. Her der tænker jeg både – selvfølgelig skal man have en anamnese, og man skal også vide, hvad patientens forhistorie er, og man skal vide, hvad det aktuelle problem er. Men ikke mindst de sociale ting er lige så vigtige i forhold til at kunne yde en god sygepleje til patienten. (sygeplejerske 1)

Interviewer: *Hvad er så en god patientjournal for dig?*

Sygeplejerske 3: *En god patientjournal, det er en patientjournal, hvor man nemt kan få overblik over: hvad er det for en patient, man har med at gøre? – og hvad er planen?*

Interviewer: *Ja.*

Sygeplejerske 3: *Ja. ... Fordi at det er jo netop den fremadrettede sygepleje, som vi skal arbejde hen imod, og det kræver overblik. For at man kan se fremtidsplanerne med patienten, så kræver det, at man har et godt overblik over, hvordan situationen ser ud. Det er noget med et godt overblik.*

En god patientjournal for jordemødrene giver et helhedssyn på den gravide og fødende kvinde:

Interviewer: *Hvad er så en god patientjournal for dig?*

Jordemoder 2: *Ja, det er jo en, der har en bred... et bredt øje... en bred indsigt i patientens forløb.*

Interviewer: *Kan du uddybe det lidt mere... med hvordan det er bredt... hvad er det for nogle...?*

Jordemoder 2: *Jamen, det skal både kunne afspejle hendes... hvis det drejer sig om... hendes sociale baggrund, hendes... skulle kunne afspejle hendes liv næsten... og så skal det selvfølgelig afspejle den situation, hun er i nu.*

Interviewer: *Det er måske noget, man bruger meget i kontakt med den fødende under fødslen, at man har det der indtryk af, jamen, hvad er det for en baggrund, hun kommer fra...?*

Jordemoder 2: *Ja, det betyder noget i forhold til min kommunikation med hende... at jeg ved noget om hendes baggrund og hendes tidligere historie.*

Som andre faggrupper giver jordemødrene også udtryk for, at de ønsker et godt overblik og en overskuelig journal, som er hurtig at arbejde med.

En lægesekretær giver følgende bud på en god patientjournal:

- Interviewer: *Hvad er så en god patientjournal for dig?*
- Sekretær 6: *En god patientjournal det er, hvor tingene er opstillet i overskuelige punkter, så man kan pille det ud... pille det ud, som man lige nøjagtig har brug for nu og her, og hvor der er et minimum af gentagelser (...) det skal være letforståeligt uden alt for mange forkortelser, som kun fagfolk forstår. Jeg synes... personligt bruger jeg meget meget få forkortelser... jeg bruger nogle af dem, der står i retskrivningsordbogen (...) men jeg synes, det er en uskik at bruge forkortelser for fagudtryk.*
- Interviewer: *Så du tænker lidt over, at den er et kommunikationsmiddel og det...?*
- Sekretær 6: *... også specielt fordi, at patienterne har ret til at få deres egen journal...*

En god patientjournal for lægesekretærene er således en patientjournal, der er overskuelig og ordentlig. Derudover skal den også være enkel og ligetil at dokumentere i, så det letter indskrivningsprocessen for lægesekretærene. De fleste lægesekretærer vurderer, at Cosmic er forholdsvis let og overskuelig at anvende, men én af de faktorer, som især i opstartsfasen kan besværliggøre indskrivningen af diktater for lægesekretærene, er hvis enkelte læger ikke dikterer efter den nye skabelon for dokumentation – enten på grund af manglende vilje til at ændre praksis eller på grund af forglemmelser. Så pålægges lægesekretærene nemlig en ekstra arbejdsbyrde med at strukturere det dikterede efter nøgleord (sekretær 1, s. 8 og 13).

Alle faggrupperne betoner altså vigtigheden af et godt overblik, men de ser forskelligt på, hvad et godt overblik er.

For en sygeplejerske er en god patientjournal således en journal, der indeholder de oplysninger, der er nødvendige for at vurdere patientens behov for pleje, så man kan yde den rette pleje og omsorg. Som en sygeplejerske udtrykker det, er patientjournalen et redskab, der hjælper hende med at "komme rundt om hele patienten", og en god patientjournal for hende er altså en journal, som er "fyldestgørende, og én hvor du kan sige, at du har et godt billede oppe i dit hoved af en patient" (Sygeplejerske 4, s. 4).

Dette behov for fyldige journaler støder dog sammen med lægernes udtrykte ønske om kortfattede, overskuelige journaler, som ligner den traditionelle papirbaserede patientjournal, som jo i høj grad var lægens journal. Som beskrevet tidligere så er kommunikationen i sygdomsbehandlingssystemet baseret på at fastslå, om patienten er syg eller rask. En god patientjournal for personer koblet til sygdomsbehandlingssystemet – det vil primært sige lægerne – er derfor en patientjournal, som hovedsageligt fokuserer på denne kommunikationskode.

Men elektroniske journaler, og deres mulighed for at filtrere oplysninger, gør det dog muligt at tilgodese begge parter behov. Som regel vil lægerne hurtigt sortere plejepersonalets kommunikation i journalen fra, men denne kommunikation er dog stadig mere tilgængelig for lægerne, end den tidligere var.

Da de forskellige faggrupper ikke er fuldstændig enige om, hvad der karakteriserer en god patientjournal, pågår der stadig forhandlinger omkring patientrepræsentationen.

Forhandlingerne om patienten og patientjournalen er altså en proces, som løbende finder sted indbyrdes mellem sundhedspersonalet, mellem sundhedspersonalet og patienten samt mellem sundhedspersonalet og EPJ-implementeringsorganisationen, som også søger at tilgodese eksempelvis Sundhedsstyrelsens krav til dokumentationsredskaberne. En stor del af forhandlingsprocesserne er selvfølgelig sket i workshops forud for implementeringen, men forhandlingerne foregår stadig hver dag – for eksempel når sygeplejerskerne diskuterer, hvor i journalen et notat bør stå, eller lægen

over for sygeplejersken indirekte stiller spørgsmålstegn ved relevansen af en del af plejepersonalets dokumentation.

En af de faktorer, som er afgørende for, at en patientjournal opfattes som god af politikere, administratorer og it-specialister, er, at indholdet er forholdsvis struktureret. Det gør det nemlig lettere at udtrække data fra systemet til brug for eksempelvis statistik, forskning eller økonomisk afregning.

Sundhedspersonalet har ikke helt den samme synsvinkel. Selvom de også har glæde af, at det er lettere at genfinde data, så har de været vant til en journalføring baseret på fritekst og finder det i mange tilfælde svært at vænne sig til den strukturerede dokumentationsmåde, Cosmic er bygget op over.

Denne problematik vil jeg se nærmere på i det følgende, hvor blikket vendes mod sundhedspersonalets iagttager af fordele og ulemper ved Cosmic EPJ.

6.2 Fordele og ulemper ved standardisering samt strukturering

I min interviewguide havde jeg faktisk ikke inkluderet et spørgsmål, hvor der direkte blev spurgt ind til sundhedspersonalets syn på standardisering og strukturering af dokumentationen. Men det er et tema, som ofte blev bragt på banen af interviewpersonerne, så det er altså ét af de områder, hvor sundhedspersonalet har mærket store forandringer efter indførelsen af Cosmic EPJ, og hvor de har iagttaget såvel fordele som ulemper.

De sundhedspersoner, jeg har interviewet, som har erfaring med at anvende EPJ-systemet Medicare på Svendborg Sygehus, vurderer også, at Cosmic er et system, der fordrer en mere struktureret dokumentation, end det er tilfældet i Medicare (Læge 8, side 1-2).

En højere grad af standardisering og strukturering er ét af kendetegnene ved dokumentationen i Cosmic. Standardiseringen indebærer, at der efterstræbes en vis ensartethed i dokumentationen indenfor et fagområde. Mens den øgede strukturering kommer til udtryk ved, at dokumentationen er inddelt eller ordnet på en bestemt måde – i Cosmic skal dokumentationen således foretages ud fra en række nøgleord. Modpolen til den meget standardiserede og strukturerede

dokumentation er friteksten, hvor skribenten selv bestemmer indhold og rækkefølge.

Ved det første interview med en sygeplejerske blev temaet strukturering og standardisering bragt på banen, da jeg bad hende forklare, hvordan plejepersonalets dokumentation i Kardex fungerede før indførelsen af EPJ, samt senere da hun forklarede, hvordan indførelsen af EPJ efter hendes opfattelse har været med til at optimere sygeplejen, hvorefter hun eksplicit efterlyste flere standarder (Sygeplejerske 1, s. 15-18 og 23).

Så skriver man så [i de tre kolonner i Kardex] patientens problemstillinger ned, hvilke handlinger, man har gjort på det, og en vurdering. Det, jeg så synes har været et problem, er, at det er enormt svært at overskue, fordi det så selvfølgelig er bygget op efter dag, aften og nat, eller hvornår de nu er kommet her og blevet indlagt. Men ud over det, så er der egentlig ikke så meget justits. Altså, man skriver bare det hele i et stort sammensurium, og det kan altså være svært. Hvis man nu lige vil se, hvordan patientens ernæringstilstand er, så kan det være svært at danne sig et overblik, fordi det hele står i en pærevælling, og det er sådan noget, vi brugte tid på. På den måde sparer vi måske noget tid ved at kunne danne sig et overblik hurtigere i EPJ. (Sygeplejerske 1, side 16)

Denne sygeplejerske er forholdsvis nyuddannet og professionsbachelor. Professionsbachelorerne har mere teori og ofte også mindre praksiserfaring med sig end sygeplejersker uddannet på tidligere studieordninger, som det eksempelvis bliver italesat af en mere erfaren sygeplejerske, der betegner sig selv som en "håndværkssygeplejerske", hvis største force er hendes "kliniske blik", dvs. en fornemmelse for hvor patientens problematikker ligger henne, som er opbygget gennem mange års erfaring (Sygeplejerske 5, s. 1-2). Flere af de yngre, forholdsvis nyuddannede sygeplejersker, jeg har interviewet, har dog forud for sygeplejestudiet arbejdet i hjemmeplejen og har på den måde også en del praksiserfaring. Det gør sig også gældende for denne første sygeplejerske.

Det er dog ikke kun de yngre professionsbachelorere, der betragter en vis standardisering af sygeplejen som en fordel. Den erfarne håndværkssygeplejerske nævnte også det, at man dokumenterer sygeplejen mere ens, som en fordel ved EPJ (Sygeplejerske 5, side 13).

Det er dog ikke alle interviewpersonerne, som betragter den øgede standardisering og strukturering som en fordel. Her er et par eksempler på sundhedspersonalets iagttagelse af en ulempe ved den øgede standardisering, nemlig at ikke alle deres data passer på de kategorier eller nøgleord, som dokumentationen i Cosmic er bygget op omkring:

Ja, altså de der nøgleord har ligesom på en helt anden måde end tidligere lagt vores notater ind i sådan nogle kasser, ikke. (...) Og det er et problem, for jo flere kasser vi laver for at få plads til den her form for information, jo længere bliver de her skabeloner, og jo sværere får folk ved at huske dem. Så jeg tror på en eller anden måde, at vi i vores forsøg på at lave en styring af, hvem der skriver hvad i notaterne og laver de der forskellige... har gjort det så detaljeret på bekostning af noget af vores... at det ikke er så udtømmende, ikke også? Det er blevet relativt detaljeret, men alligevel har vi ikke det hele med. På en måde ville det være lettere at komme af med sine data og sine oplysninger, hvis man bare havde en kasse der hed "Objektivt" og "Handling" eller "Procedurer". I stedet for at have en der hedder "Kig i øret" og "Kig i næsen" og "Kig i halsen" – hvad så hvis man kigger på kinden, hvor skal det så være? ... Men det er et eksempel på, at den højere grad af styring gør, at man har så mange små skuffer – men alligevel har man ikke nok. (Læge 2, s. 12)

Men der er rigtig, rigtig meget, hvor vi ikke ved, hvor vi skal gøre af det! For eksempel så kan der være én, som har diabetes og har noget lavt blodsukker osv. – eller højt blodsukker for den sags skyld. Så er det jo så spørgsmålet: hvorfor har patienten højt blodsukker? Og hvor skal jeg så skrive det henne, for der er ikke nogen af de nøgleord, som

passer på diabetes – sådan lige umiddelbart. For det kan være pga. patienten har en lungebetændelse, som måske hører under respiration, som gør at blodsukkeret er højt pga. infektionen. Det kan også være, at patienten lige har spist et stykke chokolade, og det er under ernæring, ikke. Altså, der er sådan nogle ting, hvor det er rigtig svært at få det puttet ind. Det er jo så det der igen med, hvor skal jeg så skrive det? Men også, hvor skal den næste finde oplysningen? Det er svært! (Sygeplejerske 3, s.15-16)

Sundhedspersonalets problemer med den højere grad af strukturering handler dels om, at det er en læringsproces, hvor personalet internt er nødt til at diskutere hvilke nøgleord, de forskellige fænomener bør dokumenteres under. Men det illustrerer også, at en sådan standardisering kan være problematisk, når det, der skal dokumenteres, er komplekst:

Interviewer: *Hvordan har sygeplejerskerne så oplevet det at få det her nye dokumentationsredskab?*

Sygeplejerske 3: *Død frustrerende! [griner] Altså, for det første så skulle de jo vænne sig til en computer i det hele taget. Men så også... det er jo ikke det der med, at vi skal opdele det i mål og så videre – det er slet ikke det, der er det svære.*

Interviewer: *Det er ikke selve dokumentationsmodellen?*

Sygeplejerske 3: *Nej. Det der frustrerer, det er også det der med – hvor skal jeg putte det ind henne? For eksempel eksemplet med diabetes – hvor søren skal jeg putte det hen? Og så står jeg med det problem – hvad gør vi ved det? Nogen vælger så at skrive det et eller andet tilfældig sted og nogen vælger slet ikke at dokumentere det.*

Interviewer: *Okay!*

Sygeplejerske 3: *Det er jo lidt med forskel, ikke også. Fordi det kræver store faglige overvejelser nogle gange, hvor*

vi skal gøre af tingene. Og nogle gange så kan man jo ikke finde en entydig løsning på det, vel.

En fordel ved papirdokumentationen, som læger og jordemødre understreger flere gange, var muligheden for selv at strukturere dokumentationen. Selvom der havde udviklet sig normer og traditioner for dokumentationsmåden, var papirdokumentationen primært baseret på fritekst. Det betød samtidig – giver blandt andet flere jordemødre udtryk for – at det var nogle andre ting, man dokumenterede:

(...) det bliver på en eller anden måde en anderledes formel måde at skrive på, når du sidder der og skriver på maskine (...) der savner jeg måske en gang imellem lidt... de der... en gang imellem skrev man altså lidt subjektive ting i en fødejournal... (...) som ikke altid er helt uvæsentligt for den kollega, der eventuelt skal overtage (...) som måske fortæller noget om de ting, hun sådan har fortalt om i graviditeten, eller måden hun reagerer på, eller hvad pokker det nu kan være... og det kan jeg mærke, det sidder jeg ikke og skriver ind i Cosmic. (...) og det savner jeg måske lidt... både at andre skriver det lidt mere måske... men også at jeg selv... det får jeg ikke skrevet. Så er det noget, man får overleveret til rapporten, men der kan du godt risikere, det er én, du fortæller det til, og så pludselig bliver hun hevet ud af stuen, fordi hun skal noget andet hos en, der er længere... og så er det en tredje, der går ind... og så går sådan noget lidt tabt... (...) jeg skriver mindre... det gør jeg, det er jeg slet ikke i tvivl om... og jeg skriver dårligere. Jeg synes, når jeg sådan læser nogle af mine forløb på nogen, jeg har født med... hvis jeg sådan går ind og kigger efter et eller andet nogle dage efter, så tænker jeg... hvorfor fanden... hvorfor har du skrevet det sådan? (...) normalt kan man sådan genkende sine ord, dit ordvalg... og vendinger og sådan noget... det kan jeg ikke altid mere. (Jordemoder 3)

At der var mere plads til fritekst, gjorde det muligt for sundhedspersonalet at bevare dokumentationens narrative karakter, og patientens tilstand blev ikke reduceret til koder, skabeloner, blodtryk, puls og hjerterytmer (se også Ellingsen, 2003: 52). Indførslen af EPJ ser altså ud til at have en tendens til at formalisere sundhedspersonalets dokumentation.

I citatet ovenfor forklarer jordemoderen desuden, at det er de mere subjektive ting, som hun ikke længere dokumenterer. Det er ofte blevet fremhævet, at når papirbaserede patientjournaler skiftes ud med elektroniske, så øges fokus på det medicinske og biologiske aspekt af kontakten med patienten, mens "den bløde" del af arbejdet med patienten i mindre grad bliver dokumenteret (se fx Svenningsen, 2004: 267). I mit møde med sundhedspersonalet er det dog ikke udelukkende den fortælling, jeg er blevet præsenteret for. Faktisk er der en tydelig tendens til, at især sygeplejerskerne fremhæver indførelsen af EPJ som en mulighed for at sætte fokus på sygeplejen, inklusiv de mere bløde sider af deres arbejde. Men det vil jeg vende tilbage til i afsnit 5.4, som omhandler distinktionen synlige/usynlige i forhold til arbejdsgrupper og arbejdsopgaver. For sygeplejerskerne gør et særligt forhold sig nemlig gældende – ønsket om at blive mere synlige i organisationen. Et ønske som EPJ nu bliver et redskab til at opfylde.

Som en jordemoder har observeret det, så indebærer brugen af nøgleordene en fare for, at det hele bliver meget skematisk. Man udfylder de nøgleord, der er, "men glemmer lige patienten" (Jordemoder 2, side 4). Altså, glemmer helhedssynet på patienten.

Hvorvidt de forskellige sundhedspersoner betragter den øgede grad af standardisering og strukturering som et plus eller et minus, afhænger sikkert også af, om de føler, at den måde, dokumentationsmodellen er struktureret på, fanger deres praksis. Flere af sygeplejerskerne angiver at have været vant til at arbejde med udgangspunkt i sygeplejeteoretikeren Virginia Hendersons 14 behovsområder, og de finder, at plejepersonalets sundhedsmodel i Cosmic EPJ i høj grad minder om Hendersons dokumentationsmodel (Sygeplejerske 1, s. 17; Sygeplejerske 4, s. 11). Hvis man ikke oplever, at dokumentationsmodellen i Cosmic afspejler ens praksis, så opleves den højere grad af struktur som en

ulempe. Som en jordemoder siger: *Cosmic er ikke et hensigtsmæssigt redskab. Jeg bruger ikke nøgleordene. For min kliniske praksis er ikke sådan, som Cosmic er sat op – og jeg ændrer ikke min kliniske praksis på grund af et nyt system* (Feltdagbog, side 91).

Når de har alvorlige indvendinger mod systemet, vælger nogle brugere ikke at anvende systemet på den måde, det er påtænkt af udviklerne. Det holder dog ikke i længden, så sandsynligvis vil de blive presset af kolleger og afdelingsledere til at følge den fælles dokumentationspraksis (Jordemoder 1, side 14). En lægesekretær fortalte mig således under feltarbejdet, at der var en læge, som havde svært ved at acceptere forandringerne forbundet med indførelsen af EPJ – og at han altid førte små korstog mod forandringer, men endte med at acceptere disse forandringer efter nogen tid (Sekretær 6, s. 17-18). Hvis ikke det sker, er det selvfølgelig muligt, at den pågældende vælger at søge arbejde på et andet hospital.

Det er blandt plejepersonalet, at den største forandring af dokumentationsmodellen har fundet sted. En del af forandringen indebærer, at plejepersonalets dokumentation er blevet mere struktureret. Det er meningen, at sygeplejedokumentationen skal deles op i *observation og problemer, mål, planlagt indsats, udført handling og evaluering*. Ved hvert nøgleord, der dokumenteres under, skal man således i princippet opliste både observation, mål osv.. Eksempelvis "Observation: Maven er stadig ikke i gang. Udført handling: Giver laktulose 15 ml." Det tager dog tid at vænne sig til at ændre sin dokumentationspraksis, så da jeg foretog observationer af plejepersonalet, var der flere, som ikke delte deres dokumentation op i disse kategorier. Hvis jeg bemærkede, at de ikke opdelte dokumentationen således ved begyndelsen af en arbejdsdag, kunne de godt finde på at ændre praksis i løbet af dagen (Feltdagbog, side 57-58), men denne opdeling blev altså i opstartsfasen ikke anvendt konsekvent.

6.3 Overblik i Cosmic EPJ

I interviewene bliver det ofte nævnt af såvel læger som sygeplejersker, at det var nemmere at danne sig et overblik med papirdokumentationen:

Altså, vi har talt om det med den seddel, vi mangler – med overblikket, ikke også. Vi har den der dagseddelen, kalder vi den, hvor vi kan se, hvem der er indlagt, og hvem der tager hvad. Det er klart en mangel, at man under den der "Indlæggelser" i Cosmic-journalen ikke har den endnu. Så er der noget med overblikket. Det er måske også et tilvænningsspørgsmål, men som det er nu, er det hurtigere – som du selv siger, med log in og log out og hvad ved jeg – så er det hurtigere, at tage en papirjournal fra vognen. Det er også hurtigere – nok også i kraft af vanens magt – at danne sig et indtryk i en papirjournal på end på en Cosmic[-journal]. (Læge 2, s. 7)

Sundhedspersonalet savner nogle af de visuelle karakteristika, der gjorde det nemmere at danne sig et hurtigt overblik over papirjournalen.

Både patientjournalen og Kardex var opbygget af en række forskellige typer dokumenter, som var placeret i en bestemt rækkefølge og adskilte sig fra hinanden visuelt via forskellige farver i margenen, dokumentets form eller andre karakteristika. Alle dokumenterne blev samlet i et chartek med en gennemsigtig forside, som blev forsynet med en label, der gjorde det muligt hurtigt at se patientens stamoplysninger (navn og cpr-nummer mv.).

Som en læge beskriver det her, var der meget visuel information i papirdokumentationen, som sundhedspersonalet anvendte til at få et hurtigt indtryk af hvilken type patient, de havde med at gøre eller til at huske, hvad sagen drejede sig om:

Det er jo en vigtig pointe, at journalcharteks også bliver brugt til at vise: "Hvad hedder patienten, hvad er det for en patient?". Hvis man har en bunke – bare det at sidde og kigge på en gammeldags papirjournal, så kan du se, hvad det er for en type patient. Er den meget, meget tynd, jamen, så er det noget, der lige er startet, ikke også. Eller én der kommer meget sjældent. Hvorimod ovre på onkologisk afdeling, der kan du se sådan nogle journaler her, ikke også [illustrerer en stor journal med hånden]. Sådan nogle har vi også

nogle enkelte af – folk der har lange, besværede forløb og har været her 1000 gange. Alene det bare at se på en journal, er der væsentlig information i. (læge 2)

Én fordel ved papirdokumentationen var altså, at den visuelt afgav en del information, og dermed gav et hurtigt overblik. Det bedre overblik i papirjournalen kan også skyldes, at det er hurtigere at læse et stykke papir end et skærbillede. Desuden kan man meget hurtigt bladre gennem et stort antal sider, og det er muligt at danne sig et overblik over flere sider på én gang - med Cosmic kan der kun vises ét skærbillede ad gangen (læge 4, side 12).

Selvom det for udefra kommende måske kan synes rodet eller uoverskueligt, at der på et sygeplejerske- eller sekretærkontor ligger flere bunker med journaler, så har disse bunker fungeret som en måde at gruppere og ordne patienttyperne på. Bunkerne har eksempelvis givet et visuelt overblik over hvilke patienter, der venter på at få en tid på ambulatoriet. Dette visuelle overblik mangler, hvis al dokumentationen foregår i Cosmic. Det er dog reelt ikke tilfældet, da der som regel stadig er et journalchartek med dokumentation, der ikke kan føres i Cosmic. Så bunkerne med papir er man ikke kommet væk fra endnu, og de kan måske heller ikke undværes. Medmindre man, som en sygeplejerske foreslår, udvikler en række overbliksdokumenter i Cosmic (Sygeplejerske 5, side 23).

Samme problematik gør sig gældende med blodprøvesvar, som tidligere kom på papir til lægesekretærens indbakke. Efter indførelsen af EPJ kommer disse prøvesvar direkte i en fælles indbakke for blodprøvesvar i Cosmic, hvorefter lægesekretæren kigger dem igennem og sender dem med såkaldt "skæve" tal ud til den relevante læges indbakke i Cosmic. Det kræver, at lægerne er opmærksomme på denne indbakke og tømmer den, hvilket i opstarten godt kunne give problemer, da bunken i Cosmics indbakke ikke er så synlig, som bunken med papir (Læge 2, side 24).

En fordel, der fremhæves ved Cosmic, er medicinmodulet, som gør det lettere for plejepersonalet at få overblik over den ordinerede medicin. Oplysningerne om det ordinerede skal ikke findes flere forskellige steder, som det kunne være

tilfældet med papirjournalen, og problemerne med at læse en utydelig håndskrift er elimineret. Men brugerfladen, når medicinen skal ordineres, er dog til gengæld lidt kompliceret. Så for lægerne kræver det mere tid at ordinere lægemidler i Cosmic end på papir eller via diktafon (Læge 2, side 15).

Efter indførelsen af Cosmic EPJ har sundhedspersonalet oplevet, at de mangler en del af de papirer, der tidligere var med til at skabe overblik. Dette gør sig især gældende blandt plejepersonalet på afdeling G.

En sygeplejerske på afdeling G fortæller, hvordan plejepersonalets dokumentation på denne afdeling tidligere var samlet i en mappe, som indeholdt følgende: Et hovedkort med personnummer, adresse og kontaktoplysninger på pårørende. Et ark med de habituelle oplysninger, som beskriver, hvordan patienten plejer at være. Et ark med sygeplejehandlinger, som var med til at skabe overblik. Et ark med prøver og undersøgelser, som også gav overblik. Gule ark med problemområder, som ifølge sygeplejersken ikke blev brugt så meget. Samt de hvide ark, hvor plejepersonalet dokumenterede i tre kolonner.

Især mangler personalet på afdeling G arket med sygeplejehandlinger samt oversigten over prøver og undersøgelser (Sygeplejerske 3, s. 19-21). Derfor endte det faktisk med, at man genindførte en del overblikspapir, som sygeplejerskerne nu medbringer på stuegang. Blandt andet fordi det er hurtigere at kigge på papiret end at vente på, at computeren kommer med det ønskede skærbillede, hvis lægen efterspørger en oplysning under stuegang. Dermed er der blevet skabt et parallelsystem på papir til den elektroniske patientjournal.

Også lægerne anvender stadig papir til at skabe overblik, især i form af patientlisten, som indeholder en oversigt over de forskellige teams, fordelingen af patienterne på stuerne samt navn, cpr-nummer og indlæggelsesdato på patienten. På denne liste noterer lægerne ofte små notater og ting, de skal huske vedrørende patienten. For eksempel "samtale pårørende kl. 14" og "varsle hjemmepleje den 25/1" (Feltdagbog, side 43).

Modsat fortæller en jordemoder, at når hun er på arbejde på fødegangen som koordinerende jordemoder, så oplever hun, at Cosmic giver et bedre overblik i flere forskellige situationer. Både når hun taler med de kvinder, som kontakter

fødegangen per telefon, og når hun skal sparre med jordemødrene under fødslerne, fordi det med Cosmic er muligt at følge fødselens fremgang uden at gå ind på stuen, idet notaterne fra jordemoderen på fødestuen er tilgængelige med det samme. Hun påpeger, at det ligeledes er en stor fordel, når man har jordemoderstuderende, da de kan få mulighed for at arbejde med kvinden på fødestuen uden jordemoderens indblanding, samtidig med at den ansvarlige jordemoder kan følge forløbet tæt (Jordemoder 1, side 12).

Men der er også situationer, hvor Cosmic ikke giver så gode muligheder for at opnå et godt overblik. Hvis en jordemoder skal overtage en fødsel, der er godt i gang, benytter hun således partogrammet til at skabe et hurtigt overblik (Jordemoder 1, side 4). Ligeledes hvis en meget dårlig kvinde kommer ind eller det pludselig skal gå rigtig stærkt på fødestuen – så er det langsommere med Cosmic at skabe sig et overblik, fordi man både er nødt til at åbne lægejournalen og medicindelen, og det giver en masse klik med musen, som alle tager tid (Jordemoder 1, side 8).

Som almindelig jordemoder på en fødestue giver Cosmic ellers ikke samme overblik:

Ja, altså, når jeg er på en almindelig fødestue, så er jeg nødt til at bruge den først og fremmest sådan som en gammeldags fødejournal på mange måder... men den er jo så ikke dækkende... jeg skal stadigvæk føre noget på papir... fra... og det, synes jeg også, gør det... jeg mister altså enormt hurtigt overblikket over den... jeg har aldrig haft så mange løse lapper i lommerne, som jeg har på nuværende tidspunkt... med ting som jeg skal huske, jeg skal gå ind og skrive, og ting jeg skal have lavet om på... (Jordemoder 3, side 5).

Som ovenstående illustrerer, så afhænger sundhedspersonalets vurdering af, hvorvidt Cosmic giver bedre eller dårligere overblik meget af, hvilken typer arbejdsopgaver de har.

Som en læge, der behandler patienter i et ambulatorium, fortæller, så kender han sine patienter i ambulatoriet og behøver kun navn og cpr-nummer

samt at se dem, når de træder ind af døren, for at kunne huske deres sygdomsforløb. Derfor oplever han ikke, at Cosmic giver ham bedre overblik. Cosmic opleves i stedet som et besværligt og kontrollerende element i hans arbejdsliv (Læge 3, side 3).

Som koordinerede jordemoder ved man aldrig, hvem den næste kvinde, der ringer, er. Så Cosmic er i den situation med til hurtigt at give et overblik, hvor hun tidligere brugte meget tid på at lede efter journaler.

Men også andre faktorer som alder og computererfaring kan spille ind. Den yngre del af sundhedspersonalet, som er vant til at arbejde med computere, har umiddelbart lettere ved at danne sig et overblik i Cosmic.

Derimod har føromtalte læge fra ambulatoriet svært ved at vænne sig til at anvende computersystemet. Han oplever, at han er meget lang tid om at lære at udfærdige en medicinordination og er nødt til at spørge de yngre sygeplejersker om hjælp undervejs. Ligesom han ikke er vant til at danne sig et overblik over tekst, der er samlet i forskellige mapper, som det er på en computer. Derfor savner han papirjournalen og dens kronologiske overblik (Læge 3, side 4-5).

6.4 Tværfaglighed

Oplevelsen af, hvorvidt indførelsen af EPJ bidrager til øget tværfaglighed på sygehusafdelingen, varierer fra faggruppe til faggruppe, og også indenfor den enkelte faggruppe kan der være forskel på iagttagelsen af det tværfaglige samarbejde.

Blandt de seks sygeplejersker, som er interviewet, angiver de fleste, at de ikke oplever den store forskel i forhold til tidligere med hensyn til deres egen brug af andre faggruppers notater. De kiggede også lægernes notater igennem før indførelsen af EPJ; men mange af sygeplejerskerne glæder sig til fysioterapeuternes notater bliver tilgængelige (Sygeplejerske 1, side 23; sygeplejerske 4, side 30). En sygeplejerske fra en medicinsk sengeafdeling skiller sig ud, idet hun beretter, at hun i højere grad benytter sig af andre faggruppers notater efter indførelsen af Cosmic. Hun finder lægernes notater lettere tilgængelige samt mere overskuelige, og specielt om morgenen, når der skal

dannes et overblik over patienterne, læser hun lægernes notater igennem. Derudover er lægernes stuegangsnotater hurtigere tilgængelige, ligesom blodprøvesvarerne er tilgængelige tidligere end sædvanligt. Den lettere adgang til blodprøvesvar betyder, at der hurtigere kan sættes handlinger i gang i forhold til patienten (Sygeplejerske 3, side 24-26). Sygeplejerskerne oplever desuden, at lægerne i højere grad er begyndt at læse plejepersonalets dokumentation og kan således mærke, at lægerne er bedre forberedte til stuegang end tidligere (Sygeplejerske 3, side 24-26; sygeplejerske 5, side 33).

Blandt lægerne angiver de fleste, at de primært læser deres egen faggruppes notater, og at de i høj grad værdsætter muligheden for at kunne filtrere, så kun de lægelige notater vises.

De tværfaglige elementer i Cosmic består dels i, at der er en række fællesdokumenter, hvori der samles data fra forskellige faggrupper, og dels i at når en bruger logger på journalen, så viser den automatisk notaterne fra de sidste tre dage for alle faggrupperne. Det er et irritationsmoment for flere læger, som en læge formulerer det her:

(...) Jamen, så starter den op, og den starter op på de sidste tre dage. Og det er sådan set lidt en irritationsfaktor, for så står alt muligt fra andre faggrupper, primært sygeplejersker, som skriver en masse ting, som givetvis er relevante for dem (...) Men det er uhensigtsmæssigt, at den ikke, når den ved, at jeg er læge, at den så ikke automatisk åbner den lægelige del af journalen. Det er noget, man i sekretariatet har syntes, at det var ret væsentligt. At når den nu er tværfaglig, så skulle man også starte tværfagligt. Men det første, jeg gør, er, at klikke på "Lægelige notater" og derefter en bestemt enhed [eksempelvis et sengeafsnit], og så får jeg noget, der minder om den gamle journal. (...) Det er noget, vi har fundet på – at man skal kunne trykke på en knap og så få en lægejournal. Det har gjort ondt på sekretariatet, som gerne vil have en tværfaglig journal. (...) De [EPJ-sekretariatet på OUH] har ligesom haft det udgangspunkt, at det nu var slut med at være en lægejournal og sygeplejejournal – nu er det

en patientjournal (...) de har ligesom haft stor glæde af at kunne finde en masse kasser og en masse skabeloner, og vi har hele tiden skreget på overblik. (...) Men vi har ligesom prioriteret overblik, og egentlig fået det ved at oparbejde noget i Cosmic, som minder ganske meget... hvis du tager vores papirjournal, eller køber en lærebog for en papirjournal, og så sammenligner med vores primærjournal skabelon [i Cosmic], så er den dæleme tæt på. ... Men det har fungeret meget godt i 150 år, ikke også. (Læge 2, s. 12-14)

Dette citat illustrerer, hvordan projektet med at indføre elektronisk patientjournal på OUH har ændret karakter undervejs fra vision til realitet. Som EPJ-projektleder Henrik Lindholm formulerede det i en præsentation til et arrangement om implementering af elektroniske patientjournalssystemer³⁶, så er projektet endt ud med at bære præg af "strøm-til-papir"-tænkning. Lindholm tilføjede, at for tre år siden ville han have syntes, det var pinligt, men han er kommet til den erkendelse, at det er nødvendigt, hvis klinikerne mentalt skal kunne kapere forandringen. Derudover handler det selvfølgelig også om de tidsmæssige ressourcer i forhold til eksempelvis at indføre problemorienteret journalføring for alle faggrupper.

Som citatet også viser, er det især gruppen af læger, som er modvillige over for forandring af deres dokumentationsmodel. Sygeplejerskerne har ændret deres dokumentationsform meget – delvist på baggrund af nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen - og kan også føre deres dokumentation problemorienteret³⁷. Men reelt dokumenterer de oftest under "udførte handlinger".

Selvom dele af sundhedspersonalet altså foretrækker, at tingene er som de altid har været, så kan indførelsen af EPJ dog ikke undgå at ændre på arbejdsgangene. På sigt er det også EPJ-sekretariatets intention, at der skal arbejdes mod større tværfaglighed, problemorientering og ændrede arbejdsgange. Men i første omgang er målet primært at sætte strøm til

³⁶ "Metoder til implementering af elektroniske patientjournaler". Arrangement afholdt af Dansk Selskab for Medicinsk Informatik på Odense Universitetshospital den 21. juni 2007.

³⁷ Dvs. dele dokumentation op i "Observation og problem", "mål", "planlagt indsats", "udførte handlinger" og "evaluering".

papirjournalen og gøre sundhedspersonalet fortrolige med den nye teknologi, før der foretages yderligere ændringer af grundlaget for deres arbejde.

I en undersøgelse baseret på interviews med læger på to norske hospitaler, som har afskaffet papirjournalen fuldstændig, konkluderer Lium, Tjora & Faxvaag således også, at traditionsbunden tankegang står i vejen for mere radikale organisatoriske forandringer. På trods af overgangen til elektronisk dokumentation, så er personalet på de norske hospitaler stadig præget af "papir-tankegang", ligesom den elektroniske patientjournal i sin opbygning og sit indhold minder utrolig meget om forgængeren papirjournalen (Lium, Tjora & Faxvaag, 2008).

Selvom lægerne i høj grad altså filtrerer plejepersonalets dokumentation fra, så benytter de sig i det daglige ofte af plejepersonalets oplysninger som grundlag for at træffe beslutninger om patientens behandling. Men blandt andet fordi det ville kræve meget tid at læse al plejepersonalets kommunikation, så foretrækker flere læger stadig den mundtlige kommunikation med plejepersonalet (Læge 8, side 19).

Tendensen er dog, at lægerne oftere læser i plejepersonalets dokumentation nu end tidligere. Den er nemlig blevet mere tilgængelig og lettere at læse, nu hvor det ikke er skrevet i hånden (Læge 6, side 7).

Umiddelbart oplever de flest af lægesekretærene ikke den store forskel på tværfagligheden før og efter indførelsen af EPJ. Dog anvender de af og til sygeplejedelen, hvis de for eksempel skal tjekke en oplysning. En lægesekretær beretter, at det er blevet mere synligt nu, at man er afhængige af hinanden, og af at andre får gjort deres opgaver færdige, fordi der i Cosmic er en række fælles oplysninger og dokumenter (Sekretær 2, side 13).

To af de tre interviewede jordemødre angiver, at de ikke oplever ændringer på baggrund af den lettere tilgang til andre faggruppers notater. Den tredje jordemoder fortæller, at hun faktisk bruger lægernes notater mindre, fordi det nu er på computer, idet hun føler en generel barriere i forhold til brug af computeren (Jordemoder 3, side 18).

Der er stor forskel på dokumentationspraksis blandt social- og sundhedsassistenterne (sосу'erne) på de forskellige afdelinger og dele af afdelinger. Nogen steder udfører de stort set de samme opgaver som sygeplejerskerne og skriver således også en del journalnotater. Andre steder er det hovedsageligt sygeplejerskerne, der tager sig af journalføringen, mens sosу'erne primært løser praktiske opgaver som at vaske patienterne.

En social- og sundhedsassistent på en afdeling, hvor sosу'erne indgår på lige fod med sygeplejerskerne, oplever således ikke den store ændring i det tværfaglige samarbejde. Men hun påpeger, at det er blevet lettere at læse, hvad der er blevet skrevet af lægerne ved stuegang, ligesom hun har glæde af den hurtigere tilgang til blodprøvesvar (Social- og sundhedsassistent 2, side 21).

På fødegangen er det udelukkende sosу'er og sygehjælpere, der assisterer jordemødrene. Før indførelsen af Cosmic dokumenterede sosу'erne ikke deres handlinger, så juridisk set var deres tilstedeværelse på afdelingen usynlig. Derfor gav sosу'erne heller ikke medicin før indførelsen af EPJ. Det gør de nu, og indførelsen af EPJ har for dem betydet, at de har fået udvidet deres kompetenceområde, og at deres arbejde nu er synligt i den fælles journal. Det er dog stadig en meget lille del af deres arbejdsdag, som bliver brugt til at læse og skrive i Cosmic. De koordinerer primært deres handlinger via mundtlig kommunikation og oplever også, at idet jordemødrene anvender mere af deres tid på at dokumentere efter Cosmic er blevet indført, så bruger de selv mere tid på stuerne ved den fødende kvinde (Sосу 3 og sosу 4).

Systemteorien kan bidrage med et anderledes blik på diskussionerne om tværfaglighed. I et systemteoretisk perspektiv er opnåelse af en reel tværfaglighed usandsynlig og faktisk heller ikke ønskelig. Den funktionelle uddifferentiering er en nødvendig mekanisme til reduktion af kompleksitet, som gør det muligt for det enkelte delsystem at iagttage og blive iagttaget i forhold til en afgrænset del af samfundets samlede funktioner. Ellers bryder kommunikationen sammen under kompleksitetsbelastningen.

I stedet for at undres over, hvorfor tingene ikke hænger bedre sammen, når man nu har efterstræbt sammenhæng i så mange år, så bør man faktisk

vende perspektivet – og undre sig over at det fungerer, som det gør i dag, når så forskellige systemer er involveret (Knudsen, 2008: 32).

6.5 Tid

En af de tematikker, som ofte er blevet italesat af sundhedspersonalet, er emnet tid i forbindelse med brugen af den elektroniske patientjournal.

Først og fremmest førte det til stor frustration blandt klinikerne, at Cosmic i det første års tid var langsomt i forbindelse med log-in, og når der skulle skiftes mellem skærbilleder. Yderligere blev brugerne ofte smidt af, mens de var ved at benytte systemet, og alle disse problemer betød, at implementeringsprocessen måtte standses i en periode, mens der blev arbejdet på at gøre systemet mere stabilt.

Feltarbejdet på afdeling F og G fandt sted i denne turbulente opstartsfasen, mens observationer og interviews på afdeling D blev udført efter konsolideringspausen. Under feltarbejdet på afdeling F og G oplevede jeg således også, at sundhedspersonalet var ivrige for at vise mig, hvor langsommeligt systemet var (Felt dagbog, side 21 + 29 + 45 + 54 + 87).

Der hvor personalet oplever, at Cosmic kræver mere tid er ved dokumentation og medicinordinationen.

Lægerne bruger mere tid på at dokumentere, fordi de på flere afdelinger efter indførelsen af EPJ skriver de korte notater selv, hvor de tidligere bare greb diktafonen, og fordi ordinationsprocessen kræver længere tid efter indførelsen af Cosmic, især ved ordination af lægemidler.

For plejepersonalet gør det forhold sig gældende, at de generelt dokumenterer mere efter indførelsen af EPJ, så de anvender mere af deres arbejdstid på at læse og skrive i Cosmic. Dele af plejepersonalet har aldrig været vant til at dokumentere deres arbejde, og for de dele af plejepersonalet, som også tidligere brugte tid på journalføring, er skriverrutinerne ændret. Sygeplejerskerne på sengeafdelingerne beretter således, at de før indførelsen af Cosmic primært skrev journalnotater efter stuegang. Nu skriver de løbende både før og efter stuegang – ligesom de også kan skrive under stuegangen, hvis de medbringer en bærbar pc.

Derfor oplever plejepersonalet, at de anvender mere tid på dokumentationsarbejde, og de fleste angiver, at det betyder, at der går tid fra kontakten med patienten.

På basis af observationer og interviews er der ingen tvivl om, at for den enkelte sundhedsperson opleves indførelsen af Cosmic ikke som en katalysator for tidsmæssige effektiviseringer - på trods af, at det var en af visionerne bag indførelsen af EPJ.

Blandt de få af de interviewede, der indtog koordinerende roller eller havde ledelsesansvar, så var der dog en tendens til, at de - i hvert fald på længere sigt - betragter EPJ som tidsbesparende, idet meget tid tidligere blev anvendt på at lede efter papirjournalerne (Sygeplejerske 2, jordemoder 1). For organisationen som helhed kan indførelsen af EPJ altså godt vise sig at være en tidsmæssig gevinst, selv om projektet umiddelbart opleves som meget tidskrævende.

En anden af de faktorer, der bidrager til, at indførelsen af EPJ opleves som ressourcekrævende, er, at indførelsen af det nye dokumentationsredskab er en anledning til, at der sættes fokus på dokumentationspraksis. Især blandt plejepersonalet har indførelsen af Cosmic givet anledning til diskussioner om "den rigtige sygeplejedokumentation" - det vil sige hvad og hvordan, man bør dokumentere. Det indebærer også en læringsproces for sygeplejerskerne, hvor de iagttager deres arbejde samt deres faglige kommunikation og dokumentation i et andet perspektiv:

Vi snakker enormt meget om det - hold da fast, vi har aldrig snakket så meget med hinanden om noget før! Og vi snakker meget om, hvordan vi kan argumentere, eller hvordan vi får skrevet det på den bedste måde. Hvordan vi gør det bedst for hinanden, og... ja, jeg synes vi bruger umådelig meget tid på det. Jeg synes, det er rigtig godt, og vi får diskuteret rigtig mange gode problemstillinger, og hvor vi skal skrive hvad henne, hvordan vi skal skrive det, hvorfor vi skal skrive det, og om vi skal skrive det, så vi bruger enormt meget tid på det. Men vi får diskuteret mange ting, som bare har været en

selvfølgelighed før. Så vi får også vendt nogle ting omkring vores form, altså hvilken sygepleje vi egentlig udøver. Så derfor fylder det også så enormt meget, fordi vi er inde om så mange ting, vi er inde og rokkere og rykke ved og snakke om. Så derfor vil det selvfølgelig fylde meget. Men jeg tror absolut ikke, det er usundt, at man får kigget kritisk på sin måde at øge sygepleje på, og på den måde vi i det hele taget agerer i afdelingen på. (Sygeplejerske 1, side 21-22)

Samtidig bliver der med indførelsen af EPJ rodet op i de etablerede arbejdsgange, og nye rutiner udvikler sig mere eller mindre bevidst – også selvom man som udgangspunkt ikke ønsker at gøre indførelsen af EPJ til et organisationsudviklingsprojekt. Disse forandringer medfører desuden, at sundhedspersonalet oplever et stort behov for kollektiv refleksion over nuværende og fremtidig praksis, hvilket også kræver, at der afsættes ressourcer til dette.

6.6 Tilgængelighed

Med indførelsen af Cosmic på OUH har man fået et fælles journalsystem, hvor patientjournalen stort set altid er ved hånden, hvor flere kan arbejde samtidig på den samme patients dokumentation, og alle faggrupper har fået adgang. Kort sagt er patientjournalen blevet mere tilgængelig, og det har flere forskellige konsekvenser.

Én af ulemperne ved papirdokumentationen var den manglende tilgængelighed, dvs. at journalen eller Kardex ikke altid var der, når sundhedspersonalet skulle bruge den. Ligeledes var andre faggruppers dokumentation ikke så let tilgængelig. For lægerne betød det, at de stort set aldrig læste i plejepersonalets Kardex:

Jeg læste jo ikke i Kardex i det gamle system – vidste ikke engang, hvor det var. Jeg kunne selvfølgelig godt bede om det, men så kunne jeg ligesom ikke finde den sygeplejerske, som passede (Læge 2, side 26).

En sygeplejerske fra afdeling G fortæller, at den manglende tilgængelighed af lægernes dokumentation faktisk betød, at det, hun beskriver som "den rigtige sygepleje", blev nedprioriteret i sygeplejedokumentationen. Den lettere tilgængelighed af lægernes dokumentation får altså en positiv betydning for sygeplejerskernes dokumentationspraksis, hvilket jeg vil vende tilbage til i kapitel 7.

Papirjournalen var dog lettere at få med rundt til patienten. På grund af journalens størrelse var det muligt for sundhedspersonalet at bringe papirdokumentationen med sig rundt på afdelingen og til eksempel have den med ved patienten under stuegang. Mens personalet på afdeling G stadig medbringer journalen ved stuegang med patienten – nu i form af et rullebord med en bærbar pc med adgang til Cosmic – så har lægerne på afdeling F efter indførelsen af EPJ ofte ikke journalen med ved eksempelvis aftenstuegang:

Men altså vores problemstillinger er ofte relativt isolerede, så i forhold til medicinerne, så gider vi ikke slæbe den bærbare med ud, og ofte havde vi ikke – jo, vi havde måske nok [papir]journalen i hånden. Lige så meget for at minde en om, hvad hedder patienten. Og være klar, hvis de skulle stille nogle spørgsmål, ikke også. (Læge 2, side 23)

Den større tilgængelighed af journalen betyder desuden, at flere læger er begyndt at tjekke op på udvalgte patienters aktuelle status, selvom de ikke skal have kontakt med den pågældende patient denne dag.

Da jeg følger en forvagt på afdeling G, giver han sig således til at "tjekke op på patienter", mens der er en pause i telefonopkaldene til ham. Det vil sige, at han gennemser journalerne i Cosmic på de patienter, han for nylig har været i kontakt med, for at se, hvordan status er på dem nu, og om der ved gennemgangen af den erfarne læge blev stillet de samme diagnoser mv.. Han fortæller samtidig, at han efter indførelsen af EPJ ofte bruger tid på at tjekke patienter – både interessante tilfælde fra konferencerne og dem, han tidligere har tilset. Det er primært de lægelige oplysninger, han gennemser, men hvis der er få oplysninger her, kigger han også plejenotaterne igennem. Derudover

tjekker han også prøvesvar (Feltdagbog, side 50). Flere mere erfarne læger angiver, at de har fået samme praksis med at tjekke patienter efter indførelsen af Cosmic (Læge 4, side 14-15; Læge 6, side 12).

På den måde giver Cosmic via sin større tilgængelighed anledning til læring blandt sundhedspersonalet. Tidligere var det mere besværligt, hvis man på samme måde ønskede at følge med i en patients udvikling, da man enten skulle have fat i papirjournalen eller skulle kunne huske det fulde cpr-nummer for at kunne slå patienten op i FPAS.

Men visionen om den altid tilgængelige journal har dog stadig sin begrænsning i praksis, idet idealet om, at al information om patienten er samlet ét sted, ikke er opnået endnu.

Som tidligere nævnt er patientjournalen ikke udelukkende den elektroniske patientjournal i Cosmic. En patientjournal er "Al nedskreven eller elektronisk lagret information vedrørende ethvert aspekt af en patientbehandling, der har officiel status inden for hospitalssystemet, og som bliver lagret i en tidsperiode, som mindst svarer til den tid, patienten er indlagt." (Berg, 1997: 515).

I praksis har det vist sig, at meget information om patienten stadig findes på papir. Dog er der forskel på afdelingerne.

Et halvt år efter indførelsen af Cosmic har afdeling F flere patienter, hvor alle data er tilgængelige elektronisk i Cosmic (eller FPAS), så journalchartekket er blevet overflødig til andet end labels med patientens cpr-nummer mv.. Det er muligt, fordi man på afdeling F har valgt at scanne al dokumentation fra patientens kontakt til afdelingen før indførelsen af EPJ ind i Cosmic.

På afdeling G scanner man ikke i samme omfang – det ville kræve mange ressourcer pga. de ofte mange og lange indlæggelser en patient på afdeling G har været igennem. Derfor har man på afdeling G stadig meget på papir.

Da jeg afsluttede feltarbejdet på afdeling D, var de stadig ikke så langt i implementeringsforløbet, så her var naturligvis stadig en del på papir. Desuden vil jordemødrenes partogram fortsat være på papir.

6.7 Forholdet til patienten

At dokumentationen forgår elektronisk har også haft indflydelse på kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten – især på afdelinger, hvor personalet medbringer computeren til stuegang mv.. Når sundhedspersonalet omtaler betydningen af indførelsen af EPJ i forhold til deres kommunikation med patienten, så påpeger de fleste sygeplejerske og læger, som arbejder på sengeafsnittene, at EPJ påvirker kommunikationen i negativ retning:

Altså, jeg vil så sige, at jeg skriver lidt på stuegangen nu, og jeg har computeren med og sådan nogle ting der, men jeg synes på en eller anden måde, at det giver... du står der bag den der skærm – der er ét eller andet med kommunikationen i forhold til patienten, ikke? Man skal lige passe lidt på, at man ikke får en alt for stor afstand til patienten. Hvor man måske lidt nemmere kan stå og skrive i Kardex og stadig have øjenkontakt med patienten – det kan man altså ikke, når man står bagved en skærm! (Sygeplejerske 3, side 23)

Det er således både mentalt og fysisk, at sundhedspersonalet er nødt til at vende deres opmærksomhed fra patienten under stuegang med pc. Det kræver koncentration at ordinere et lægemiddel i Cosmic, så hvis det sker under stuegangen, er man som læge måske nødt til at vende ryggen til patienten og signalere, at man ikke ønsker forstyrrelser i form af kommentarer fra patienten. Men personalet bryder sig ikke om på den måde at skulle lukke af over for patienten (Læge 4, side 13-14).

Samme problematik giver flere jordemødre udtryk for:

Jordemoder 3: ... altså, igen med en papirjournal... så kan man nå meget på vej ned ad gangen - lige nå at bladre den igennem og sådan... for jeg vidste, hvor jeg skulle kigge efter tingene, og hvad der sådan var lidt relevant... og det havde jeg tit bare bladret igennem på turen ned... og jeg følte også nemt, jeg kunne sidde

med den lidt inde på stuen samtidig med, at jeg talte med dem... og så kunne jeg spørge hende om et eller andet... så kunne hun svare, og så kunne jeg sige: "Jamen, jeg kan også se din egen læge har skrevet at..." og så kunne jeg samtidig nå at sidde og læse igennem og lytte med og sådan (...)

Interviewer: *Så du bryder dig ikke om at sidde og skrive på...?*

Jordemoder 3: *Nej... ikke når jeg skal være så fraværende, som jeg er nødt til at være for at skrive i Cosmic... og fordi jeg nok er så gammeldags opdraget, at jeg er opdraget til, at man er meget på stuen, og man er meget på stuen for patientens skyld... ikke fordi vi skal tilfredsstille et eller andet system, hvor vi skal skrive i en journal i en computer, der tager min opmærksomhed alt for meget...*

I ambulatorierne foregår kommunikationen med patienten på sædvanligvis vis, idet lægerne og plejepersonalet forbereder sig til mødet med patienten, før denne træder ind i konsultationsrummet, og dokumenterer arbejdet på den første patient, før den næste kommer til.

6.8 Synet på fordele og ulemper udvikler sig over tid

I det ovenstående har jeg oplistet en række fordele og ulemper, som sundhedspersonalet har iagttaget i forbindelse med indførelsen af EPJ. Men det er vigtigt at understrege, at synet på fordele og ulemper blandt sundhedspersonalet udvikler sig over tid. Det var tydeligt, da jeg med et års mellemrum inviterede sundhedspersonalet fra de tre afdelinger til diskussion af betydningen af implementeringen af EPJ.

Da jeg afholdt fokusgruppen i foråret 2006, opsummerede deltagerne fordelene ved Cosmic EPJ som værende følgende:

- At man selv kan skrive (lægerne)

- At den altid ved hånden
- At flere kan arbejde samtidig
- At den letter kommunikationen
- At den øger kommunikationen mellem faggrupperne
- At en gør det lettere at søge oplysninger
- At læsbarheden er større
- At alle faggrupper har adgang
- At der er mulighed for at læse andre faggruppers notater

Men det var helt klart ulemperne ved Cosmic, der blev kommunikeret mest om den dag. Ulemperne var ifølge deltagerne i fokusgruppen blandt andet disse:

- Dårligere overblik (kan føre til utilsigtede hændelser).
- Tekniske mangler ved systemet, for eksempel nedbrud. Det øger risikoen for patienten og er årsag til stress blandt de ansatte.
- Manglende integration mellem FPAS og Cosmic.
- Manglende koder (DRG) (kan have økonomiske konsekvenser).
- Ikke tidstro anvendelse (kan have juridiske konsekvenser).
- Kræver mere tid.
- Betyder mere overarbejde.
- Systemets opbygning er præget af ikke-klinisk tankegang.
- Mangler pc'er. Det gør sig gældende ved aftenstuegang, på kontorer uden pc, på operationsstuen (hvor tre skal skrive, men der kun er én pc) og i ambulatoriet (to, der skal skrive, men kun én pc).
- Bliver ikke hørt (firmaet der udvikler, billig model med manglende funktioner).
- Manglende hurtighed.
- Arbejdsgange nye.
- Svenske ord.
- Kræver lang tid at blive dus med systemet.
- Manglende pålidelighed.
- Bliver smidt af.
- Øget arbejdsbyrde (andre afdelinger).

- Kan ikke åbne to billeder på én gang.
- Øget tidsforbrug ved tilgang. Tager tid fra patienten.
- Rigtigt (manglende plads til fritekst).
- Manglende overblik (for eksempel pga. støj).
- Ventetid på prøvesvar (pga. dårlig integration).
- Fysiske rammer er ikke i orden (ondt i ryggen, varme, fylder).
- Indscanninger (tid, plads i fremtiden, tungt).
- Nødserver virker ikke.
- Patient – sundhedsperson (sundhedspersons fraværende).
- Medicinskemaet er tungt og ulogisk (for eksempel er *cave*³⁸ for omfattende).

Faktisk var det deltagernes konklusion, at de tre største visioner for EPJ (bedre overblik, risiko for patienten reduceres, tidsforbrug reduceres) i praksis var blevet til de tre største ulemper (manglende overblik, øget risiko for patienten, samt øget tidsforbrug). Altså alvorlige indvendinger mod systemet.

Men ved cafemødet for alle tre afdelinger i foråret 2007 var der en tendens til, at nogle grupper af sundhedspersonalet var begyndt at betragte EPJ som givende mere tid til patienten, bedre overblik og ligeledes et kvalitetsløft til pleje og behandling. Det var dog ikke alle, der delte denne opfattelse. Ligesom flere fandt det tidskrævende for personalet, at det gamle system stadig i et vist omfang er nødt til at køre sideløbende med det nye.

Med hensyn til overblikket fremførte nogle, at det var større med EPJ. En sygeplejerske fra afdeling D sagde blandt andet, at det er lettere at give patienterne den korrekte pleje på grund af det bedre overblik. Andre gav udtryk for, at overblikket mindskes med EPJ - specielt er det svært at skaffe sig overblik efter en længere friperiode for personalet på afdeling G på grund af de langvarige og komplekse patientforløb, samt de mange nøgleord.

Systemet er altså blevet en succes i den forstand, at langt størstedelen af sundhedspersonalet nu nødig vil undvære den elektroniske patientjournal. Men de har stadig væsentlige indvendinger imod systemet på flere punkter.

³⁸ Oplysninger vedrørende patientens mulige lægemiddelallergi.

6.9 Opsamling: Øger indførelsen af EPJ sandsynligheden for succesfuld kommunikation?

Når man skal vurdere, hvorvidt indførelsen af Cosmic er en succes eller ej, kan det vurderes ud fra en række forskellige parametre. Eksempelvis om den øger kvaliteten af pleje og behandling, om den øger kvaliteten af dokumentationen, om den øger effektiviteten, dvs. sparer tid og letter arbejdsgange, og om den fremmer succesfuld kommunikation mellem sundhedspersonalet

Hvorvidt indførelsen af Cosmic overordnet set bidrager til at øge effektiviteten på sygehusafdelingerne ligger uden denne afhandlings genstandsfelt. For at kunne vurdere det, er man nødt til at anvende andre metoder til effektivvurdering og for eksempel se på, hvad det betyder, at røntgenbilleder er tilgængelige elektronisk, eller at der er indført digital diktering. To forhold som man kunne forestille sig ville lette arbejdsgangene og spare ressourcer på sigt.

Derimod vil jeg gerne i det følgende diskutere, hvorvidt indførelsen af Cosmic øger sandsynligheden for succesfuld kommunikation.

Som et udbredelsesmedie øger indførelsen af Cosmic EPJ sandsynligheden for kontakt, og gør det muligt at komme ud over interaktionsgrænsen.

Hvis sandsynligheden for succesfuld kommunikation skal være stor, så foretrækker mange dog stadig den mundtlige kommunikation. Som en overlæge formulerer det, så tager det længere tid, og man ved ikke, hvornår man får svar, hvis man vælger at kommunikere i Cosmic. Så hvis han skal bruge sygeplejerskernes opfattelse af en bestemt patient, går han stadig op på afdelingen og spørger den, som er kontaktsygeplejerske. Han betragter også det at sidde og kommunikere bag en computer som sært upersonligt (Læge 3, s.11-12).

En lægesekretær på en sengeafdeling har det modsat. Denne lægesekretær synes, at det er en stor fordel ved EPJ, at man som lægesekretær nu kan skrive i sygeplejedelen af systemet, at der er kommet en tid til en undersøgelse, og være sikker på at sygeplejerskerne læser det, når de går stuegang, for så behøver man ikke løbe over på en afdeling for at fortælle det (Sekretær 3, s. 15-16).

Umiddelbart så fremmer Cosmic altså succesfuld kommunikation, men EPJ kan ikke erstatte den mundtlige kommunikation eller interaktionen under stuegang. Det er nemlig en særlig type kommunikation, der havner i Cosmic, i form af beskrivelser og beslutninger.

Det er også en mere standardiseret kommunikation man finder i det nye kommunikationsredskab. Det vil sige, at på længere sigt burde mulighedsrummet for, hvad der kan siges, og hvordan det kan siges, blive indskrænket (Højlund & Højlund, 2000: 29). Herved højnes sandsynligheden for, at de, der taler sammen, forstår hinanden. Ligesom den information, man søger, burde være lettere at finde. Men i opstartsfasen vil det tværtimod være nødvendigt med en masse udredningskommunikation, så man er sikker på, at man forstår de samme ting ved det, man skriver, og at man hen ad vejen bliver bedre til at dokumentere de samme fænomener under de samme nøgleord.

Arbejdet og kommunikationen på en sygehusafdeling bærer præg af, at aktørerne overvåger hinanden og foretager deres aktiviteter på en måde, så de understøtter hinandens arbejde. De tager således de andres fortidige, nutidige og fremtidige aktiviteter i betragtning, når de planlægger og udfører deres eget arbejde (Ellingsen, 2003: 41). EPJ kan understøtte dette koordineringsarbejde, fordi oplysningerne er lettere tilgængelige. I princippet kunne det også give anledning til at give mindre rapport ved vagtskifter for plejepersonalet eller jordemødre. Men interviews med sundhedspersonalet viser, at der ikke kommunikeres mindre mundtligt ved vagtskifter og enkelte giver faktisk udtryk for, at de i en periode er nødt til at give mere rapport for at skabe overblik.

Fordelene ved formaliserede data frem for fritekst er, at de formaliserede data gør det muligt at lave søgninger i specifikke områder, det vil sige, at det er lettere at genfinde data. Desuden kan formaliserede data præsenteres problemorienteret, kronologisk eller kildeorienteret. Det betyder, at man kan få de samme oplysninger i forskellige sammenhænge på computerskærmen og på den måde skabe et mere kvalificeret overblik over patientens situation (Smith & Sehested: 56).

Standardiseringen af indholdet af EPJ har en tendens til at styrke dens egenskaber som et bureaukratisk værktøj, mens dens rolle som et arbejdsredskab og kommunikationsmiddel for sundhedspersonalet svækkes (Wintherreik & Vikkelsø, 2005: 43).

Fortalerne for at kommunikationen forbedres ved at standardisere indholdet af den elektroniske patientjournal opfatter kommunikation som transport af mening. Men det er ikke muligt at transportere information fra en enhed til en anden uden at indholdet forandres (Wintherreik & Vikkelsø, 2005: 45-46).

Ifølge Luhmann er kommunikation lig med selektion af mening, det vil sige afhænger i høj grad af modtageren. Da kommunikationen i en elektronisk patientjournal ikke kun har én modtager, så er det ikke på forhånd givet, hvad der opfattes som relevant information og dermed eller ikke, hvad der konstituerer succesfuld kommunikation. Der er således både nødt til at være højt struktureret tekst – for eksempel i form af koder – for at EPJ kan fungere som et bureaukratisk redskab, ligesom der er nødt til at være fritekst, for at EPJ skal fungere som et kommunikationsredskab for sundhedspersonalet. Fritekst er nemlig mere åben over for fortolkning, og det er en fordel, når det medicinske arbejde er kompliceret, flydende og pragmatisk og involverer mange forskellige aktører (Wintherreik & Vikkelsø, 2005: 61). Man kender ofte sine kolleger og deres måde at dokumentere på og er derfor også i stand til at læse mellem linjerne (Læge 2, side 19).

Kommunikation er således ikke ensbetydende med overførelse af et budskab. Faktisk mener Luhmann, at der er tre usandsynligheder forbundet med kommunikation – nemlig *kontakt* (at få kontakt til adressaten), *forståelse* (at adressaten forstår, hvad den, der meddeler sig, mener) og *succes* (at kommunikationen antages og bekræftes af adressaten).

Som nævnt i det ovenstående så fremmer indførelsen af EPJ muligheden for kontakt. Forståelsen er også forbedret, da det er lettere at tyde det computerskrevne end det håndskrevne. I forhold til kommunikationens succes er det de symbolsk generaliserede medier, der spiller en central rolle. Med indførelsen af en fælles tværfaglig journal som Cosmic er der nu flere symbolsk

generaliserede medier i brug, når der kommunikeres. Øger det sandsynligheden for succesfuld kommunikation?

For lægernes vedkommende er sandsynligheden for succesfuld kommunikation ikke umiddelbart større. Da kommunikationen foregik via papirjournalen, var den anlagte distinktion primært koden syg/rask. Nu trækkes flere koder ind i kommunikationen, og det betyder, at det kræver mere at skabe overblik. Til gengæld giver EPJ så mulighed for perspektivskift eller kodeskift.

Generelt er de sygeplejersker, jeg har interviewet, forholdsvis positive over for indførelsen af EPJ. Set i et systemteoretisk perspektiv kan det fortolkes således, at sygeplejerskerne med Cosmic EPJ får bedre mulighed for i deres dokumentationsarbejde at anlægge koden +/- behov for pleje. Derfor betragtes indførelsen af EPJ som et væsentligt skridt i den rigtige retning for sygeplejen.

▪ 7. Kommunikation om orden og uorden i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ

I kapitel 1 blev det beskrevet, hvordan det er en udbredt forestilling, at EPJ kan bidrage til at formalisere, standardisere og rationalisere praksis i sygehusvæsenet. Denne forestilling ser jeg som et udtryk for et ønske om at bibringe orden til sygehusvæsenet. Ud fra den optik er en sygehusafdeling i udgangspunktet et uordenligt sted med et behov for EPJ som ordensholder.

I det følgende vil jeg søge at nuancere denne forestilling om EPJ som ordensholder. Mine observationer og interviews viser nemlig snarere, at indførelsen af Cosmic skaber opbrud i den eksisterende orden, og at nye rutiner – og ny tillid til, at systemet fungerer – skal etableres efter introduktionen af Cosmic på en afdeling. Ligesom nye former for uorden opstår.

Kommunikationen om orden og uorden fylder en del i observationer og interviews. Begrebsparret orden/uorden er selvfølgelig en analysedistinktion, som jeg har konstrueret på basis af arbejdet med empiri og teori, og det er i den forbindelse vigtigt at holde sig for øje, hvad det betyder at opbygge analysen omkring sådanne dikotomier.

Hvis man ser nærmere på betydningen af disse to begreber, så betyder den ene side af distinktionen, *orden*, ifølge Nudansk Ordbog, *en situation, hvor tingene er, som de skal eller bør være*. Modsætningen til orden, nemlig *uorden*, angives at være rod eller kaos eller simpelthen *mangel på orden*.

Orden og uorden sættes ofte op som et modsætningspar, samtidig med at der produceres et tidsmæssigt mønster, hvor uorden eksisterer forud for og kommer før orden (Berg & Timmermans, 2000: 34).

Men ifølge Berg & Timmermans er det ikke frugtbart at betragte orden som modsætningen af uorden. I stedet bør man iagttage det således, at en ny form for orden skabes på baggrund af andre ordener, og med skabelsen af den nye orden følger også nye uordener. De anbefaler, at man, frem for at se de to begrebspar som modsætninger, betragter dem som værende tæt forbundet og indeholde hinanden (Berg og Timmermans, 2000: 36). Ligesom de påpeger, at det er uhensigtsmæssigt at tale om orden og uorden i ental, idet der som regel eksisterer flere ordener og uordener.

Det er således heller ikke min hensigt med dette afsnit at bidrage til en unuanceret hyldelse til EPJ som ordensholder, eller at falde i den anden grøft og idyllisere den uformelle, rodede og pragmatiske praksis.

I stedet vil jeg tage udgangspunkt i, at Cosmic EPJ er et redskab til at håndtere kompleksitet, dvs. at ordne sygehusverdenen på nye måder. Den elektroniske patientjournal, og dens måde at håndtere kompleksiteten, bliver indført i et system, hvor kompleksiteten allerede er håndteret – blot på en anden måde – via papirjournaler, Kardex, skemaer, overblikstavler samt mundtlig rapport, konferencer, tværfaglige møder og forskellige andre former for interaktion. For hverdagen fungerede jo også før indførelsen af EPJ, og den daværende praksis synes kun uordentlig, når den holdes op imod en idealiseret model, som måske reelt fungerer anderledes i praksis.

Dette vil jeg se nærmere på i det følgende, hvor jeg i første omgang vender blikket mod begrebet tidstro registrering. I det efterfølgende delafsnit vil jeg se på, hvordan det nye dokumentationsredskab kræver justeringer af de tidligere rutiner. Dernæst vil jeg behandle problematikken omkring tillid til Cosmic blandt sundhedspersonalet. Kapitel 6 sluttet af med et afsnit om iagttagelser af lægesekretæren som hospitalsafdelingens ordensholder.

7.1 Tidstro registrering og sundhedspersonalets forhandlinger med medicinmodulet

Introduktionen af orden i forbindelse med indførelsen af EPJ handler om hvor, hvornår, hvordan, i hvilken rækkefølge og af hvem handlinger udføres samt dokumenteres.

En væsentlig kvalitetssikring i Cosmic er, at journalføringen skal foregå tidstro. Det vil sige, at dokumentationen skal udføres umiddelbart efter at eksempelvis en beslutning vedrørende lægemiddelordination er truffet eller et lægemiddel er blevet givet til patienten. I det hele taget er det meningen, at dokumentationen skal foretages løbende i Cosmic.

Det var dog langt fra altid tilfældet. Under mit feltarbejde var det tydeligt, at brugen af små papirlapper med notater i lommen var meget udbredt. Det kan skyldes, at sundhedspersonalet har travlt og vælger at dokumentere senere; men det kan også bero på praktiske forhold, som besværliggør journalføring på

pc. Dette gør sig gældende for jordemødrene, som især mod slutningen af fødselsforløbet har plastikhandsker på, hvilket besværliggør dokumentationsarbejdet. Det er desuden ofte uhensigtsmæssigt, at jordemoderen afbryder kontakten med den fødende kvinde i denne sidste del af fødselsforløbet (Jordemoder 1, side 8).

Som en jordemoder her italesætter det, så skaber de mange papirlapper og løse papirer, hun reelt har, frustration, når hun møder Cosmics krav om tidstro dokumentation:

(...) jeg har meget svært ved at forlige mig med det, at jeg sidder og arbejder derinde, mens de ligger derovre... det kunne jeg nemt med papirjournalen, fordi der kørte jeg kontorstolen hen ved siden af sengen og kunne sidde og holde hende i hånden, mens jeg sad og skrev lidt på låret... og jeg var altid fuldstændig opdateret... derfor går det mig måske også vældig på... jeg har været en af dem, der var meget hurtig til at få skrevet papir og vup vup vup færdigt... fordi jeg var altid sådan med, når jeg kom ud af stuen... nu er jeg ikke med på noget som helst... nu er jeg nærmest ved at opgive, når jeg kommer ud, jeg synes, fordi det er så uoverskueligt at skulle i gang med alle de her løse sedler med tidspunkter og ting og sager... og så skal jeg ud og rode... (Jordemoder 3, side 5-6)

Sundhedspersonalet kan også være tvunget til at udsætte dokumentationen af deres handlinger, fordi der ikke er nok computere til rådighed. I ambulatorierne er der kun én pc i hvert rum, selvom der er to sundhedspersoner – lægen og sygeplejersken – der skal dokumentere (Sygeplejerske 1, side 8). Det samme gør sig gældende i operationslokalerne, hvor sundhedspersonalet også må deles om computerne, og derfor må nogen nødvendigvis udsætte deres dokumentationsarbejde.

Når sundhedspersonalet kommunikerer om positive aspekter ved tidstro registrering, så fremhæver sundhedspersonalet fordelen i det forhold, at dokumentationen ofte er hurtigere tilgængelig, end det var tilfældet tidligere.

Plejepersonalets dokumentation er tilgængelig tidligere, fordi de har ændret skriverutiner, så de i højere grad skriver løbende. Det vil sige både før, under og efter stuegang. Tidligere skrev plejepersonalet primært efter stuegang (Sygeplejerske 3, side 23-24; sygeplejerske 4, side 23-24).

Lægernes dokumentation er i nogle tilfælde også tilgængelig tidligere. Før skulle den altid igennem lægesekretæren, i form af diktat på bånd eller håndskrevne kladder fra aften- og weekendvagter. Det er op til de enkelte afdelinger at afgøre, i hvilket omfang lægerne skal skrive deres notater selv. Men det er en udbredt praksis, at lægerne skriver de korte notater selv. Ligesom de skriver deres egne notater i aften- og nattevagten samt i weekenden. De længere notater skal fortsat omkring lægesekretæren³⁹.

En jordemoder beretter dog om en af ulemperne ved, at systemet er opbygget omkring idealet om tidstrohed. Nemlig at det bremser hendes videre dokumentation, hvis en læge enten ikke har nået at dokumentere den aftalte ordination, eller måske ikke har fået anført det korrekte tidspunkt for ordinationen, hvorved hendes notat kommer i konflikt med hans, idet hun ikke kan give visse typer medicin, før det er lægeordineret, ligesom hun ikke kan afslutte sin vagt, før dokumentationen er færdiggjort:

Så er jeg lige ved at himle, når det er efter en nattevagt, og jeg er på vej hjem... og nogen gange har lægen simpelthen ikke nået at være inde og skrive det endnu... og så kan jeg ikke gå hjem, fordi jeg må ikke gå hjem, før jeg får skrevet det ind. Det er ikke nok, jeg går ind og skriver det i teksten... dvs. så har jeg nogen gange for overhovedet at slippe herfra, så er jeg gået ud og taget et af de gammeldags papirmedicinskemaer og skrevet på og lagt i, og det rækker jo altså ikke... det er jo ikke meningen, vi skal begge dele. (Jordemoder 3, side 6)

³⁹ Efter afslutningen af mit feltarbejde er der indført digital diktering på OUH. Det betyder, at lægerne indtaler det dikterede notat via en mikrofon på computeren, hvorefter det umiddelbart derefter er tilgængeligt for lægesekretærene. Dermed bliver notaterne hurtigere tilgængelige – også fordi lyd kvaliteten er bedre, så det letter skrivearbejdet for lægesekretæren – og notater mistes ikke sammen med et bortkommet bånd, ligesom der ikke skal anvendes tid på at lede efter bånd.

Også sygeplejerskerne oplevede i nogle situationer konflikter med den tidstro registrering, idet de jo heller ikke i Cosmic kan signere for, at de har givet et lægemiddel til en patient, medmindre en læge forinden har ordineret det. Rutinerede sygeplejersker, der har været vant til at give præparater som *pamol* eller *magnesia* til patienterne (som delegeret medicin), inden lægen har ordineret det, kunne ikke få lov til at administrere det i Cosmic, før lægemidlet var ordineret, dvs. de skulle i princippet vente, til lægen havde været på stuegang på afdelingen.

I praksis blev problemet løst ved, at sygeplejersken gav lægemidlet, skrev en note på en gul lap papir og stak den i lommen (Feltdagbog, side 54). Senere på dagen bad sygeplejersken lægen om at ordinere det til stuegang. Først da lægen havde ordineret det, noterede også sygeplejersken i Cosmic, at hun havde givet præparatet (Feltdagbog, side 56). I medicinmodulet vil der så stå et "forkert" tidspunkt for administrationen af lægemidlet, men i journalmodulet vil det reelle tidspunkt fremgå i fritekst.

Det har altid formelt været sådan, at der kun gives medicin til en patient, hvis det er ordineret af en læge. Det bygger på en idealiseret opfattelse af samspillet mellem sundhedspersonalet, hvor lægen er det besluttende led, og plejepersonalet er det udførende led, som kun handler på baggrund af lægens beslutninger. Som flere undersøgelser af samspillet mellem aktørerne i sundhedsvæsenet viser, så hænger praksis reelt ikke sådan sammen (Goorman & Berg, 2000; Hanseth & Monteiro, 1998; Strauss, 1963; Tjora, 2000).

Beslutninger vedrørende patientens behandling er ofte kollektive beslutninger, og sygeplejersker spiller ofte en væsentlig rolle i denne beslutningsproces, fordi de på tættere hold end lægen følger udviklingen i patientens tilstand. Her er et eksempel på kommunikationen til stuegang mellem en erfaren læge og en sygeplejerske på en sengeafdeling på afdeling D:

Ved stuegangen starter lægen med i Cosmic at udskrive en patient, som allerede er taget hjem. Hun afslutter medicinen i Cosmic, og sætter en lap uden på papirjournalen angående samtale med læge.

Sygeplejersken, der skal gå stuegang, kigger på gruppesedlen og fortæller om status på næste patient. Lægen gennemser Alle notater tre sidste dage i Cosmic på denne patient. [stuegangen afbrydes af et akut kejsersnit] Da hun vender tilbage, siger lægen til sygeplejersken: "Hun har hovedpine. Har hun ellers ingen subjektive symptomer... velbefindende bortset fra hovedpine - kan jeg skrive det?" Sygeplejerske: "Nej, hun er mat og træt og har X [fik ikke fat i ordet, men sikkert forhøjet blodtryk]. Læge: "Det synes jeg slet ikke, at de har skrevet...". Sygeplejerske: "Men det har hun". Lægen skriver under Konklusion og plan i Cosmic: "Daglig vejning, obs. blodtryk". Sygeplejersken siger: "Hvor højt må det kommer op, før jeg ringer?". Næste patient. Lægen læser notaterne fra de sidste tre dage for alle faggrupper [velbefindende, ingen blødning, afventer plan]. Sygeplejersken siger: "... og det er nok udskrivelse...". Lægen: "Jeg skal lige se, hvad hun er for en...". Tjekker lægenotaterne og siger derefter: "Skal vi udskrive hende?". Laver et notat under Konklusion og plan: " Udskrives til hjemmet". (Feltdagbog, side 66-67)

Det kan også i nogle tilfælde være lægesekretæren, der gør lægen opmærksom på, at en patients behandlingsforløb bør håndteres anderledes, end der er blevet lagt op til fra lægens side (Feltdagbog, side 95).

Ofte er det heller ikke helt enkelt, hvilke valg vedrørende behandling, der skal træffes. Det er et spørgsmål, der er til forhandling blandt sundhedspersonalet og patienten, og det er ikke altid evidens, men pragmatiske forhold, der danner grundlag for en beslutning. Ligesom en beslutning kan variere fra sygdomsforløb til sygdomsforløb, fra en patient til en anden, fra dag til dag, samt fra den ene sundhedsperson til den anden (Mol, 1998: 152).

Når der bliver indført elektronisk patientjournal, bliver der samtidig stillet krav om, at der strammes op på praksis. Det bliver sværere at omgå formalia. Det skyldes blandt andet, at der i den elektroniske patientjournal er indbygget krav til sundhedspersonalets dokumentation af deres handlinger.

Således sætter systemet grænser for hvilke lægemidler, der kan ordineres. Medicinen skal efter indførelsen af Cosmic ordineres ud fra en database med et udvalg af præparater at vælge imellem. Databasen indeholder de præparater, som man i administrationen af forskellige årsager helst ser, at lægerne ordinerer – til eksempel fordi det er de billigste præparater. Lægerne kan således opleve, at lægemidler, de før har været vant til at ordinere, ikke længere kan ordineres i Cosmic.

Det kan dog lade sig gøre at omgå systemet ved at lave ordinationen i fritekst i Cosmic, frem for i medicinmodulet, hvilket lægerne også gjorde under mit feltarbejde (Læge 3, side 9; læge 2, side 8). Men på den måde skabes der nye former for uorden, og sandsynligheden for succesfuld kommunikation til det udførende led – plejepersonalet – må være forringet, når man på den måde omgår de normale procedurer.

Når systemet iagttages som værende for rigtigt, finder personalet, som de ovenstående eksempler viser, måder at omgå det. Når man på den måde opfinder en procedure, som omgår et problem, for at få arbejdet til at fungere igen, taler man om, at der skabes *workarounds*. Sådanne *workarounds* kan være nødvendige for at få arbejdet til at glide, men når man på den måde omgår et systems orden, skabes der en ny form for uorden.

Når sundhedspersonalet finder *workarounds* nødvendige, på grund af de begrænsninger systemet lægger på deres handlemuligheder, så kræver det forøget artikulationsarbejde – for at låne et udtryk fra CSCW⁴⁰-tilgangen – idet det er nødvendigt at sikre, at de nødvendige procedurer og handlinger stadig udføres. Artikulationsarbejde beskrives som det arbejde, der skal til for at få ting tilbage på sporet, når der opstår noget uventet, og som modificerer eller ændrer handlinger for at imødekomme uventede tilfælde (Star & Strauss, 1999).

Den elektroniske patientjournal kan fungere som en mekanisme til at reducere artikulationsarbejde – eksempelvis ved at gøre lægemiddelordinationen mere entydig for sygeplejersken. Men indførelsen af EPJ kan også,

⁴⁰ *Computer Supported Cooperative Work*. Se Schmidt & Bannon (1992) for en diskussion af begrebet *artikulationsarbejde* og dets tilknytning til CSCW-tilgangen.

som det er illustreret i det ovenstående, i mange tilfælde forøge behovet for workarounds og artikulationsarbejde.

7.2 Nyt dokumentationsredskab – nye rutiner skal etableres

På en sygehusafdeling er mange handlinger bundet op på rutiner, og nogle rutiner er også forbundet med dokumentationsredskaberne. En social- og sundhedsassistent fortæller, at under introduktionen af Cosmic oplevede plejepersonalet, at de glemte simple ting som for eksempel at sætte et vuggekort på vugge, fordi det var en rutine, som var forbundet med "den gamle journal" (Feltdagbog, s. 59).

Indførelsen af et nyt dokumentationsredskab betyder også, at sundhedspersonalet er nødt til på ny at afstemme deres handlinger og rutiner i forhold til hinanden for at sikre, at alle arbejdsopgaver stadig bliver gjort. Eksempelvis kan der opstå problemer, hvis nogle læger dokumenterer selv, mens andre ikke gør; så der mangler helt klare retningslinjer for, hvem der gør hvad i forhold iværksættelsen af ordinationen. Lægeseekretæren har en del af arbejdet med at sikre, at ordinationerne føres ud i livet, men dette arbejde kan blive besværliggjort af ændringer i rutinerne, som en lægeseekretær formulerer det her:

Vi er jo også udsat for, at lægerne skriver nogle notater, og der er flere hundrede ordinationer, men der er ikke nogen, der har fortalt mig, at jeg skulle handle på det – og så står det der stadigvæk. (...) Og så er der ikke rigtig nogen, der har gjort noget. Fordi nu læser jeg jo ikke journalen. (Fokusgruppe, side 2)

7.3 Utsigtede hændelser og fejl samt etablering af tillid til EPJ-systemet

På spørgsmålet om hvad de tror, er baggrunden for at indføre EPJ, så refererer sundhedspersonalet til de officielle visioner, så som at reducere fejkilder (Sygeplejerske 3, side 7), eller at journalen altid er til stede (sygeplejerske 5, side 12). Flere finder også, at systemet indfrier disse forventninger (Jordemoder

1, side 5 + 9-8). Men de indtager også en pragmatisk iagttagelsesposition i forhold til disse visioner og gør opmærksom på, hvordan de samtidig iagttager, at nye fejlkilder opstår (Sygeplejerske 4, side 11).

I fokusgruppen blev flere af disse nye fejlkilder italesat. Blandt andet fremhævede sundhedspersonalet, at det forhold, at dokumentationen ikke er samlet ét sted, men både findes på papir og elektronisk, øger risikoen for at noget bliver overset. Helt konkret har man på afdeling G oplevet, at det manglende overblik over den samlede dokumentation på patienten har ført til utilsigtede hændelser⁴¹, idet der i flere tilfælde ikke blev ordineret blodfortyndende behandling til patienter, der var i en sådan behandling forud for indlæggelsen på OUH.

Ligeledes kan det i opstartsfasen være svært for lægerne at overskue medicinmodulet med alle dets tilvalgs- og fravalgsknapper. Det kan for eksempel betyde, at de kun ordinerer til ét døgn, selvom det skulle have været en fortløbende behandling. Hvis plejepersonalet ikke er ekstra opmærksomme, bliver medicinen så ikke givet til patienten (Sygeplejerske 1, side 13). Det er selvfølgelig et spørgsmål om, at lægerne bliver fortrolige med systemet, ligesom medicinske afdelinger som afdeling G udarbejder medicinskabeloner, som forenkler ordinationsprocessen for lægerne.

I deres iagttagelser af den tidligere dokumentationspraksis, påpeger de også, hvordan der forud for indførelsen af EPJ eksisterede en del uorden. For eksempel iagttages Kardex generelt som skrevet hulter til bulter eller i en pærevælling (Sygeplejerske 3, side 20).

Problemet med at genfinde det dokumenterede elimineres dog ikke med indførelsen af EPJ. Når de ikke ved, hvor de skal gøre af data, så ryger det under "andet". Ligesom nogle konsekvent – bevidst eller ubevidst – dokumenterer alt under "anamnese" (Sygeplejerske 3, side 10). Den del af personalet, der hovedsagelig skriver under anamnesen, angiver, at de er vant til at strukturere

⁴¹ Ved en utilsigtet hændelse forstås en begivenhed, der er en følge af behandling eller ophold på sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf ('næsten hændelse'). (Sundhedsstyrelsen, 2003).

deres dokumentation anderledes, end der lægges op til i Cosmic. De er vant til at skrive mere sammenhængende og i prosaform (Jordemoder 3, side 10).

Under mit feltarbejde på alle tre afdelinger var integrationen mellem Cosmic og det patientadministrative system, FPAS, årsag til nye fejlkilder. Når integrationen fungerede uhensigtsmæssigt, betød det i flere tilfælde, at sundhedspersonalet oplevede, at indtastede data pludselig var forsvundet (Sygeplejerske 3, side 14). Det var et problem i opstartfasen på afdeling F og afdeling G, og det blev stadig iagttaget som et problem under fokusgruppen et halvt år efter. Ligesom lignende episoder opstod under mit feltarbejde på afdeling D.

Da jeg fulgte en læge på en dagsvagt på fødegangen, blev hun således kaldt til afdeling D1 for at rekonstruere en journal på en patient, fordi notaterne var blevet makuleret på grund af problemer med integrationen fra FPAS til Cosmic. Samme dag til konferencen på fødegangen blev episoderne med de makulerede notater – vist nok cirka 38 notater fra læger og plejepersonalet – diskuteret. Det blev drøftet, om det var mest hensigtsmæssigt at stille systemet i bero, indtil det var sikkert at anvende. På det tidspunkt havde ingen nemlig et overblik over, hvor omfangsrigt problemet var.

At afdelingsledelsen havde intention om at indberette det som en utilsigtet hændelse viser, hvor alvorligt episoden blev taget (Feltdagbog, side 36). Ud over det umiddelbart uhensigtsmæssige i at miste data betød episoderne med de forsvundne data, at personalet ikke følte sig helt trygge ved Cosmic (Feltdagbog, side 83). For mange af den slags episoder skaber problemer med tilliden til systemet, også selvom der senere bliver rettet op på årsagen til problemet:

Og at man ikke lige pludselig glemmer nogle ting, fordi det jo lidt, altså – jeg havde nær sagt: "Bliv indlagt på G og bliv forsøgskanin" – fordi vi ved ikke rigtig, om systemet fungerer efter hensigten og hvad der bliver glemt og overset og forkert og... sådan, ikke. Nej, det var den, jeg fyrede af dengang, der virkelig var problemer med integrationen fra FPAS og over til Cosmic, ikke også. Man vidste ikke, om det var den ene eller den anden, det gik galt med – og fordi jeg rigtig godt kunne lide den der kommentar, nede fra EPJ-sekretariatet: "Nej, men

den må du så lige holde øje med". Okay, men dem har jeg jo så ti af – det kunne jeg ikke overskue vel, altså! (Sekretær 3, side 34)

7.4 Stadig behov for hospitalsafdelingens ordensholder – iagttagelser af lægesekretærrollen i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ

På en dansk hospitalsafdeling er de ansatte lægesekretærer tilknyttet de enkelte afdelinger. De er ikke, som man ser det nogle steder i udlandet, placeret i store centrale skrivestuer. Det betyder, at lægesekretærene har en betydelig indsigt i afdelingens faglige praksis og en forståelse for de behandlinger, som patienterne gennemgår.

Som en lægesekretær på fødegangen beskriver det, så har hun en støttefunktion i forhold til den koordinerede jordemoder, dvs. at hvis den koordinerede jordemoder bliver kaldt til en fødestue, er det lægesekretæren, der "samler op på hvor hun slap, og giver noget videre til hende, når hun kommer tilbage". I disse situationer er det således lægesekretæren, der taler med de kvinder, der ringer ind på fødegangen for at få rådgivning. Lægesekretæren spørger ind til kvindens problematik, hvorefter hun skriver et notat på en kladde og videregiver informationen til jordemoderen, som kontakter kvinden, når der igen er en ledig stund til det (Sekretær 5, side 3). Idet lægesekretæren er placeret blandt det øvrige sundhedspersonale som jordemødre, læger og plejepersonale, er hun vant til at iagttage deres kommunikation med hinanden og patienten, og er således også i stand til på relevant vis at spørge ind til patientens problemstilling.

På hver af de afdelinger og del-afdelinger, jeg har besøgt, er der således placeret en lægesekretær ved skranken/informationen, som ud over at indskrive lægens – og eventuelt andre sundhedspersoners – diktater i journalen, for eksempel også tager imod patienten eller svarer på opkald fra patienter, pårørende eller andet sundhedspersonale inden for og uden for sygehuset. Det er en mere udadvendt lægesekretærrolle, end man traditionelt forestiller sig, og der findes da også en del lægesekretærer, som indtager en mere tilbagetrukket position i organisationen, idet de er placeret i de såkaldte sekretariater, hvor man primært arbejder med data-input til patientjournalen, blandt andet skriveopgaver.

Faktisk har lægesekretærene en lang række formelle og uformelle opgaver. Som det er beskrevet i Bertelsen (2005), kan lægesekretærernes arbejdes inddeles i syv hovedkategorier vedrørende:

1. Patientforløb: kommunikation ind og ud af sygehuset, følge op på opgaver, der udføres af sygehusets andre faggrupper samt udarbejdelse af diverse lister og skemaer, som skaber overblik over patientforløbet.
2. Personaleopgaver: deltagelse i møder, udvalg og projekter, formel og uformel personaleservicering.
3. Diverse administrative opgaver: håndtere post, bestille materiale til afdelingen, diverse skriveopgaver, der ikke direkte vedrører journalen.
4. Forskningsopgaver: indberetninger til forskningsadministrationen, referater af møder, oprette forskningsprotokoller mv..
5. Data-input til journalen: skrive notater til journalen, oprette nye journaler, indsætte prøvesvar i journalerne, kode de data, der findes i journalen.
6. Data-output fra journalen: registrering af journaldata andetsteds, for eksempel i centrale registre. Opgaver vedrørende kvalitetssikring.
7. Anden journalhåndtering: arkivering, kopiering og med indførelsen af Cosmic også indscanning af materiale fra tidligere patientforløb.

Overordnet set kan lægesekretærens arbejde inddeles i skrivearbejde, koordineringsarbejde og kommunikationsarbejde. Med indførelsen af EPJ mindskes lægesekretærens skrivearbejde, idet sundhedspersonalet i mange tilfælde skriver korte journalnotater selv, men til gengæld iagttager de lægesekretærer, der medvirker i denne undersøgelse, at mængden af koordinerings- og kommunikationsarbejde bestemt ikke falder. Ofte beretter lægesekretærene om massivt overarbejde som følge af EPJ.

Lægesekretærene forestiller sig at i takt med, at deres skrivearbejde bliver mindre, vil deres rolle som sygehusafdelingens ordensholder styrkes. Fremtidige arbejdsopgaver vil bestå i, at lægesekretæren sørger for, at patientforløb er registeret korrekt, og at dokumentationen er ensartet; det vil sige "finpudser"

det øvrige sundhedspersonales dokumentation (Sekretær 5, side 8). Denne tendens har lægesekretærene allerede iagttaget efter indførelsen af Cosmic. Der er blevet mindre skrivearbejde, men til gengæld mere arbejde med kvalitetssikring. For eksempel med at rette dokumentationen i Cosmic og få notaterne registreret under de rette tidspunkter (Sekretær 5, side 13). Eller placere et notat under det korrekte nøgleord i Cosmic, hvis lægen har dikteret det under et forkert nøgleord.

Lægesekretærene tjekker også op på, om de ordinerede undersøgelser er videre i systemet (Feltdagbog, side 46). Til det formål har de et brunt papirark, hvorpå de krydser af, efterhånden som handlingerne er effektueret. Funktionen som ordensholder indebærer altså også, at lægesekretærene støtter de øvrige faggrupper med til at skabe overblik over patientforløbene ved at krydse af på skemaer, udfærdige patientlister mv..

Lægesekretærens kontrolfunktion kan også bestå i være opmærksom på diskrepans imellem det, lægen har ordineret via diktat og patientens egen liste over medicin. I sådanne tilfælde gør lægesekretæren en sygeplejerske opmærksom på uoverensstemmelsen, så denne kan følge op på problemet (Feltdagbog, side 94).

Men der er også forskel på, hvordan lægesekretærene vælger at forvalte deres arbejde. Nogle lægesekretærer påtager sig i højere grad end andre rollen som afdelingens ordensholder. (Feltdagbog side 46-48).

Medens lægesekretærene internt på afdelingen er ordensholdere, agerer de udadtil som et informationsfilter, for eksempel når andre instanser har brug for en kopi af patientjournalen. Her ser lægesekretæren det som sin opgave kun at viderebringer det vigtige og det relevante.

En lægesekretær fortæller, hvordan hun en dag efter indførelsen af Cosmic skulle sende en kopi af en patientjournal til kapellet. Derfor trykkede hun bare på print, og ud kom 70 siders journaloptegnelser, der efter hendes vurdering indeholdt alt for mange ikke-relevante oplysninger til modtageren. Som følge deraf var hun nødt til at sortere i siderne, så kun det relevante for modtageren kom med. Som hun grinende sagde, sker det ikke igen, for næste gang filtrerer hun i Cosmic forinden (Sekretær 5, side 6-7). Men hun trækker historien frem for

at illustrere, hvordan informationsmængden i hver patientjournal er steget voldsomt efter indførelsen af Cosmic, hvilket skærper nødvendigheden af lægesekretærernes arbejde med at skabe overblik over informationen i patientjournalen for andre.

Lægesekretærerne iagttager altså sig selv som havende en central rolle i organisationen; men i forbindelse med denne implementeringsproces har de følt sig overset. Især på afdeling D, hvor der blev afholdt workshops om opsætningen af Cosmic uden lægesekretærerne. Her føler lægesekretærerne, at de først blev hørt i 11. time, hvor det reelt var for sent at ændre noget (Sekretær 5, side 12-13).

7.5 Opsamling: Nye former for orden og uorden

Det er ikke muligt at give en opsummering, der helt enkelt illustrerer, på hvilke områder indførelsen af Cosmic EPJ har ført til mere eller mindre orden.

Dokumentation *bliver* ført mere tidstro. Det er blevet mere entydigt, hvad lægen har ordineret. Ligesom sygeplejerskernes dokumentation fremstår mere overskuelig, struktureret og ensartet.

Men på samtlige disse områder har medajlen stadig en bagside. Den tidstro registrering praktiseres langt fra i alle tilfælde, der er opstået nye former for fejl i forbindelse med medicinordination til patienterne (se også Svenningsen, 2003), og sundhedspersonalet mangler stadig på flere punkter at afklare, hvordan dokumentationen i Cosmic bør foretages.

Årsagerne til de nye former for uorden kan være menneskelige fejl, ligesom uorden opstår, når rutinerne tilknyttet til EPJ-systemet stadig er nye. Uorden kan altså opstå på baggrund af bevidst eller ubevidst forkert anvendelse af systemet; men sundhedspersonalet iagttager også, at de mange parallelle systemer (Cosmic, FPAS, papirdokumentation osv.) giver manglende overblik, og de danner dermed grundlag for nye former for uorden.

(...) nogle få ting, som vi skal skrive på det gammeldags papirmedicinskema, fordi det kan misforstås, hvis man går ind i

Cosmic-delen (...) altså, for mig at se, så må det blive enten eller... altså, vi kan ikke blive ved, hver gang vi indfører noget nyt at bibeholde noget gammelt... og køre så mange systemer ved siden af hinanden, fordi det gør altså også, at man som jordemoder er enormt utryk ved, om man fik det skrevet de rigtige steder... (Jordemoder 3, side 23)

En del af årsagen til de nye former for uorden er altså, at man har valgt ikke at købe en samlet løsning, som indeholder såvel en elektronisk patientjournal og et patientadministrativt system svarende til FPAS:

Hvis man fik hele modulet og ikke skulle bruge FPAS... for man kan sige... systemet [det samlede system] bliver aldrig bedre end det ene system. Altså... og i og med man slæber det med sig, så skal man dobbeltregistrere, og man skal ind to steder (...) Jeg havde måske forventet, at der var nogle ting, der blev mere glidningsløse, men i og med, at man så slæber de andre systemer med sig, så får det ikke nogen gevinst. (Sekretær 5, side 18-19).

8. Italesættelse af synlige og usynlige faggrupper og arbejdsopgaver

Distinktionen synlige/ikke-synlige bliver i kommunikationen om EPJ italesat både i forhold til faggruppers forskellige synlighed i Cosmic - samt i organisationens kommunikation mere generelt - og i relation til hvilke arbejdsopgaver, der dokumenteres eller ikke dokumenteres.

Med hensyn til faggruppers synlighed er det især blandt sygeplejerskerne, at denne tematik bliver aktualiseret, idet en stor del af de interviewede sygeplejersker italesætter indførelsen af EPJ som en mulighed for i højere grad at synliggøre sygeplejerskernes arbejde.

Traditionelt har plejepersonalets dokumentation ikke været så synlig i organisationen. Med indførelsen af Cosmic EPJ bliver plejepersonalets dokumentation i langt højere grad tilgængelig for andre faggrupper. Dermed bliver det også tydeligt, at plejepersonalet - især sygeplejerskerne - skriver meget, og at deres notater optager meget plads i den fælles journal.

Det skal dog lige indskydes, at denne tendens ikke gælder alle dele af afdelingerne. I flere ambulatorier har plejepersonalet ikke ført selvstændig dokumentation for deres arbejde før indførelsen af EPJ. I nogle af disse ambulatorier har man benyttet indførelsen af EPJ som en anledning til at påbegynde en selvstændig dokumentation af sygeplejerskernes arbejde. I andre ambulatorier skriver sygeplejerskerne stadig ikke i journalen.

Men også lægesekretærene foretager iagttagelser med udgangspunkt i forskellen synlige/ikke-synlige, idet de italesætter, hvordan de oplever at blive overset i implementeringsprocessen omkring indførelsen af Cosmic.

Usynligt arbejde på en hospitalsafdeling er blandt andet karakteriseret ved, at det ikke figurerer formelt nogen steder, så som i patientjournalen, på trods af, at det er arbejde, som er nødvendigt for få opgaverne på en sygehusafdeling løst (Vikkelsø & Vinge, 2004: 45). Synligt arbejde er derimod det arbejde, der er formaliseret and legitimeret, og altså ofte dokumenteret skriftligt (Bowker & Star, 1999: side 253).

Men intet arbejde er i sig selv udelukkende synligt eller usynligt. Om et arbejde er synligt eller usynligt afhænger af, hvordan og hvorfra dette arbejde iagttages. Eksempelvis kan sygeplejerskernes arbejde fremstå synligt for plejepersonalet selv og for deres nærmeste kolleger, men være usynligt for sygehusledelsen og andre administratorer. Dette sker hvis sygeplejerskernes arbejde ikke dokumenteres, eller deres dokumentation er mindre synlig (Sygeplejerske 1, side 14). Det kan for eksempel få konsekvenser, når der skal fordeles ressourcer til sygehusafdelingerne. Det er derfor nødvendigt at synliggøre, at sygepleje gør en forskel i patientforløbet. En sygeplejerske formulerer det således:

Vi havde da også haft store problemer hernede, fordi man lige pludselig fra ledelsens side havde gået ind og sagt, at man kan vitterlig ikke se, at de sygeplejersker, der er ansat på Øre-Næse-Halsambulatoriet, de laver noget. (...) Vi har faktisk lavet vores egne undersøgelser, og der viste det sig, at 20-25 % af det lægen laver, som er relateret til patienterne her i ambulatoriet, det kan de lave selv – resten skal de have hjælp fra sygeplejerskerne til. Men det kan vi jo ikke bruge til noget, når vi aldrig nogensinde har dokumenteret, at vi er her. Men lige pludselig har vi nu en kæmpe mulighed for det – så nu er det bare med at komme til tasterne. (Sygeplejerske 1, side 14)

Problematikken omkring synligt og usynligt arbejde er blandt andet forbundet med arbejdets status, det vil sige, hvorvidt arbejdet iagttages som havende høj eller lav status.

Internt blandt plejepersonalet har nogle arbejdsopgaver lavere status end andre. Til eksempel har det "at vaske patienter", hvilket vil sige at hjælpe de indlagte med deres personlige hygiejne, umiddelbart lavere status end stuegang med dertilhørende journalføring eller medicinadministration. Rengøring og depotopfyldning er ligeledes opgaver med lavere status, som tilfalder social- og sundhedsassistenterne og sygehjælperne frem for sygeplejerskerne. De arbejdsopgaver, som tillægges lavere status er ofte arbejdsopgaver, der kan løses uden nogen særlig uddannelse.

Men igen er spørgsmålet om høj eller lav status ikke entydigt, idet det direkte arbejde med patienten ofte italesættes som værende kerneydelsen og havende stor betydning, eftersom det jo er her, plejepersonalet kan gøre nogle vigtige observationer vedrørende patientens tilstand (Sygeplejerske 2, side 19).

For lægernes vedkommende er det såkaldt "kontorarbejde" eller "sekretærarbejde" i form af journalskrivning og kodning, som tillægges lavere status end det direkte arbejde med patienterne på operationsbordet eller i konsultationsrummet (Læge 3, side 10).

Problematikken omkring synligt og usynligt arbejde har også en kønsdimension, idet usynligt arbejde traditionelt er kvindearbejde (Bowker & Star, 1999: 29).

8.1 Synlige/usynlige arbejdsopgaver

Sundhedspersonalet oplever et krav om, at der skal dokumenteres mere og mere, blandt andet for juridisk set at være dækket ind i tilfælde af utilsigtede hændelser eller patientklager. Ikke blot fordi patientjournalen er et kommunikationsredskab for sundhedspersonalet, men fordi journalen også skal anvendes til en række andre formål som forskning, økonomiafregning og kvalitetsudvikling.

Det er dog stadig langt fra alt, der bliver dokumenteret. Som understreget tidligere er det nødvendigt at selektere relevante oplysninger til og fra for at kunne bevare overblikket.

De dokumentationsmodeller, som Cosmic er baseret på, har en væsentlig indflydelse på, hvad der bliver dokumenteret, ligesom EPJ-systemet kan have en mere indirekte indflydelse på hvilke arbejdsopgaver, der opnår synlighed i den fælles journal. Derfor vil jeg nu vende blikket mod sundhedspersonalets iagttagelser af hvilke arbejdsopgaver, der bliver mere eller mindre synlige efter introduktionen af Cosmic.

8.1.1 Dokumentation af sygeplejen

Det er blandt plejepersonalet, de mest radikale forandringsprocesser i forbindelse med indførelsen af EPJ har fundet sted, idet plejepersonalet med Cosmic har fået

en væsentligt ændret dokumentationsmodel, som er baseret på Sundhedsstyrelsens vejledning for sygeplejersker, som blev udsendt den 29. april 2005. For sygeplejerskerne har indførelsen af Cosmic altså været forbundet med en dobbelt læringsproces, idet de skulle lære at benytte det nye computersystem, samtidig med at de skulle blive fortrolige med en ny dokumentationsmodel.

Denne dokumentationsmodel er baseret på 11 problemområder under følgende overskrifter: Aktivitet (ADL⁴²), respiration og cirkulation, ernæring, udskillelse af affaldsstoffer, hud og slimhinder, smerter og sanseindtryk, søvn og hvile, kommunikation, psykosociale forhold, seksualitet, viden og udvikling (se bilag F).

Selv det ikke har været uden problemer for sygeplejerskerne at få indført denne nye dokumentationsmodel, så er der blandt de interviewede sygeplejersker en udbredt opfattelse af, at indførelsen af Cosmic EPJ har medført et kvalitetsløft af sygeplejen (Sygeplejerske 5, side 13 +31).

Før indførelsen af EPJ var der i plejepersonalets dokumentation ikke så meget fokus på sygeplejeprocesen. Fokus var i stedet på det, der var blevet besluttet under stuegang, og ofte anvendte sygeplejerskerne en del tid på at skrive notater fra patientjournalen over i Kardex (Sygeplejerske 5, side 25-26; sygeplejerske 4, side 15; sygeplejerske 3, side 13). Nu hvor Cosmic gør lægernes notater direkte tilgængelige for sygeplejerskerne, er dette afskrivningsarbejde ikke længere nødvendigt, og sygeplejerskerne angiver, at det frigiver tid til at dokumentere det, de italesætter som "den rigtige sygepleje":

Vi håber lidt på, at vi på en eller anden måde får mere fokus på sygeplejen. Da vi havde papirjournalen – netop fordi vi ikke havde journalen så tit os sygeplejersker – så var vi nødt til faktisk at sidde og skrive alt af, hvad lægen havde sagt i journalen, det var vi nødt til at skrive over i vores papirjournal eller vores papirkardex, for det havde vi jo hele tiden hos os. Så derfor har vi egentlig været vant til at skrive meget naturvidenskabeligt, hvor alle de der bløde værdier med at

⁴² ADL står for *Activity in Daily Living*

patienten har det skidt i dag psykisk og har grædt lidt, så jeg har siddet en halv time og snakket med ham – det var sådan nogle ting vi nedprioriterede [at dokumentere]. Også fordi vi havde travlt – det fik vi ikke skrevet. Men de der ting, som i første omgang redder liv, det var dem vi dokumenterede – som jo er de naturvidenskabelige på en eller anden måde. Så derfor har vi jo længe været opdraget til at skrive de naturvidenskabelige ting og egentlig glemme lidt den rigtige sygepleje – at få den dokumenteret. Så det er jo så det, vi skal til nu, jo! (Sygeplejerske 3, side 7)

Samme sygeplejerske har iagttaget, at der også indenfor sygeplejegruppen er forskellige syn på, hvad der er væsentligt at dokumentere. Hun skitserer, hvordan der overordnet set er to tilgange – en positivistisk og en hermeneutisk⁴³. De sygeplejersker, der har en positivistisk tilgang, dokumenterer fortrinsvis de såkaldte hårde facts, som ofte er beslægtet med det lægefaglige eller naturvidenskabelige. Hos andre med en mere hermeneutisk tilgang er det, som hun formulerer det, omsorgen, der skinner mest igennem:

(...) når der er en patient, som har det dårligt respiratorisk – altså vejrtrækningsmæssigt – så er det åbne vinduer og sidde op og hovedpuden sat godt og sådan nogle ting. Der er forskel på, hvordan folk de... men selvfølgelig er det jo... den, som tænker i naturvidenskab, åbner jo også vinduet og sådan nogle ting, men der er forskel på, hvad man dokumenterer – hvad man ligesom er opdraget til at synes er vigtigst. (Sygeplejerske 3, side 6-7)

For hende er der ingen tvivl om, hvad den rigtige sygepleje er; det er den, hvor fokus er på omsorgen. Ikke fordi de lægelige aspekter ikke har relevans, men

⁴³ I psykologien repræsenterer den hermeneutiske tilgang et helhedssyn på mennesket, ligesom plejepersonalet ofte angiver, at de tilstræber helhedssynet på patienten. Oprindeligt er hermeneutikken en forståelsesorienteret tilgang baseret på fortolkning, hvor et problem ses ud fra forskellige synsvinkler. Den hermeneutiske forståelsesproces forløber som en række cirkelslutninger. Udgangspunktet er den såkaldt hermeneutiske cirkel. Den hermeneutiske cirkel illustrerer det forhold, at vi tager udgangspunkt i visse forudsætninger, når vi skal forstå noget, og at den forståelse, vi opnår, virker tilbage på disse forudsætninger (Hansen, 2003: 50).

fordi netop sygeplejerskerne har størst kompetence i at dokumentere disse bløde værdier.

Flere sygeplejersker fortæller i interviews, at indførelsen af EPJ har betydet, at de kan sætte større fokus på "de bløde" sygeplejeværdier, så som omsorgen for patienten. Som det er blevet illustreret tidligere, siger jordemødrene derimod, at de finder det sværere at dokumentere den bløde del af deres arbejde med patienten efter indførelsen af EPJ. Tilsyneladende forholder det sig altså således, at i plejepersonalets dokumentation i Cosmic er arbejdsopgaver relateret til de bløde værdier blevet mere synlige, mens den samme type arbejdsopgaver er blevet mindre synlige i jordemødrenes dokumentation i Cosmic. Men disse to faggrupper arbejder også ud fra to forskellige dokumentationsmodeller, idet læger og jordemødre skriver i den samme dokumentationsmodel i Cosmic.

Begrebet "de bløde værdier" kom i 1999 i fokus i forbindelse med oprettelsen af Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Dette råd igangsatte blandt andet et projekt, som havde til formål at belyse de mellem menneskelige relationer i det danske sundhedsvæsen. Den daværende formand for Det Nationale Råd udtalte således:

Et særligt problem er de bløde værdier. Over halvdelen af klagerne over sygehusvæsenet har fx ikke noget med kerneydelsen at gøre, men med "de bløde værdier". Der er information, kontinuitet, omsorg, etik, individualisering, medinddragelse og etik. (Krag, 1999)

Denne udvikling, hvor de bløde værdier tillægges større betydning, hænger blandt sammen med den nye type patient, sundhedsvæsenet bliver konfronteret med i disse år. Det er en patient, som aktivt søger oplysninger om sin sygdom, og som ønsker at blive medinddraget i beslutninger vedrørende behandlingen. Ligesom denne type patient er mindre autoritetstro og ønsker at blive mødt som en individuel person (Århus Amt, 2003).

Begrebet "de bløde værdier" er en lidt diffus størrelse, som blandt andet kommer til udtryk i sundhedspersonalets evne til at bekymre sig for patienten, at være nærværende, at sætte sig i den andens sted, bruge sine sanser, tyde den andens sprog og give patienten medbestemmelse (Hansen, 2003: 46).

Begrebet de bløde værdier kan også ses i relation til dikotomien hårde data versus bløde data (Hansen, 2003: 17). Strukturerede "hårde sygeplejedata" er formuleret i et fælles fagsprog med en terminologi, som gør det muligt at tolke og udtrykke sygeplejefaglige observationer og handlinger på en opsummerende og samtidig præcis måde. Det giver mulighed for at generere information fra sygeplejedata vedrørende mange patienters forløb.

De "bløde sygeplejedata" er derimod formuleret som en fortløbende vurdering af patienten ud fra faglige skøn, der formuleres i et mere fortællende og nuanceret sprog. Det faglige skøn handler om at tyde og tolke den enkelte patients situation og reaktion ud fra kendskab til patienten, faglig kundskab og sansning af situationen (Jensen & Olsen, 2006).

Bløde sygeplejedata formuleres bedst i fritekst, da de ofte har form af små narrativer. Intentionen om at fremme dokumentationen af de bløde sygeplejedata kan derfor gå imod sygeplejerskernes samtidige ønske om et mere ensartet sprog i sygeplejedokumentationen.

En sygeplejerske formulerer her, hvordan hun iagttager et behov indenfor sygeplejen for at ensrette dokumentationen, herunder ensrette det sprog, der anvendes i journalføringen til at beskrive sygeplejerskernes arbejde med patienten:

Det er vigtigt, at tingene bliver skrevet de rigtige steder, og det er vigtigt, vi er enige om... (...) Man har hver sin måde, man plejer at skrive sine ting, ikke også. Og det er sådan noget – man burde jo snakke ens sprog, fordi det gør lægerne jo. (Sygeplejerske 4, side 33)

Denne sygeplejerske har observeret, at plejepersonalet skriver nogenlunde ens indenfor deres egen gruppe, mens andre plejegrupper på afdelingen, så som nattevagterne, skriver deres dokumentation i Cosmic en smule anderledes.

Dette ønske om et mere ensartet sprog i sygeplejedokumentationen hænger sammen med intentionen om at frigøre professionen og gøre den mere uafhængig af lægerne.

Computermediet gør det i endnu højere grad nødvendigt at standardisere og klassificere inden for sygeplejen. Det bliver vigtigt at kunne tale om sygepleje i et sprog, som computeren forstår. Ellers vil sygeplejen ikke blive repræsenteret, og dermed vil den risikere yderligere marginalisering i fremtiden (Bowker & Star, 1999: 237). Et standardiseret sprog gør det desuden muligt at sammenligne data på tværs af sted og profession, foretage søgning i de indtastede data og dermed anvende sygeplejedata i forskningsøjemed.

Den nye synlighed af sygeplejerskernes dokumentation bevirker også, at plejepersonalet strammer op på sygeplejenotaterne, blandt andet bliver der strammet op på sproget, idet der er en bevidsthed om, at deres notater bliver anvendt af andre faggrupper. (Sygeplejerske 2, side 6)

Når man ser på nøgleordene i sygeplejerskernes dokumentationsmodel, må flere af disse overskrifter for en umiddelbar betragtning fremstå som forholdsvis åbne for "bløde sygeplejedata" – eksempelvis nøgleordene *smerte og sanseindtryk, kommunikation, psykosociale forhold* mv.. Men hvorvidt der i højere grad end tidligere bliver dokumenteret flere bløde sygeplejedata afhænger selvfølgelig af den konkrete brug af systemet, og her vil det være relevant at gennemføre en sammenlignende undersøgelse af sygeplejerskernes dokumentation før og efter indførelsen af Cosmic.

I afdeling F's ambulatorium er sygeplejerskerne efter indførelsen af EPJ begyndt selv at dokumentere det arbejde, de har udført. Ifølge den interviewede sygeplejerske er det en fordel i patientbehandlingen, til eksempel i forhold til sårbehandling. Når en patient er i et forløb, hvor han gentagne gange er i kontakt med ambulatoriet i forbindelse med pleje af et sår, så er det efter indførelsen af EPJ muligt at se meget mere detaljerede sygeplejeoplysninger. Tidligere skrev lægen blot, at der var skiftet bandage ved sygeplejersken. Nu

skriver sygeplejerskerne hvilke materialer, der bliver brugt til sårplejen, og hvorvidt såret skylles eller ej, og det er efter hendes vurdering oplysninger, der gør en forskel i patientbehandlingen.

I de ambulatorier, hvor sygeplejerskerne før indførelsen af EPJ ikke selvstændigt dokumenterede deres arbejde, betyder introduktionen af Cosmic, at de i deres arbejde bliver mere ligestillede med lægen. Som tidligere er det sygeplejersken, der assisterer lægen og eksempelvis gør instrumenter klar til undersøgelsen af patienten. Men nu skal sygeplejersken også dokumentere sit arbejde, og det er noget nyt, som både sygeplejersker og læger skal vænne sig til:

Der skal de [lægerne] stoppe lidt op og tænke over det. At det er noget, de har været vant til at dokumentere før, hvor vi egentlig lige så godt kan gå ind og dokumentere det – og at vores ord er lige så gode som deres i den journal. Det er absolut noget de skal vænne sig til, tror jeg. Det er også noget, vi skal vænne os til, at vores ord er lige så gyldigt som deres. Fordi vi altid har været vant til, at det var deres ord, der vægtede mest på skalaen, ikke? Så på den måde kan man sige, at det er noget, vi skal ændre.
(Sygeplejerske 1, side 20)

Men når der travlt i ambulatoriet og kun én computer til rådighed, er det som oftest lægen, der lægger beslag på computeren. Så det er langt fra på alle punkter, hierarkiet er blevet jævnet ud.

8.1.2 Plejepersonalets administrative arbejde kontra direkte arbejde med patienter

Bowker og Star (1999) inddeler plejepersonalets arbejde i direkte pleje, indirekte pleje og administrativt arbejde. Den *direkte pleje* består i plejehandlinger på baggrund af sygeplejediagnoser eller medicinske diagnoser, samt udførelse af diverse daglige nødvendige funktioner for patienter, der ikke selv er i stand til at udføre disse. *Indirekte pleje* indebærer for eksempel koordinering af

behandlingskemaer, planlægning af udskrivelse og patientsupervision. Det vil sige sygeplejehandlinger, der indirekte gavner patienten. Mens det *administrative arbejde* består i at koordinere arbejde og supervisere sygeplejersker. Grænserne mellem disse tre kategorier af arbejde er flydende. (Bowker & Star, 1999: side 244-245).

Det interviewede plejepersonale skelner dog kun mellem direkte arbejde med patienten og administrativt arbejde. Når sygeplejerskerne beretter, at de anvender mere tid på administrativt arbejde, så forbinder de det administrative arbejde med opgaver som dokumentationsarbejde, koordination med hjemmeplejen og forberedelse af udskrivelse. Det administrative arbejde er altså i deres optik alt det arbejde, som ikke foregår "ude ved patienten" (Sygeplejerske 3, side 14; sygeplejerske 4, side 16)

Samtlige interviewede sygeplejersker angiver, at de efter introduktionen af Cosmic bruger en større del af deres arbejdstid på det, de beskriver som administrativt arbejde.

En sygeplejerske, der er ansat på det geriatriske sengeafsnit, forklarer, at på afdeling G, er arbejdsopgaverne i høj grad opdelt, så sygeplejerskerne tager sig af det administrative, mens social- og sundhedsassistenterne varetager patientplejen. Det skyldes dels, at der er relativt få sygeplejerske ansat, så ofte er der kun én i hver plejegruppe. Derudover har patienterne på afdeling G behov for en yderst kompleks behandling, så efter hendes vurdering er sygeplejerskerne i kraft af deres længere uddannelse bedre i stand til at varetage medicinadministration og lignende. Ligesom hun mener, at sygeplejerskerne i kraft af deres uddannelse i højere grad end sosu'erne er trænet til at reflektere over tingene, hvilket er nødvendigt i dokumentationsarbejde.

På andre afdelinger, så som D1, udfører sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter stort set samme typer arbejdsopgaver, så her oplever sosu'erne også, at de bruger mere tid foran computeren.

I Cosmic er det administrative arbejde i form af observationer og beslutninger fra stuegang, samt medicinadministration forholdsvis mere synligt end alt det praktiske arbejde med patienter og depotopfyldning. Da det ofte er

opdelt således, at sygeplejerskerne tager sig af det administrative arbejde, er det social- og sundhedsassistenterne, der bliver den usynlige faggruppe i plejegruppen.

8.1.3 Lægesekretærers usynlige arbejdsopgaver

Lægesekretærernes arbejde har primært bestået i at gøre andre faggruppers arbejde synligt ved at indskrive lægernes – og af og til andre faggruppers – dokumentation. Derudover har de haft en lang række andre arbejdsopgaver relateret til at systematisere og følge op på patientforløbet, og disse arbejdsopgaver er ofte relativt usynlige.

I forbindelse med indførelsen af Cosmic er der også dukket nogle nye arbejdsopgaver op, som tilfalder lægesekretærene. Det drejer sig blandt andet om indscanning af dele af papirjournalerne fra nuværende patienters tidligere indlæggelser. Da der også stadig er en del ting, så som narkoseskemaer, der føres på papir ved siden af Cosmic, skal også disse scannes ind.

Det er en omfattende opgave, som har betydet en del overarbejde i lægesekretærgruppen. Samtidig er det - i hvert fald på nogle afdelinger - en opgave, hvis omfang er blevet undervurderet. Hvilket betyder, at lægesekretærene oplever det som særdeles svært at få tid til at udføre det almindelige daglige arbejde (Sekretær 6, side 6). I den forbindelse har lægesekretærene faktisk også haft en del usynligt overarbejde, i form af pauser, der springes over, eller at de kommer før og går lidt senere, uden at det figurerer som officielt overarbejde (Feltdagbog, side 92).

Samtidig har indførelsen af Cosmic betydet, at lægesekretærene mister nogle af deres mere synlige opgaver. Eksempelvis var det tidligere lægesekretæren, der tastede den målte temperatur på en patient ind i temperaturskemaet i patientjournalen. Nu indfører den sundhedsperson, der tager temperaturen på patienten, selv den målte værdi i Cosmic. Hver gang den slags opgaver forsvinder fra lægesekretærens domæne, igangsætter det en frygt hos hende for at blive overflødig (Sekretær 1, side 18-19).

8.2 Synlige og usynlige faggrupper

Såvel sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter som lægesekretærer hører til de faggrupper på sygehusene, som traditionelt set har udført meget usynligt arbejde, og som dermed også har været mindre synlige som faggruppe, hvorimod lægerne har indtaget en mere fremtrædende position i organisationen. Det kommer blandt andet til udtryk i patientjournalen, som i høj grad har været lægens journal, hvor denne faggruppes dokumentation har fyldt mest, mens plejepersonalets dokumentation har været et slags appendiks til patientjournalen (Sekretær 5, side 21).

I det følgende afsnit vil jeg fokusere på, hvordan distinktionen synlig/usynlig bliver aktualiseret i forhold til de tre faggrupper: sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt lægesekretærer. Indførelsen af EPJ har nemlig betydet en ny synlighed for sygeplejerskerne, mens social- og sundhedsassistenterne samt lægesekretærene i højere grad forbliver usynlige.

8.2.1 Sygeplejersker versus social- og sundhedsassistenter

Problematikken omkring synlige og usynlige faggrupper i forhold til plejepersonalet tager sig forskelligt ud, alt efter hvilken sygehusafdeling iagttagelserne tager udgangspunkt i.

På afdeling G's sengeafsnit er det opdelt således, at sygeplejerskerne varetager stort set hele den administrative del af sygeplejen, så som at snakke med pårørende, forberede udskrivelse af patienten, varetage kontakten til hjemmeplejen, skrive journal og gå stuegang. Social- og sundhedsassistenterne (og sygehjælperne) klarer størstedelen af det praktiske arbejde med patienterne, som for eksempel at vaske patienterne og hjælpe dem med maden (Feltdagbog, side 38).

På barselsgangen, D1, er det anderledes; her løser sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samme typer opgaver. Social- og sundhedsassistenterne varetager dog stadig en række praktiske opgaver, så som at holde styr på indholdet i depoterne.

På fødegangen er der ikke ansat sygeplejersker, så her er det udelukkende social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, der varetager de plejemæssige opgaver. På fødegangen betyder indførelsen af EPJ, at social- og sundhedsassistenterne nu også dokumenterer deres arbejde på fødestuen.

Som social- og sundhedsassistenterne og jordemødrene italesætter det i de individuelle interviews, så medfører det en ny synlighed for sosu'erne. Som en social- og sundhedsassistent formulerer det: "

Det en større anerkendelse af vores arbejde, når vi selv går ind og dokumenterer, fordi førhen stod vi ikke nævnt nogle steder i fødselsforløbet... vi figurerede ingen steder.

Som hun tilføjer, betød det reelt også, at social- og sundhedsassistenterne ikke kunne holdes juridisk ansvarlige i tilfælde af klagesager (Sosu 4, side 4). Denne iagttagelse bakkes op af en jordemoder, som siger, at sosu'ernes dokumentation af deres arbejde indebærer, at de nu er blevet "ansvarlige", ligesom de nu må give medicin til de fødende kvinder (Jordemoder 1, side 9 og 11).

Det er dog ikke alle social- og sundhedsassistenterne, der iagttager indførelsen af Cosmic som en større ændring for deres faggruppe. En anden af de interviewede sosu'er fra samme afdeling beretter således, at social- og sundhedsassistenterne nu er begyndt at give injektioner, men han mener ikke, at dette nye tiltag skyldes indførelsen af EPJ. Et andet sted i interviewet, siger han ligeledes:

Interviewer: Nu er det egentlig noget nyt, ikke, at I begynder at dokumentere jeres arbejde... hvad har det betydet for jeres faggruppe at...?

Sosu 3: Egentlig ikke særlig meget synes jeg, fordi at det som vi skal, det er ind og dokumentere... puls og blodtryk... altså, målte værdier (...) altså, det har vi ikke gjort før, det ved jeg godt... men det er ikke det store.

Denne social- og sundhedsassistent fremstår altså ikke som særlig optaget af faggruppens synlighed i Cosmic.

Generelt angiver social- og sundhedsassistenterne på fødegangen, at de ikke anvender så stor en del af deres arbejdstid på at dokumentere deres arbejde eller læse andre faggruppers dokumentation. De er fortrinsvis beskæftiget med såkaldt praktisk arbejde, og baserer i høj grad deres arbejde på mundtlig kommunikation (Sосу 3 og 4). Som en social- og sundhedsassistent iagttager det, så anvender jordemødrene også mere tid foran computeren, hvilket betyder, at sosu'erne bruger mere tid på fødestuen (Sосу 3, side 9).

Da social- og sundhedsassistenterne overordnet set anvender Cosmic mindre end sygeplejerskerne, opstår der fare for, at de bliver koblet af en væsentlig del af organisationens kommunikation, hvilket kan være med til at fastholde forskellene mellem disse to faggruppers synlighed i organisationen.

8.2.2 Sygeplejersker versus lægesekretærer

Indførelsen af EPJ ses af flere sygeplejersker som et redskab til at gøre sig synlig og få kredit for de opgaver, som sygeplejerskerne løser, men som ikke tidligere blev dokumenteret. I et interview med en sygeplejerske italesættes denne problematik således:

Førhen har det været meget naturligt, at det var os, der skiftede for eksempel en kanyle, men det egentlig var lægen, der skrev notatet. Hvor vi måske er blevet lidt mere i dag: "Hvorfor skal de egentlig have æren for arbejdet? Det er jo egentlig os, der har udført det". Så det er blevet sådan lidt, ikke overhovedet nogen form for en krig, men vi er blevet bedre til at sige, at det vil vi faktisk selv ind og argumentere for, for det har vi faktisk selv udført, og det er os der skal signere for det i sidste ende. Så vi er blevet mere opmærksomme på, at vi skal dokumentere, og at vi også skal på banen og vise, hvad vi egentlig har lavet. (Sygeplejerske 1, side 22)

Såvel sygeplejerskerne som lægesekretærene hørte i udgangspunktet til de mere eller mindre usynlige faggrupper på sygehusafdelingen, men EPJ har gjort sygeplejerskerne mere synlige, mens lægesekretærene føler sig overset.

Det kom blandt andet til udtryk på et morgenmøde blandt lægesekretærene på afdeling F, hvor en EPJ-ansvarlig læge fra afdeling F og en ressourceperson fra samme afdeling ligeledes var til stede. Her gav lægesekretærene udtryk for, at de følte sig glemt eller overset i processen, og derfor var frustrerede (Feltdagbog, side 16).

Samme problematik blev senere bragt på banen i et interview med en lægesekretær på afdeling D. Hun iagttager indførelsen af EPJ som en proces, hvor det er nødvendigt som faggruppe at gøre sig synlig. Hun kan se, hvordan dette i høj grad er lykkedes for sygeplejerskerne, mens lægesekretærene har været mindre gode til at komme til orde og få indflydelse på Cosmics udformning:

... som faggruppe, der skulle sekretærene have været med langt, langt tidligere (...) altså, jeg tror faktisk, sekretærene rigtig rigtig mange gange er de bedste til at kende arbejdsgangene... altså, selve dokumenternes gang huset rundt, og det har man måske ikke haft øje for. Det er meget meget vigtigt at have en lægerepræsentant og de øvrige faggrupper, altså, det er jo lægens dokumentation. Sygeplejerskernes har været lidt et appendiks til lægens notater... (...) De er så blevet en integreret del af patientjournalen, og de fylder enormt meget (...) jeg har ikke noget imod sygeplejersker, det er en stor gruppe, og de er rigtig godt repræsenteret og altid med alle steder... og det er fint, men... i forhold til dokumentationen af patienterne, så er det lægefaglige det vigtigste, og så kan man sige omkring en fødsel, så kommer jordemoderen selvfølgelig også med ind. Det skal man tage højde for... at de vægter noget mere... og så... altså, uden at fremhæve min egen faggruppe, men tit så er det sekretærene, der ved, jamen, man har brug for de og de kontakter, man kender patientforløb huset rundt... (...) Og det havner man også i her efterfølgende... (...) så er det sekretærene, man vender tilbage til

– og hvorfor er det lige, de gør det? Altså, det... holdepunktet det er jo alligevel her på en eller anden måde... fordi man har en erfaring i, at det er vigtigt at få de og de koder med, og det er vigtigt, at indlæggelsesforløbet starter på den rigtige dag og alle de der småting der. Så der synes jeg, det er rigtig vigtigt at komme med noget mere fra starten (Sekretær 5, side 21-22).

Ifølge denne lægesekretær er det et problem, at lægesekretærernes indgangsvinkel til patientjournalen, som vægter orden, ikke i tilstrækkeligt omfang er blevet repræsenteret. Som det fremgår af citatet, mener lægesekretæren faktisk også, at sygeplejerskerne er blevet lidt *for* synlige – og deres tilgang til patienten for dominerende – idet det ifølge hendes opfattelse bør være det lægefaglige, der har forrang i dokumentationen af patienten.

8.3 Opsamling: De forskellige faggruppers arbejde bliver generelt mere synligt

Som det ovenstående viser, så betyder introduktionen af Cosmic, at nogle faggruppers arbejde bliver mere synligt, men der dukker også nye former for usynligt arbejde op. EPJ spreder altså lys på nogle sider af sundhedspersonalets arbejde, men kaster skygge på andre (Bowker & Star, 1999: 254).

I nogle tilfælde bliver det usynlige arbejde også overført fra én faggruppe til en anden. Før var det således lægerne, der tog sygeplejerskernes usynlige arbejde for givet. Nu baserer sygeplejerskerne sig på andres – social- og sundhedsassistenternes – usynlige arbejde (Bowker & Star, 1999: 252). Det er ikke alene Cosmic, der er årsagen til denne forskydning, men indførelsen af EPJ er med til at styrke denne tendens.

Øget synlighed kan indebære såvel fordele som ulemper, idet den større synlighed kan tilføre arbejdet legitimitet og medvirke til at styrke en professions position i en organisation, men synligheden kan også medføre forøget kontrol eller overvågning samt en øget kommunikations- og dokumentationsbyrde (Star & Strauss, 1999: 9-10, 20).

Overordnet set betyder indførelsen af EPJ, at de forskellige faggruppers arbejde bliver mere synligt for de andre faggrupper. En lægesekretær sammenligner det med at have en temadag – man får "rystet posen", ser hvad andre faggrupper eller afdelinger beskæftiger sig med af problematikker, og får "en anden vinkel på nogle kommunikationer, som man ikke har haft før" (Sekretær 5, side 14). Det fører til en øget indsigt i og anerkendelse af hinandens arbejde, ligesom hun iagttager, at tværfagligheden bliver større.

▪ 9. Iagttagelser indenfor distinktionen magt/afmagt

Kapitel 9 omhandler de af sundhedspersonalets iagttagelser af forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af Cosmic, som formuleres indenfor distinktionen magt/afmagt.

Spørgsmålet om magt og afmagt italesættes ligeledes af sundhedspersonalet i relation til en række af de tidligere behandlede temaer så som synlige og usynlige faggrupper. Jeg har dog valgt at behandle distinktionen magt/afmagt i et særskilt afsnit, idet distinktionen også dukker op i relation til en række selvstændige problematikker.

Kapitel 9 er opdelt i tre afsnit. I det første afsnit behandles sundhedspersonalets iagttagelser omkring alder og erfaring i forhold til den såkaldte "modstand mod forandring" i forbindelse med indførelsen af EPJ. I næste afsnit argumenteres der for, at det snarere end alder er manglende it-kundskaber, der fører til følelsen af afmagt i forbindelse med indførelsen af Cosmic. I tredje og sidste afsnit belyser jeg, hvordan forhandlingerne i fokusgruppen udspillede sig og hvilke magtforhold, der kom til udtryk her.

9.1 Alder, erfaring og "modstand mod forandring"

I forbindelse med implementeringen af Cosmic cirkulerede der i organisationen, hvad jeg vil betegne som en slags vandrehistorie. Der var sikkert noget sandt i den, men grunden til, at jeg kalder den en vandrehistorie er, at jeg flere gange blev præsenteret for en nogenlunde enslydende historie, men historiens hovedperson varierede afhængigt af, hvem afsenderen var.

Da jeg første gang noterede historien i min feltdagbog, fik jeg den præsenteret af en yngre læge, som gerne ville oplyse mig om, at det virkelige problem i forhold til implementeringen af Cosmic var de ældre sygeplejersker. En del havde givet op og valgt at gå på efterløn før introduktionen af det nye computersystem, og den gruppe ældre sygeplejersker, som stadig var i afdelingen, skulle angiveligt være en kilde til modstand mod EPJ (Feltdagbog, side 7).

Senere fik jeg nogenlunde samme historie af en sygeplejerske – her var det blot de ældre læger, der på grund af udsigten til indførelsen af EPJ valgte at gå på efterløn.

Da historien havde vakt min interesse, spurgte jeg direkte en sygeplejerske på afdeling F, som jeg vidste snart skulle på efterløn, om EPJ spillede en rolle i forhold til hendes beslutning om at trække sig fra arbejdet. Til det svarede hun, at det ikke som sådan var udsigten til at skulle arbejde med et nyt computersystem, der skræmte hende. Derimod følte hun ikke længere, at hun kunne holde til de stadige forandringer, som generelt præger hospitalsafdelinger.

Denne oplevelse af, at organisationen beslaglægger for megen opmærksomhed (Knudsen, 2008: 30) med sine krav om konstant fornyelse, samt mere og anderledes dokumentation, formuleres på lignende vis af en jordemoder:

Det er simpelthen alt det udenoms, der fylder alt for meget... i min verden i øjeblikket. Og det er nok fordi, jeg er for meget gammeldags jordemoder... jeg er håndværker, jo... det er jo sådan set det, jeg har uddannet mig til. Jeg er ikke sekretær eller it - et eller andet - lysten eller sådan noget. Så havde jeg lavet noget helt andet. Og det betyder jo ikke, at jeg ikke accepterer, at man går over til nogle andre systemer, men jeg havde jo så bare drømt om, at man kunne lave nogle systemer, der måske var et eller andet sted lidt mere brugervenlige. (Jordemoder 3, side 19)

I dette citat italesætter jordemoderen sig som håndværker, ligesom mange erfarne sygeplejerske, og vel også læger, oprindeligt blev tiltrukket af håndværket i deres fag og derfor også nu foretrækker kontakten med patienten frem for arbejdet ved computeren. Således har en lægesekretær også observeret, hvordan de ældre læger ikke bryder sig om "kontorarbejde", mens yngre læger, gerne vil skrive selv (Sekretær 1, side 11).

Det følgende citat illustrerer, at det ikke blot er de mere erfarne sundhedspersoners aversion mod kontorarbejde, der får dem til at opponere mod den megen tid foran computeren. De føler også, at de svigter patienten, og da de samtidig har en oplevelse af, at de ikke længere gør dokumentationsarbejdet godt nok, fører det til en følelse af utilstrækkelighed (Jordemoder 3, side 16-17):

Interviewer: *Hvordan kan du mærke forskel på de erfarne?*

Jordemoder 3: *Jamen, altså... det er nok egentlig det der med, at os der er lidt ældre... lidt mere gråhåret... vi synes nok, at der går for meget tid fra de der patienter til det her. Hvorimod de yngre er hurtigere til at skrive, så der går måske ikke lige så meget tid fra dem, fordi de har været vant til det fra deres studietid. (...) De er ikke fra en tid måske, hvor man sad helt så meget på stuerne, som vi andre vi har været vant til. (...) ...vi var nok mere vant til at sidde og observere veer og lytte hjertelyde (...) i dag er der noget maskineri, der kører, og det skal ikke forstås sådan, at de passer patienterne ude fra gangen... for det gør de ikke, vel... men jeg tror, der er meget af det, som man i dag læser sig frem til på det maskineri... der sad vi og mærkede på maven af dem og holdt dem der og sådan...*

Interviewer: *Så der fik man en anden kontakt med patienten?*

Jordemoder 3: *Ja, så der er sådan lidt anderledes ting der... og det behøver ikke at være dårligt vel... men det er nok der, at jeg så tror, at vi føler, at vi svinger patienterne lidt. Og så har jeg det dårligt med det der med, at jeg ikke synes, jeg gør arbejdet godt nok ved ikke at få skrevet ordentligt (...)*

Jordemoder 3: *Du kommer simpelthen til at føle dig som en mindre god jordemoder, end du var tidligere?*

Jordemoder 3: *Ja. Helt sikkert.*

Som citatet viser, er det i diskursen om håndværkssygeplejersken eller håndværksjordemoderen arbejdet med hænderne og nærheden til patienten, der adskiller denne gruppe af sundhedspersoner fra de yngre professionsbacheloror, som ofte opstilles som modsætningen til den sundhedsprofessionelle

håndværker. Professionsbachelorerne italesættes som værende teoretisk stærke og dygtige til at håndtere it-systemer. Men trods deres dygtighed på mange felter, mangler professionsbachelorerne ud fra denne diskurs noget væsentligt i form af "det kliniske blik", som opbygges gennem det praktiske arbejde med patienterne (Sygeplejerske 5).

Hvor modstanden mod forandring i det ovenstående knyttes sammen med alder, så italesættes modstanden mod EPJ i andre sammenhænge som værende professionsafhængig. Selvom implementeringsprocessen på afdeling D forløb forholdsvis glat, og der generelt blev taget godt imod Cosmic her, så oplevede ressourcepersoner på afdeling D også en del modstand mod indførelsen af EPJ. Især fra jordemødrene:

Jordemoder 1: *(...) meget forskel på afdelingen, hvordan man tog imod det, hvor jordemødre, tror jeg, er svære... i det hele taget til nytænkning... de har altid sådan en mening om det hele... [griner]*

Interviewer: *... vant til at være...*

Jordemoder 1: *... ja, selvstændige... ja... det er det, og det bærer det rigtig præg af. Der var en del, der ikke ville, de ville simpelthen ikke skrive i Cosmic, sådan var det.*

Jordemødrene på fødegangen er i høj grad vant til at være selvstændige, og først sideløbende med implementeringen af Cosmic blev disse jordemødre formelt en del af OUH som organisation, idet de tidligere var en selvstændig enhed i form af "Fødselsbetjeningen", der gik på tværs af sygehusene under Sygehus Fyn og OUH. Eftersom jordemødrene har været vant til autonomi, kan det være svært at skulle indordne sig under en større organisation.

I det følgende citat formulerer en lægesekretær sin iagttagelse af, hvordan indførelsen af EPJ vander op og ned på hierarkier, idet den yngre del af sundhedspersonalet er i besiddelse af nogle it-kompetencer, som de mere erfarne måske mangler:

(...) jeg synes faktisk, at man har rykket tæppet væk under nogle af de gamle sygeplejersker, for jeg mener – "in the good old days" så var det ligesom dem, som havde tjek på ting og sager, men lige pludselig kan man sige – og det har de stadig på den faglige pleje – men hvis ikke man ligesom er i stand til at dokumentere det skriftligt og sådan... på den måde synes jeg faktisk. (Sekretær 3, side 21)

I de gennemførte interviews iagttager sundhedspersonalet, hvordan alder spiller en rolle for modtagelsen af den nye teknologi. På spørgsmålet om, hvordan lægesekretærene generelt har oplevet det at få et nyt dokumentationsredskab, svarer denne yngre lægesekretær:

Altså, man kan godt mærke... generationerne... man kan godt mærke, at der er nogen, der tager afstand og siger, det har jeg ikke prøvet før... og det vil jeg ikke gå ind i... og det kan jeg ikke finde ud af... det er ikke mit område. Det synes jeg... det er desværre en stor gruppe... i stedet for at gå et skridt frem... så går de et skridt tilbage, og så ligesom slår persienerne for... det har jeg også oplevet så mange gange... så sådan er det bare... og det mener jeg måske også, man ikke har været god nok til at sælge den eller få dem lært op. (Sekretær 5, side 20).

Som lægesekretæren her antyder afslutningsvist, så er den ældre del af sundhedspersonalets afstandstagen til EPJ ikke i sig selv et spørgsmål om alder, men handler måske snarere om it-kompetencer. Men ofte følges alder og manglende it-kompetencer ad.

9.2 Manglende it-kundskaber og følelsen af afmagt

Begrænsede it-kompetencer kan give sundhedspersonalet en følelse af afmagt – en følelse af at fremstå usikre i kontakten med patienten. Da det ofte er de ældre og mere erfarne sundhedspersoner, der mangler it-kompetencer, er det ansatte, der ellers beskriver sig selv som meget kompetente i kraft af deres

erfaring, der nu italesætter denne følelse af afmagt i relation til EPJ. To jordemødre udtaler sig her om denne problematik:

(...) og det kan også godt være, det er, fordi jeg er så gammel og firkantet og umoderne, at jeg synes, jeg er alt for længe om at skrive på maskine... det er altså pludselig blevet sådan også, at jeg skal være nøjagtig lige så hurtig til at betjene det der system, som jeg var til at betjene en blyant på et stykke papir... og det er jeg bare slet slet ikke.
(Jordemoder 3, side 5)

Den anden jordemoder, som har arbejdet i faget siden 1973, fortæller indledningsvist, at det der tiltrak hende til arbejdsområdet var billedet af jordemoderen som en selvstændig, stærk kvinde:

Interviewer: *Kan du huske, hvorfor du valgte at blive jordemoder?*

Jordemoder 2: *Ja, det var fordi at... det var det billede, man... der stadigvæk er af jordemoderen... om den der selvstændighed, der ligger i faget og... om en stærk selvstændig kvinde. Det var det.*

Senere i interviewet beretter samme jordemoder, hvordan indførelsen af EPJ har fået hende til at føle afmagt (Jordemoder 2, side 10-11):

Jordemoder 2: *Og så skal jeg sidde og bruge tid derinde, og da jeg ikke er særlig hurtig, så bruger jeg... så kan jeg godt føle, at jeg står og er... og sådan ligesom er... en lille smule dum i gåseøjne i forhold til den fødende... så jeg synes ikke, det virker fagligt... jeg virker ikke særlig fagligt velkvalificeret, når jeg står med en finger på tastaturet og skal sidde og prikke...*

Interviewer: *Selvom du har de 30 års erfaring og er den kompetente jordemoder så...?*

Jordemoder 2: *Nej, nej... så giver det ligesom et signal... i hvert fald til den unge familie om at hov, det kan hun sgu ikke finde ud af... kan hun så finde ud af resten, ikke. (...)*

Denne afmagt handler helt klart om hendes erkendelse af, at hun – fordi hun hører til det mindretal, der ikke har computer derhjemme - går ind i projektet med meget ringe pc-kundskaber (Jordemoder 2, side 14). Disse ringe it-kundskaber bliver synlige ikke blot for patienten, men også for hendes kolleger, og det kan vende op og ned på tidligere hierarkier, når erfarne sundhedspersoner uden de store it-kompetencer bliver afhængige af hjælp fra deres yngre og mere uerfarne kolleger.

Ligesom der blandt de interviewede er adskillige, der opfatter det som ressourcekrævende at anvende computeren så meget i det daglige arbejde, så er der flere, der finder det fuldstændig uproblematisk.

Faktisk mener en af social- og sundhedsassistenterne, at computeren på stuen kan medvirke til at skabe en bedre kontakt til den fødende, da han ikke længere er nødt til at forlade stuen for at føre data ind i journalen. I stedet er det muligt at småsnakke, mens dokumentationsarbejdet udføres, og han fornemmer ikke, at de fødende kvinder finder computerarbejdet problematisk for deres kontakt (Sosu 3, side 10).

Dette synspunkt bakkes op af en yngre læge, som betragter pc'en som et naturligt kommunikationsmiddel. Ligesom hun går ud fra, at de yngre patienter har samme oplevelse (Læge 6, side 13).

9.3 Fokusgruppen – forhandlinger, positioneringer og magt

I maj 2006 afholdt jeg en fokusgruppe for informanterne fra afdeling F og G. Af de 12 inviterede deltog 7 sundhedspersoner i fokusgruppen. Fokusgruppen bestod således af tre lægesekretærer, tre læger og en social- og sundhedsassistent. Plejepersonalet var således underrepræsenteret, hvilket dels skyldes, at to af de tidligere interviewede sygeplejersker ikke længere arbejdede på OUH. Af de to øvrige sygeplejersker havde én på forhånd meldt afbud, mens den anden blev forhindret på selve dagen pga. travlhed på afdelingen.

I det følgende vil jeg beskrive, hvordan kommunikationen i fokusgruppen forløb, da denne form for interview er interessant i forhold til at belyse forhandlingerne mellem sundhedspersonerne. Desuden vil det være muligt at undersøge nærmere, hvordan magten udspiller sig i den sociale dimension, hvilket kan iagttages ved at se på, *hvem* kommunikationen aktualiserer. Derudover kan magten iagttages i forhold til sagsdimensionen og de tematikker, der bringes på banen, samt hvordan enighed og uenighed håndteres.

Da man hos EPJ-sekretariatet havde erfaring med, at lægesekretærene havde svært ved at komme til orde i workshops bestående af læger og lægesekretærer, er det interessant at se på interaktionen mellem disse to grupper, som begge udgjorde en stor andel af fokusgruppen denne dag.

For en umiddelbar betragtning ser lægesekretærene ikke ud til at holde sig tilbage i denne fokusgruppe. To af de tre lægesekretærer hører faktisk til blandt de tre mest talende personer i fokusgruppen sammen med en læge fra afdeling F. De tre personer, der oftest tager ordet i denne sammenhæng, er alle EPJ-ressourcepersoner. Man kan forstille sig, at denne erfaring betyder, at de føler sig på sikker grund i forhold til at udtale sig om de problematikker, der blev bragt på banen.

Derimod var den deltagende social- og sundhedsassistent meget lavt talende og tilbageholdende med at tage ordet. Det kan dels være udtryk for hendes daglige knap så synlige rolle i organisationen, men det kan også skyldes, at hun denne dag var den eneste repræsentant for plejegruppen, og altså ikke havde nogen kollegial opbakning fra fagfæller, som de andre fokusgruppemedlemmer havde det.

Fokusgruppen var præget af en uformel stemning med interne venskabelige drillerier, hvor især lægesekretærene prikkede lidt til lægerne, som dette citat illustrerer:

Læge 2: *... Så har jeg skrevet noget om læsbarhed – der er færre håndskrevne journalnotater, som ligger rundt omkring.*

Interviewer: *Det er da en ny...*

Læge 2: *Det er en ny ting.*

Sekretær 2: *Plus for dig!*

Læge 2: *Ja, det er da et plus for mig. Omvendt bruger jeg noget TID på at sidde inde på KONTORET – men det hører jo ikke under denne kategori.*

Interviewer: *Nej, det venter vi med.*

Sekretær 2: *[griner] Det hører under ulemperne...*

Læge 2: *Det kommer an på, hvorfra man ser det.*

Som den sidste linje i citatet viser, bestræbte deltagerne i fokusgruppen - såvel som i de individuelle interviews - sig på at foretage observationer fra andre iagttagelsespositioner end deres egen. Især lægesekretærene gør ofte dette - og her er det især lægernes optik, de anskuer en problematik igennem. Lægerne er jo også lægesekretærenes nærmeste samarbejdspartner i organisationen, så derfor kan det virke naturligt. Men det kan også give et fingerpeg om, at lægerne er den faggruppe, der oftest aktualiseredes i organisationens kommunikation.

Når de skulle forhandle sig frem til et svar på spørgsmålene i fokusgruppen, styrede lægerne også ofte kommunikationen. Ved de fleste lejligheder var det således lægerne, som satte dagsordenen i forhold til valg af tema samt i forhold til at samle op og konkludere (Fokusgruppe, side 6 + 23).

Selvom lægesekretærene ofte tog ordet i fokusgruppen, indtog de som regel en komfortabel subjektposition ved at bakke op om lægernes kritik af det manglende overblik. Samtidig tilbageholdt de nogle synspunkter, som lægesekretærene ellers fremkom med i de individuelle interviews, så som at det er en fordel at kunne søge på nøgleord, men at lægerne ofte besværliggør lægesekretærenes arbejde ved ikke altid at diktere efter nøgleordene.

9.4 Opsamling

I Kapitel 9 har jeg vist, hvordan sundhedspersonalet iagttager, at manglende it-kompetencer kan have betydning for sundhedspersonalets oplevelse af deres faglighed, status, relation til patienten samt relation til kolleger. Manglende it-kundskaber italesættes også som en kilde til modstand mod forandring.

Man skal dog ikke afvise sundhedspersonalets kritik af Cosmic som værende udelukkende fremført af personale med manglende it-kompetencer. De samme

problematikker italesættes af såvel personer med gode it-kompetencer som personer med mindre gode it-kompetencer. Til eksempel problematikken med at Cosmic tager tid fra kontakten med patienten.

- 10. Afrunding på analysen og diskussion af analysestrategiens anvendelighed

10.1 Hverdag med EPJ – hvornår er den elektroniske patientjournal succesfuldt implementeret?

Selvom der i såvel de individuelle interviews som fokusgruppeinterviewet blev fremført mange anker imod det konkrete EPJ-system, så er det en væsentlig pointe, at alle de medvirkende sundhedspersoner grundlæggende er for indførelsen af EPJ.

Kritikken rettes imod det konkrete system, som af nogen iagttages som ikke værende brugervenligt nok – selve opbygningen med mange vinduer, der skal åbnes og lukkes, gør det svært at overskue, ligesom det indebærer mange klik med musen. Mange af de interviewede ønsker også en højere grad af genkendelighed, mindre struktur og mere fritekst. De efterspørger altså reelt en strøm-til-papir løsning.

Men hvornår kan man konkludere, at en elektronisk patientjournal – eller for den sags skyld andre it-systemer - er succesfuldt implementeret?

I invitationen til deltagerne i fokusgruppeinterviewet skrev jeg blandt andet:

Nu vil jeg gerne invitere jer til en fokusgruppe, hvor de vigtigste aspekter af indførelsen af EPJ kan blive diskuteret. Mange af mine interviews med jer har jo fundet sted tidligt i forløbet. Derfor kunne det være interessant at høre, hvordan I ser på processen, nu hvor det er ved at være hverdag med EPJ.

Som fokusgruppesessionen skred frem, kunne jeg godt konkludere, at det vist ikke var blevet hverdag med EPJ endnu, som det følgende citat også illustrerer:

Interviewer: *Nu kom jeg også til at skrive i min invitation, at det var blevet hverdag med EPJ.*

Sekretær 2: *[griner]*

Interviewer: *Føler I også det?*

Læge 3: *Det håber vi ikke!*

Interviewer: *Nej [flere griner].*
Interviewer: *Er der blevet hverdag for jer?*
Sekretær 2: *Det er det.*
Sekretær 3: *HVER dag. [flere griner]*
Sekretær 2: *Ikke hverdag, men HVER dag [griner].*
Læge 3: *Hver dag er det en udfordring.*

En elektronisk patientjournal er først succesfuldt implementeret, når det igen er blevet hverdag for sundhedspersonalet. Sandsynligvis blev det hurtigere hverdag for sundhedspersonalet på afdeling D, idet implementeringen her forløb langt mere glat og uden de store tekniske problemer.

Deltagerne fra de to pilotafdelinger iagttager under fokusgruppeinterviewet implementeringsprocessen som værende for ambitiøst anlagt. De havde foretrukket at være pilotafdeling på ét modul ad gangen.

Det her er et meget ambitiøst system – det er også meget ambitiøst, den måde man har introduceret det på. At man har valgt at tage journalmodulet, medicinmodulet, biokemiske modul og radiologisk undersøgelse og køre dem igennem samtidig. Der har man jo, så vidt jeg ved, gjort det anderledes, for eksempel i Århus, hvor man har en afdeling, der har været pilotafdeling på journalen... eller på lægejournalen... en der er på sygeplejekardex... osv. ... fordelt det ud. Det er også derfor, vi sidder og giver os lidt, og vores liste over ulemper er så lang. For det har været voldsomt med at være pilot på fem moduler samtidigt. (Fokusgruppe, side 35)

10.2 Analysestrategiens anvendelighed

I det følgende vil jeg diskutere anvendeligheden af den valgte analysestrategi samt det teoretiske perspektivs muligheder og begrænsninger.

Denne afhandling er baseret på Niklas Luhmanns systemteoretiske perspektiv. Dette perspektiv er opbygget omkring forskelle, hvilket indebærer, at analysestrategien er bygget op omkring distinktioner, ligesom den producerede

empiri iagttages med henblik på at afgøre med hvilke forskelle, de interviewede iagttager forandringsprocessen forbundet med indførelsen af EPJ.

På den måde bliver empirien ordnet i dikotomier, hvilket indebærer en fare for forsimplinger - eksempelvis at noget iagttages som "orden" eller "uorden" uden at der reflekteres over disse to begrebers sammensatte karakter. Dette forhold mener jeg dog at have været bevidst om under arbejdet med datamaterialet og præsentationen af analysen. Men analysen kunne have været kvalificeret yderligere ved i højere grad at gå på tværs af forskellene og iagttage hvilke mønstre, der så dannes - eksempelvis foretage en analyse af, hvordan relationen mellem orden og magt iagttages af de interviewede.

I analysen foretages iagttagelserne ud fra et professionsperspektiv; det er de forskellige *faggruppers* divergerende syn på patienten og på forandringerne forbundet med indførelsen af EPJ, der er i fokus. På den måde er analysen mindre følsom over for de forskellige iagttagelser internt i en faggruppe, som man kunne forestille sig også ville være afhængig af variabler som alder, køn og erfaring.

Denne undersøgelse inddrager fem faggrupper (læger, jordemødre, lægesekretærer, sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter) fordelt på 24 interviewpersoner. Medtagelse af de forholdsvis mange faggrupper er en styrke i forhold til at kunne observere forskelle i iagttagelsen af patienten og patientjournalen i et professionsperspektiv.

Men hvis det er hensigten at foretage en samtidig iagttagelse af forskelle, der er afhængige af alder, køn og erfaring sammenholdt med professionen, så bliver flere af grupperne for små. Der medvirker for eksempel i alt tre jordemødre. Det gør det sværere at observere, hvordan nyuddannede jordemødres iagttagelser af forandringsprocesserne adskiller sig fra mere erfarnes, selvom det kunne være relevant. Det er dog stadig muligt at inddrage de forskellige faggruppers iagttagelser af faktorer som erfaring eller alder i relation til indførelsen af det nye kommunikationsmedie, hvilket jeg da også i et vist omfang har benyttet mig af i denne undersøgelse.

I denne analyse er der ikke anlagt et kønsperspektiv på kommunikationen om forandringsprocessen, men kønsspecifikke erfaringer er heller ikke blevet italesat af de medvirkende sundhedspersoner.

I denne undersøgelse har systemteoriens styrke vist sig i forhold til at forklare problematikken omkring "støj" i den elektroniske patientjournal. Kommunikationsperspektivet har bidraget til at forklare italesættelsen af "støj", ud fra en optik, hvor forskellige sociale systemer har behov for at kunne kommunikere med udgangspunkt i deres egen kommunikationskode, og hvor kommunikation med forankring i andre distinktioner nødvendigvis bliver til støj.

Ud fra et kommunikationsperspektiv er det ikke et spørgsmål om "modstand mod forandring", når lægerne ønsker en journal uden "støj" fra andre faggrupper. Det er i stedet et ønske om som udgangspunkt primært at blive mødt med kommunikation baseret på deres egen kode for kommunikation; distinktionen syg/rask. I det omfang de har behov for det, finder lægegruppen det også fordelagtig at have lettere adgang til andre faggruppers dokumentation, men lægerne ønsker selv at kunne selekttere denne kommunikation til og fra.

Forskellige typer empirisk materiale giver basis for analyser af forskellige fænomener. I denne undersøgelse består det empiriske materiale af en feltdagbog, individuelle interviews og et fokusgruppeinterview. Datamaterialet har altså primært karakter af mundtlig kommunikation, der er blevet transformeret til et skriftligt materiale indeholdende meningsdannelser og iagttagelser. Et sådant materiale er relevant, når formålet med studiet er at undersøge kommunikationen om forandringsprocesserne.

Via arbejdet med analysen er der kommet aspekter frem, som kunne være interessante at forfølge i andre typer datamateriale. I relation til sygeplejerskernes iagttagelse af øget fokus på bløde sygeplejedata i Cosmic, så kunne det være interessant at undersøge den skriftlige kommunikation i Cosmic. Et sådant tekstnært studie kunne eventuel kombineres med en kvantitativ undersøgelse af dokumentationspraksissen.

Dataproduktion i form af deltagerobservationer og interviews påvirker på forskellig vis den organisation, empirien produceres indenfor. Begge dele er en

type forskningsaktivitet, der medvirker til øget selvrefleksion hos de deltagende personer. Interviewmaterialet og feltdagbogen har altså karakter af at indeholde en mere reflekterede type kommunikation, end man sandsynligvis ville kunne iagttage som anonym observatør. Som tidligere nævnt bemærkede jeg også, hvordan de observerede sundhedspersoner i nogle tilfælde ændrede deres dokumentationspraksis, hvis jeg kommenterede den. Dette anskuer jeg dog ikke som et problem for kvaliteten af forskningen – blot man er opmærksom på den påvirkning, som ens tilstedeværelse uundgåeligt skaber. At disse forskningsaktiviteter skaber en bestemt form for selvrefleksion er i min optik ikke negativt – faktisk kan refleksionsinitiering være et kvalitetskriterium for forskning.

I denne undersøgelse er resultaterne ikke valideret ved, at informanterne har fået lov til "at godkende" analyserne. Jeg fremlagde dog de foreløbige resultater på et cafemøde, som jeg havde arrangeret for de tre medvirkende afdelinger, hvor der både var repræsenteret tidligere deltagere i undersøgelsen og andre interesserede fra afdelingerne – blandt andet en række afdelingsledere. Ved denne lejlighed kunne sundhedspersonalet nikke genkendende til analysens konklusioner, og det er også til en vis grad et kvalitetskriterium, at analyserne er genkendelige for organisationen.

▪ 11. Konklusion

Jeg vil begynde denne ph.d.-afhandlings konklusion med at opridse den overordnede problemformulering, som undersøgelsen leverer svar på. Dernæst vil jeg redegøre for svaret på de spørgsmål, som undersøgelsen har resulteret i. Afslutningsvist vil jeg holde mine resultater op mod den tidligere forskning på området og skitsere på hvilke områder, der er behov for fremtidig forskning.

Formålet med afhandlingen var at levere svar på det følgende spørgsmål:

Hvilke kommunikationskoder anvendes i sundhedspersonalets kommunikation om patienten, og hvilke konsekvenser har det for Cosmic EPJ som kommunikationsmedie og de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af Cosmic?

Undersøgelsen tog udgangspunkt i et feltarbejde på afdeling D, F og G på Odense Universitetshospital. I alt medvirkede 24 sundhedspersoner (sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, læger, jordemødre og lægesekretærer) i deltagerobservationer og individuelle interviews. Yderligere blev der gennemført et fokusgruppeinterview for deltagerne fra afdeling F og G.

Feltarbejdet resulterede i en cirka 700 sideres empiri i form af optegnelser i en feltdagbog og interviewudskrifter, som er analyseret med udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori og en række videreudviklinger af denne.

11.1 Koder for kommunikationen om patienten

Det er afhandlingens centrale konklusion, at kommunikationen om patienten på sygehusafdelingerne foretages via koblinger til en række forskellige sociale systemer. Sygehuset er således en heterofon organisation, der er koblet til flere funktionssystemer uden at have nogen primær kode for kommunikation.

Analysen beskriver således sundhedssystemet som et system bestående af flere subsystemer. I det overordnede sundhedssystem er mediet sundhed, og det er distinktionen sundhedsfremmende/sundhedshæmmende, som sætter rammen for kommunikationen i sundhedssystemet. Sundhedssystemets funktion, dvs.

dets bidrag til samfundet som helhed, er sundhedsfremme. Sundhedssystemet er institutionaliseret i sundhedsvæsenet, der leverer forskellige sundhedsydelser.

Når udgangspunktet for iagttagelserne er sygehuset som organisation, kan der identificeres en række sociale subsystemer, som jeg har benævnt sygdomsbehandlingssystemet, plejesystemet, fødselssystemet og det sundhedsadministrative system. Hver af de medvirkende faggrupper har således deres egen primære kommunikationskode. Kommunikationen indenfor sygehuset foregår ligeledes med udgangspunkt i koblinger til samfundets funktionssystemer så som retssystemet eller videnskabssystemet.

Lægernes kommunikationskode svarer til den, som Luhmann oprindeligt udpegede som koden for kommunikation i sundhedssystemet. Lægerne foretager således deres kommunikative selektioner med udgangspunkt i koden syg/rask. Andre faggrupper i sundhedssystemet kan også anlægge koden syg/rask i deres kommunikation om patienten, men det er ikke deres primære kode.

Plejepersonalets kommunikation om patienten tager udgangspunkt i koden +/- behov for pleje.

På fødegangen knytter jordemødrene i deres kommunikation om den fødende kvinde primært an til koden normal/patologisk, da det er det normale forløb, der sætter handlinger i gang i fødselssystemet, mens et patologisk forløb nødvendiggør lægens indgriben.

Jeg har identificeret lægesekretærernes kommunikation inden for det sundhedsadministrative system til at foregå med udgangspunkt i distinktionen +/- orden.

11.2 Indførelsen af EPJ medfører forandret kommunikation blandt sundhedspersonalet – (nye) forskelle aktualiseres

I afhandlingen er det blevet beskrevet, hvordan sundhedspersonalets kommunikation om forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af Cosmic EPJ overordnet set er centreret omkring de tre forskelle orden/uorden, synlige/usynlige og magt/afmagt.

Før indførelsen af EPJ kunne disse distinktioner også danne rammer for kommunikationen, men de får fornyet aktualitet efter implementeringen af EPJ og bliver italesat på nye måder.

I relation til distinktionen orden/uorden kan der drages følgende konklusion: Selv om Cosmic på nogle punkter iagttages som givende et bedre overblik, så er overblikket over patientjournalen for sundhedspersonalet ikke entydigt forbedret efter introduktionen af Cosmic. Samtidig er visionen om den tidstro registrering langt fra en realitet i praksis.

Det betyder, at sundhedspersonalet stadig støtter sig til diverse former for papir i deres overbliksdannelse, så som patientlister eller medicinskema på papir, ligesom brugen af små lapper papir med notater til at støtte hukommelsen er udbredt. Forskellige former for papirdokumentation eksisterer altså fortsat side om side med den elektroniske dokumentation, og da det patientadministrative system FPAS stadig anvendes, er dokumentationen på patienten i mange tilfælde spredt på flere parallelle systemer.

Sundhedspersonalet beretter, at dette i flere tilfælde har ført til nye former for uorden eller endda utilsigtede hændelser. Netop på grund af problemerne med nye fejl og manglende overblik styrkes lægesekretærens rolle som sygehusafdelingens ordensholder efter indførelsen af Cosmic.

I relation til distinktionen synlige/usynlige kan der drages følgende konklusion: Blandt de interviewede sygeplejersker iagttages indførelsen af EPJ som en oplagt mulighed for dels at synliggøre sygeplejen som profession og dels at synliggøre de bløde data i sygeplejedokumentationen. Samme tendens bliver dog ikke italesat af jordemødrene, som derimod iagttager, at de bløde værdier i relation til deres arbejde med den fødende kvinde i mindre grad bliver dokumenteret efter indførelsen af Cosmic. En mulig forklaring på disse to modstridende tendenser er, at de to faggruppers dokumentation i Cosmic er bygget op over forskellige dokumentationsmodeller.

Sygeplejerskerne og deres arbejde er blevet mere synligt i Cosmic, men det samme gør sig ikke gældende for gruppen af social- og sundhedsassistenter. På flere af de besøgte afdelinger har social- og sundhedsassistenterne overtaget

sygeplejerskernes usynlige arbejde i form af det praktiske arbejde ude ved patienten, mens sygeplejerskerne anvender størstedelen af deres arbejdsdag på det, de betragter som administrativt arbejde. Denne tendens ses dog ikke på de afdelinger, hvor social- og sundhedsassistenterne indgår på mere eller mindre lige fod med sygeplejerskerne i plejegruppen.

Lægeseekretærene, der sammen med sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne traditionelt har udført meget usynligt arbejde i organisationen, hører stadig til de usynlige faggrupper, ligesom de har følt sig oversete i implementeringsprocessen omkring EPJ.

I relation til distinktionen magt/afmagt kan der drages følgende konklusion:

Analysen af sundhedspersonalets iagttagelser indenfor forskellen magt/afmagt viser, at manglende it-kompetencer har stor indflydelse på sundhedspersonalets oplevelse af deres faglighed, status, relation til patienten samt relation til kolleger.

11.3 Indførelsen af Cosmic EPJ betyder noget forskelligt for forskellige sygehusafdelinger

På grund af forskellene mellem de forskellige afdelinger og delafdelinger med hensyn til specialet (medicinsk/kirurgisk), patienterne (korte/lange forløb), afdelingen (stor/lille), så får EPJ ikke sammen betydning på de enkelte afdelinger.

På nogle dele af en afdeling får EPJ en meget direkte indflydelse på kommunikationen mellem patienten og sundhedspersonalet, eksempelvis hvis pc'en kommer med rundt på stuegang eller er placeret på fødestuen. Andre steder foregår patientkontakten stort set som før, for eksempel i ambulatorier.

På nogle afdelinger betyder indførelsen af EPJ, at social- og sundhedsassistenter skal anvende en større del af deres tid på at dokumentere, mens det andre steder betyder, at sygeplejerskerne får en større del af det administrative arbejde på grund af EPJ, hvorefter det primært er social- og sundhedsassistenterne, der tager sig af patientplejen. På andre afdelinger er arbejdsfordelingen internt i plejegruppen uændret.

I det følgende vil jeg opliste nogle af de forskelle mellem afdelingernes brug af Cosmic, jeg har iagttaget, eller sundhedspersonalet har italesat:

- På afdeling G er der hver dag mange patienter, der skal tilses ved stuegang, og på denne afdeling praktiseres der således en ret traditionel form for stuegang. Her har personalet – både lægen og sygeplejersken - valgt at medbringe rullebordet med den bærbare pc på stuegangsrunderen. På afdeling G er forstuegangen afløst af individuelle forberedelser foran computeren samt kommunikation ved patienten eller undervejs til næste patient. I begyndelsen betød indførelsen af Cosmic, at tidsforbrug på stuegang blev øget på afdeling G, men efter et halvt år er tidsforbruget det samme som med papirjournalen. På afdeling F og D anvender personalet ikke i så høj grad bærbar pc ved stuegang. Her praktiseres stadig en form for ad hoc stuegang, hvor personalet læser patientjournalen, før de går ind til en patient eller en gruppe af patienter. På disse afdelinger er forstuegang stadig en udbredt praksis.
- Der er forskel på, hvor meget de forskellige afdelinger har valgt at scanne ind i Cosmic. På afdeling F er nogle patienter uden papirjournal. Dette er ikke tilfældet på afdeling G, hvor der ikke scannes ind i samme grad. Men på grund af de mange forskellige typer patienter med primær tilknytning til en anden afdeling og en blanding af ambulante og indlagte på samme afdeling, så bliver personalet på afdeling F i højere grad påvirket af, at der er så mange forskellige steder at lokalisere data om patienten.
- Lægerne på afdeling G benytter sig i højere grad end på afdeling F af adgangen til sygeplejenotaterne, hvilket skyldes, at patienterne på afdeling G er indlagt i længere tid, og patientforløbene her er mere komplekse.

Disse forskelle mellem afdelingerne illustrerer en generel pointe, nemlig at teknologi og praksis gensidigt former hinanden. Dermed kan resultatet af indførelsen af EPJ på en afdeling ikke på forhånd forudsiges. Denne konklusion er lig konklusionen i Aarts & Berg (2006), hvor det også understreges, at samme system har forskellig virkning afhængig af den kontekst, det implementeres i.

Ligesom anvendelsen af EPJ er forskellig, så opleves forandringsprocessen meget forskelligt af sundhedspersonale. I den ene ende af skalaen har jeg interviews, hvor den interviewede giver udtryk for, at EPJ egentlig ikke er den store forandring: "Jeg gør stort set det samme, det er bare blevet lidt lettere". I den anden ende af skalaen har jeg interviews, hvor en sundhedsperson beskriver EPJ som en betydelig forandringsproces og som så stort et pres, at "en ildsjæl er ved at brænde ud". Disse forskellige måder at opleve indførelsen af EPJ er i sidste ende en stor ledelsesmæssig udfordring for de enkelte afdelinger.

11.4 Indførelsen af EPJ øger kompleksiteten for organisationen og reducerer kompleksiteten på nye måder

Med indførelsen af Cosmic EPJ får sundhedspersonalet lettere adgang til andre faggruppers dokumentation. Mere information bliver tilgængelig, og på den måde øges kompleksiteten for organisationens medlemmer. Sundhedspersonalet bliver derfor nødt til at finde måder at filtrere information fra for at danne sig et overblik over patienten.

Cosmic har en højere grad af strukturering end traditionelle papirjournaler og sygeplejekardex. Så på den måde er det jo ikke kun *mere information* om patienten, det er også en information, der er *struktureret anderledes* i form af flere nøgleord og mindre fritekst. Cosmics opbygning – herunder nøgleordene – er altså med til at reducere kompleksiteten på en anderledes måde end hidtil.

11.5 Den elektroniske patientjournal og organisatorisk læring

Da de tre afdelinger fik indført Cosmic EPJ, mødtes de forskellige måder at kommunikere om patienten i det fælles udbredelsesmedie. Det blev dermed mere synligt, at faggrupperne har forskellige tilgange til patienten og forskellige udgangspunkter for kommunikation om patienten.

Indførelsen af Cosmic EPJ giver dermed mulighed for, at sundhedspersonalet kan foretage en række selv- og fremmediagttagelser, dvs. for at læring kan finde sted. Anvendelsen af Cosmic giver således anledning til læring, når sundhedspersonalet iagttager og reflekterer over dokumentationspraksissen.

11.6 Perspektivering

En af delkonklusionerne i denne undersøgelse er, at sygeplejerskernes arbejde bliver mere synligt efter indførelsen af Cosmic EPJ, og flertallet af sygeplejerskerne i undersøgelsen beretter, at der bliver mere plads til at dokumentere den bløde side af sygeplejen; nemlig pleje og omsorg.

Denne konklusion er forskellig fra resultaterne af andre lignende undersøgelser. Blandt andet beskriver Signe Svenningsen i sin ph.d.-afhandling, som er baseret på et feltarbejde på en medicinsk afdeling på Svendborg Sygehus (Svenningsen, 3003), hvordan grænserne mellem sygepleje og medicin opblødes som et resultat af indførelsen af EPJ, og Svenningsens konklusion er, at sygeplejedokumentationen bliver mindre rettet mod patientens psykosociale trivsel.

Derfor vil det være relevant at foretage flere undersøgelser, der fokuserer på EPJ's betydning for plejepersonalets dokumentationsarbejde. Eksempelvis kunne det være interessant at foretage dokumentstudier, der sammenligner indholdet af sygeplejedokumentationen før og efter indførelsen af EPJ.

En anden hovedkonklusion er, at EPJ betyder noget forskelligt på forskellige sygehusafdelinger. Det er en konklusion, der kan være med til at forklare, hvorfor implementeringsprocesserne i forbindelse med indførelsen af EPJ ofte er præget af forsinkelser og behov for justeringer undervejs.

Selv hvis man som OUH vælger at indføre et standardsystem som Cosmic EPJ, som med succes er implementeret i Sverige, vil systemet skulle tilpasses forholdene på OUH og løbende justeres, så det imødekommer behovene på de forskellige afdelinger.

Samtidig bliver der med indførelsen af EPJ rodet op i de etablerede arbejdsgange, og nye rutiner udvikler sig mere eller mindre bevidst – også selvom man som udgangspunkt ikke ønsker at gøre indførelsen af EPJ til et organisationsudviklingsprojekt. Disse forandringer medfører desuden, at sundhedspersonalet oplever et stort behov for kollektiv refleksion over nuværende og fremtidig praksis, hvilket tillige kræver, at der afsættes ressourcer til dette.

Når afdelingernes dokumentationsbehov er så forskellige, vil det være svært på forhånd at udarbejde en standardimplementeringsmodel. Som ansvarlig for indførelsen af EPJ på sygehusene bliver man altså nødt til at erkende, at det er nødvendigt at afsætte mere tid til implementeringen, end det som oftest er tilfældet, og at man forbereder sig på, at indførelsen af EPJ uundgåeligt bliver et organisationsudviklingsprojekt.

Sundhedspersonalet angiver, at de fanger patientens vinkel på sygdomsforløbet via den mundtlige kommunikation med patienten og fremlægger patientens perspektiv i journalen på dennes vegne. Men måske bliver det ikke altid dokumenteret på den måde, som patienten ønsker det. Kunne indførelsen af EPJ i fremtiden bidrage til i højere grad at inddrage patientens perspektiv? Eksempelvis ved at give adgang til at skrive i en separat del af patientjournalen fra hospitalssengen, som man kender det fra de åbne Kardex, som blandt andet fandtes på D1 før indførelsen af Cosmic. Under alle omstændigheder er der behov for mere forskning i patienternes oplevelser af indførelsen af EPJ. Hvordan oplever patienterne kommunikationen med sundhedspersonalet efter indførelsen af EPJ?

- Resume på dansk

Baggrund og problemformulering

Dette ph.d.-projekt er blevet til på foranledning af det nu ikke længere eksisterende Fyns Amt, som ønskede en kvalitativ undersøgelse af konsekvenserne af indførelsen af den elektroniske patientjournal (EPJ) på Odense Universitetshospital (OUH).

Politikere og ansvarlige for implementeringen af EPJ betragter ofte EPJ som et redskab til at øge den organisatoriske effektivitet og højne kvaliteten i behandlingen og plejen af patienten.

Min antagelse er, at indførelsen af EPJ ikke handler om mere eller mindre organisatorisk effektivitet. I undersøgelsen anlægger jeg i stedet et kommunikativt perspektiv på forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af Cosmic, idet jeg ønsker at give en mere nuanceret beskrivelse af disse forandringsprocesser.

Den overordnede problemformulering lyder således:

Med udgangspunkt i Niklas Luhmanns systemteori vil jeg afdække hvilke kommunikationskoder, der anvendes i sundhedspersonalets kommunikation om patienten og hvilke konsekvenser, det har for Cosmic EPJ som kommunikationsmedie og de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af den elektroniske patientjournal Cosmic på sygehusafdelingerne D, F og G ved Odense Universitetshospital.

Heri er indeholdt følgende underspørgsmål:

- *Hvordan foregår forhandlingerne mellem de forskellige grupper af sundhedspersonale på sygehusafdelingerne om patientfremstillingen i journalen i forbindelse med indførelsen af Cosmic EPJ?*
- *Hvordan kommunikerer sundhedspersonalet om fordele og ulemper ved Cosmic EPJ?*
- *Hvordan iagttager sundhedspersonalet de organisatoriske forandringsprocesser forbundet med indførelsen af Cosmic EPJ?*

Et casestudie

Undersøgelsen er baseret på et feltarbejde på tre afdelinger på OUH – afdeling F, G og D – som beskæftiger sig med henholdsvis kirurgiske, medicinske og obstetriske (vedr. fødsler) problematikker.

Det empiriske materiale er produceret via deltagende observationer, 24 individuelle interviews og et fokusgruppeinterview. I undersøgelsen deltager flere forskellige faggrupper, både læger, jordemødre, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter samt lægesekretærer.

Teoretisk refleksionsramme

På baggrund af en gennemgang af den eksisterende forskning på området, argumenteres der i afhandlingen for, at det vil være relevant at analysere forandringsprocesserne forbundet med indførelsen af EPJ ud fra et systemteoretisk perspektiv baseret på Niklas Luhmanns teoriudvikling, samt nyere bearbejdningsheraf.

Et sådant perspektiv vil kunne supplere den eksisterende forskning i EPJ, som ofte har karakter af effektstudier, eller tager udgangspunkt i det aktør-netværksteoretiske perspektiv.

I det systemteoretiske perspektiv, som jeg har valgt at anlægge, er EPJ ikke et redskab eller et værktøj, men et kommunikationsmedie. Hovedantagelsen er, at organisationer som OUH består af kommunikation, og derfor består den organisatoriske forandring, forbundet med indførelsen af EPJ, i en ny eller forandret kommunikation.

Ifølge Luhmann er koden for kommunikation i sundhedssystemet eller sygdomsbehandlingssystemet distinktionen syg/rask. I denne afhandling argumenteres der dog for, at sundhedssystemet i dag består af flere subsystemer med hver deres tilhørende kode for kommunikation.

Læger, sygeplejersker, jordemødre og lægesekretærer kommunikerer således med udgangspunkt i forskellige koder eller distinktioner, og i denne afhandling undersøges det, hvilken betydningen det har, når disse koder for kommunikation mødes i et fælles udbredelsesmedie.

Resultater

På baggrund af de empiriske data opstilles der en skematisk oversigt over kommunikationen om patienten med udgangspunkt i sygehuset som en organisation, der i sin kommunikation foretager en række koblinger til forskellige sociale systemer.

Lægerne kommunikerer ud fra distinktionen syg/rask. Sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter iagttager patienten ud fra koden +/- behov for pleje. Jordemødrenes kommunikation i relation til fødslen tager udgangspunkt i distinktionen normal/patologisk. Mens lægesekretærer kommunikerer om orden og uorden i patientjournalen.

De forskellige koder for kommunikation om patienten betyder, at de forskellige faggrupper anskuer den organisatoriske forandringsproces forskelligt; blandt andet har de divergerende opfattelser af en god patientjournal, ligesom de har forskelligt syn på fordele og ulemper ved indførelsen af den elektroniske patientjournal.

Undersøgelsen støtter tidligere studier, der viser, at visionerne for EPJ kan være svære at indfri i praksis. Visionerne er blandt andet, at EPJ skal give bedre overblik for sundhedspersonalet, mindre risiko for patienten og mindre tidsforbrug i organisationen. Selvom sundhedspersonalet iagttager flere fordele ved EPJ i form af øget tilgængelighed, forøget kommunikation og bedre forståelse for hinandens arbejde mellem faggrupperne, samt - for plejepersonalets vedkommende - øget synlighed af deres arbejde, så iagttager sundhedspersonalet også, at de tre nævnte visioner ikke entydigt er indfriet.

Resultaterne af undersøgelsen vil kunne anvendes af andre hospitaler, som står over for at skulle indføre et lignende EPJ-system.

Desuden bidrager ph.d.-afhandlingen til at udvikle Niklas Luhmanns systemteori, idet den er en af de få danske undersøgelser af kommunikationen på sygehuse foretaget ud fra et systemteoretisk perspektiv.

- English Summary

Thesis statement

This PhD-project is carried out at the request of the now no longer existing county of Funen, who applied for a qualitative analysis of the consequences of the implementation of an electronic patient record (EPR) – Cosmic - at the Odense University Hospital (OUH).

Politicians and the people responsible for the implementation of the EPR often consider EPR to be an instrument for increasing the efficiency of the organization and for improving the quality of the treatment and care of the patient.

The premise of this thesis is that the implementation of EPR is not a question of more or less organizational efficiency. Instead I choose to present an analysis in terms of “communication” representing the key to a more finely differentiated analysis on the process of change connected to Cosmic.

The thesis statement is as follows:

Based on Niklas Luhmann’s systems-theory I wish to establish which codes of communication the healthcare personnel apply in their communication on the patient, and which consequences this has for Cosmic EPR as a media of communication and the organizational processes of change connected to the implementation of the electronic patient record Cosmic on the hospital wards D, F and G at the Odense University Hospital.

The following sub-questions are included herein:

- *How do the different groups of hospital personnel on the wards negotiate the patient representation in the patient records in connection to the implementation of Cosmic EPR?*
- *How do the hospital personnel communicate about the pros and cons do related to Cosmic EPR?*
- *How do the hospital personnel observe the organizational processes of change related to Cosmic EPR?*

A case study

This study is based on a fieldwork carried out at three hospital wards at the OUH – department F, G and D – which are occupied with surgical, medical and obstetric issues, respectively.

The empirical material is produced by means of participant observations, 24 individual interviews and a focus group interview. Both doctors, midwives, nurses, social and health care assistants and medical secretaries participate in this study.

Theory

Based on a review of the existing research on this topic, this thesis argues that a systems-theory approach based on the theory development of Niklas Luhmann will be appropriate when analyzing the processes of change connected to the implementation of EPR.

Such an approach will supplement the existing research on EPR, which is often characterized by effect studies, or which has the actor-network-theory as a point of departure.

In relation to this systems-theory an electronic patient record is not an instrument or a tool but a media of communication. The main assumption is that organizations such as OUH consist of communication, and therefore organizational changes connected to the implementation of EPR is characterized by a new or transformed communication.

According to Luhmann the binary code sick/healthy is guiding the communication in the health system or in the treatment system. However, in this dissertation it is argued that today the health system is made up of several sub-systems, each with their own distinctive code of communication.

Hence doctors, nurses, midwives and medical secretaries use different codes of communication when communicating, and in this thesis it is examined which impact it has, when these codes of communication meet in a common media of distribution.

Findings

Based on the empiric data a schematic presentation of the communication on the patient is provided, the point of departure being the hospital as an organization which in its communication connects to different social systems.

Doctors communicate using the distinction sick/healthy. Nurses as well as social and health care assistants observe the patient on the basis of the code +/- in need of care. In relation to the delivery, the midwives' point of departure regarding communication is the distinction normal/pathological; whereas the medical secretaries communicate on order and disorder in the medical record.

These different codes of communication regarding the patient imply that the different professions view the organizational processes of change differently. Among other things they have differing perceptions of what constitutes a good medical record. Likewise they have different opinions about pros and cons regarding the implementation of the electronic patient record.

The study accords with previous studies which reveal that the visions regarding EPR may be difficult to meet in practice. Among these visions is the assumption that EPR will provide the healthcare personnel with better overview, involve less hazard for the patient, and imply less time consumption in the organization.

Although the healthcare personnel observe many advantages when implementing EPR, such as increased accessibility, increased communication and a better insight into each other's work between the professions, and – as regards the nurses as well as the social and health care assistants – an increased visibility of their work, the health personnel also observe, that the three before mentioned visions has not been met.

The results of this study may be applied by other hospitals facing the implementation of a similar EPR.

Furthermore, the dissertation contributes to further development of Niklas Luhmann's systems-theory, as this is one of the few Danish studies of communication inside hospitals carried out within a systems-theory approach.

▪ Anvendt litteratur

Aarts, Jos & Berg, Marc (2006): "Same systems, different outcomes. Comparing the implementation of computerized physician order entry in two Dutch hospitals". In: *Methods of Information in Medicine*, 45 (1), p. 53-61.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1996): *Udlicitering – Når det private bliver politisk*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Åkerstrøm (1999): *Diskursive analysestrategier. Foucault, Koselleck, Laclau, Luhmann*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Åkerstrøm (2003): "Organisation i anden ordens perspektiv – systemteoriens analysestrategiske maskine". I: Højlund, Holger & Knudsen, Morten (red.) (2003): *Organiseret kommunikation – systemteoretiske analyser*. København: Samfundslitteratur, side 310-323.

Andersen, Niels Åkerstrøm & Born, Asmund W. (2001): *Kærlighed og omstilling. Italesættelsen af den offentligt ansatte*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Andersen, Niels Åkerstrøm & Born, Asmund (2003): "Shifters". I: Højlund, Holger & Knudsen, Morten (red.) (2003): *Organiseret kommunikation – systemteoretiske analyser*. København: Samfundslitteratur, side 182-206.

Aaslestad, Petter (1997): *Pasienten som tekst. Fortellerrollen i psykiatriske journaler. Gaustad 1890-1990*. Tano Aschehoug.

Bauch, Jost (2006) (red.): *Gesundheit als System. Systemtheoretische Beobachtungen des Gesundheitswesens*. Hertung-Gorre Verlag Konstanz.

Bauchspies, Wenda K.; Croissant, Jennifer & Restivo, Sal (2006): *Science, Technology and Society. A Sociological Approach*. Oxford: Blackwell Publishing.

Berg, Marc (1996): "Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work", In: *Sociology of Health & Illness*, 18 (4), p. 499-524.

Berg, Marc (ed.) (2004): *Health Information Management. Integrating information technology in health care work*. London: Routledge.

Berg, Marc & Bowker, Geoffrey (1997): "The Multiple Bodies of the Medical Record: Towards a Sociology of an Artefact". In: *The Sociological Quarterly*, 38 (3), p. 513-537.

Berg, Marc & Mol, Annemarie (1998) (eds.): *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies*. Durham & London: Duke University Press.

Berg, Marc & Timmermans, Stefan (2000): "Orders and their Others: On the Constitution of Universalities in Medical Work". In: *Configurations*, 2000 (8), p. 31-61. The John Hopkins University Press and the Society for Literature and Science.

Bertelsen, Pernille (2005): *Hvad laver lægesekretærene, når de ikke er sekretærer for lægerne?* Aalborg: Virtuelt Center for Sundhedsinformatik.

Bijker, W.E. (1995): *Of Bicycles, Bakelites, and Bulbs*. Cambridge Mass.: MIT press.

Brostrøm, Søren & Nielsen, Niels Saxtrup (2001): *Subjektivitet & objektivitet – anamnese, undersøgelse og journal*. København: Munksgaard.

Bryld, Mette & Markussen, Randi (red.) (2003): *Cyberkulturer & rekonfigurationer*. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Coffey, Amanda & Atkinson, Paul (1996): *Making sense of qualitative data. Complementary Research Strategies*. Thousand Oaks, Californien: SAGE Publications.

la Cour, Anders; Knudsen, Morten & Thygesen, Niels (2005): *Det systemteoretiske interview - interviewet som meningsdannelse*. Working Paper no. 8/2005. MPP. CBS.

la Cour, Anders (2002): *Frivillighedens pris – En undersøgelse af Niklas Luhmanns teori om sociale systemer og dens anvendelse på området for frivilligt socialt arbejde*. Ph.D.-afhandling, Sociologisk Institut, Københavns Universitet.

Ellingsen, Gunnar (2003): "Coordinating work in hospitals through a global tool. Implications for the implementation of electronic patient records in hospitals". In: *Scandinavian Journal of Information Systems*, 15, p. 39-54.

Elsass, Peter & Lauritsen, Peter (2006): *Humanistisk sundhedsforskning. Teori, metode og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.

EPJ-strategigruppen i Fyns Amt (2002): *Elektronisk patientjournal i Fyns Amt*. Rapport dateret 13. marts 2002.

EPJ-sekretariatet, Fyns Amt: *EPJ FYN 2005*

Eslami, S., de Keizer, NF. & Abu-Hanna, A. (2008): "The impact of physician order entry in hospitalized patients – a systematic review". In: *International Journal of Medical Informatics*, 77 (6), June 2008, p. 365-376.

Fangen, Katrine (2004): *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Foucault, Michel (2000): *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.

Frankel, Christian (2005): "En iagttagelsesteoretisk analytik". I: Claus Nygaard (red.) (2005): *Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. København: Forlaget Samfundslitteratur, s. 173-197.

Fuchs, Peter (2006): "Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft". I: *Jost Bauch: Gesundheit als System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens*. Hartung-Gorre-Verlag. Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft, Konstanz 2006.

Goorman, Els & Berg, Marc (2000): "Modelling nursing activities: electronic patient records and their discontents". In: *Nursing Inquiry*, 2000 (7), p. 3-9.

Grimsmo, Anders (2006): "Electronic prescriptions – without side-effects?". I: *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 126 (13), juni 2006, s. 1740-1743.

Haarmark, Bodil (2000): "Patientjournalens indhold i historisk perspektiv". I: *Set & sket i Medicinsk-Historisk Museum*, årgang 10, 2000, s. 15-23.

Haarmark, Bodil (2003): "Sygehistorier – Journalgangen 1855. Almindelig Hospital i København". I: Christian Brahe Petersen m.fl. (red.): *Dansk medicinhistorisk årbog 2003*. Odense: one2one.

Hansen, Marianne Nord (2003): *Omsorg i de mellem menneskelige relationer i sundhedsvæsenet. Et kvalitetsudviklingsperspektiv*. Delpublikation nr. 6 i skriftserien om "De mellem menneskelige relationer". Århus Amt: Kvalitetsafdelingen.

Hanseth, Ole & Monteiro, Eric (1998): "Changing irreversible Networks". In: *Proceedings from ECIS '98, Aix-en-Provence, 1998*.

Halkier, Bente (2002): *Fokusgrupper*. København: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.

Halkier, Bente (2003): "The Challenge of Qualitative Generalisations in Communication Research". In: *Nordicom Review*, 24 (1), p. 115-124.

Hansen, Helle Ploug (1990): "Etnografisk feltarbejde på en onkologisk afdeling". I: *Vård i Norden*, 10 (4), side 39-43.

Hansen, Helle Ploug (1994): *Feltarbejde i egen kultur*. Danmarks Sygeplejerske Højskole ved Århus Universitet.

Hansen, Helle Ploug (2003): "Feltarbejde som forskningsstrategi". I: Lunde, Inga Marie & Ramhøj, Pia (red.) (2003): *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*. København: Akademisk Forlag.

Hastrup, Kirsten (1986): "Patientoplevelser. En beretning om mødet med den hvidkitlede teknologi". I: Elsass, Peter & Hastrup, Kirsten (red.) (1986): *Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi*. København: Nordisk Forlag.

Hastrup, Kirsten (1992): *Det antropologiske projekt - om forbløffelse*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag.

Haraway, Donna (1991): *Simians, Cyborgs and Women. The Reinvention of Nature*. London: Free Association Books.

Heath, Christian; Luff, Paul & Svensson, Marcus Sanchez (2003): "Technology and medical practice". In: *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, p. 76-96.

Hertzum, Morten & Jesper Simonsen (2008): "Positive effects of electronic patient records on three clinical activities". In: *International Journal of Medical Informatics*, 77 (2008), p. 809-817.

Hovmand, Bente (1997): "Fysioterapeuters journaler". I: *Danske Fysioterapeuter*, årgang 79, nr. 1 (1997), s. 4-11.

Højlund, Holger & Højlund, Chresten (2000): "Velfærdsparadoks og kommunikation: 'Fælles sprog': En anden ordens strategi på hjemmehjælpsområdet". I: *GRUS*, nr. 61, 21. årgang, 2000. Tema: Omsorg, sundhed og magt, s. 18-39.

Højlund, Holger & Knudsen, Morten (red.) (2003): *Organiseret kommunikation – systemteoretiske analyser*. København: Samfundslitteratur.

Højlund, Holger & la Cour, Anders (2005): *Strukturelle koblinger*. Working Paper nr. 15; Department of Management, Politics and Philosophy; Copenhagen Business School.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1996): *Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler (HEP)*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2003): *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*.

Jacobsen, Michael Hviid (2001): "Konstruktionen af socialkonstruktivismen – begrebsforvirring og terminologisk anarki i sociologien". I: *Distinktion*, nr. 3, 2001, s. 111-132.

Jävinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.) (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, Casper Bruun (2004): *Experimental devices. Studies in STS and Electronic Patient Records*. PhD Thesis. Department of Information- and Media Studies, University of Aarhus.

Jensen, Jonna Gintberg & Haa, Berit Pedersen (red.) (2008): *Sundhedsvæsenet – i et konstruktivistisk perspektiv*. København: Forlaget Unge Pædagoger.

Jensen, Pia-Lis & Tina Bendix Olsen (2006): *Hvordan kommer "de bløde værdier", i sygeplejen, til udtryk i en papirbaseret teknologi? - en forundersøgelse med henblik på at afdække, hvilke krav der bør stilles til et kommende IKT-system*. Masterafhandling fra Aalborg Universitet, Master of Information Technology.

Jensen, Tina Blegind (2007): *IS Adoption From a User Perspective: A Case Study of How Health Care Professionals Experience and Make Sense of an Electronic Patient Record Adoption*. PhD Thesis, Aarhus School of Business, Department of Business Studies.

Jones, Andrea; Flis Henwood & Angie Hart (2003): *The Use of Electronic Patient Records (EPRs) in Maternity Services: Professional and Public Acceptability*. University of Brighton. Report for UK Department of Health, Policy Research and Development Division, Research Initiative on Information and Communication technologies.

Jørgensen, Jørgen (red.) (1997): "Journalen – arbejdsredskab og retsdokument". I: *Ugeskrift for læger*, 159/50, side 7558-7562.

Jørgensen, Marianne Winther & Phillips, Louise (1999): *Diskursanalyse som teori og metode*. København: Samfundslitteratur, Roskilde Universitetsforlag.

Kirshbaum, Marilyn N. (2004): "Are we ready for the Electronic Patient Record? Attitudes and perception of staff from two NSH trust hospitals". In: *Health Informatics Journal*, 10 (4), p. 265-276.

Kleinman, Arthur (1989): *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Kneer, Georg (1997): *Niklas Luhmann: introduktion til teorien om sociale systemer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Knudsen, Morten (2008): "Sygdomssystemet – og andre sociale systemer". I: Jensen, Jonna Gintberg & Haa, Berit Pedersen (red.) (2008): *Sundhedsvæsenet – i et konstruktivistisk perspektiv*. København: Forlaget Unge Pædagoger.

Krag, Einar. (1999): "Sundhedsstyrelsens bud på kvalitetsudvikling". *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*, juni nr. 5, s. 204-205.

Kristiansen, Søren & Krogstrup, Hanne Kathrine (1999): *Deltagende observation: introduktion til en samfundsvidenskabelig metode*. København: Hans Reitzels Forlag.

Kulturministeriet (1996): *Bekendtgørelse om opbevaring og kassation af kommunernes og amtskommunernes arkivalier*.

Kvale, Steiner (1997): *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.

Launsø, Laila & Olaf Rieper (2000): *Forskning om og med mennesker: Forskningsstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen*. Hvidovre: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck A/S.

Latour, Bruno (1987): *Science in Action*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Latour, Bruno (2005): *Reassembling the Social - An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press.

Latour, Bruno (2006): *Vi har aldrig været moderne* (1. udgave, 1. oplag). (C. Sestoft, Ovs.) København: Hans Reitzels Forlag.

Lindholm, Henrik (2000): "Den elektroniske patientjournal". I: Smith, Bente Scharff; Sehested, Else & Egerod, Ingrid (red.) (2000): *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. (Lærebog for sygeplejestuderende udgivet af Dansk Sygeplejeråd)

Lium, Jan Tore; Tjora, Aksel & Faxvaag, Arild (2008): "No paper, but the same routines: a qualitative exploration of experiences in two Norwegian hospitals deprived of the paper based medical record". In: *BMC Medical Informatics and Decision Making*. 2008, 8 (2).

Luhmann, Niklas (1983a): "Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretische Sicht". I: Herder-Dorneich, Phillip & Schuller, Alexander (Hsg.): *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?* Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer, s. 28-49.

Luhmann, Niklas (1983b): "Medizin und Gesellschaftstheorie". I: *Medizin Mensch Gesellschaft* 8, s. 168-175.

Luhmann, Niklas (1992): "Hvorfor "systemteori"?" I: Jacobsen, Jens Christian (red.) (1992): *Autopoiesis. En introduktion til Niklas Luhmanns verden af systemer*. København: Forlaget politisk revy, s.10-20.

Luhmann, Niklas (1993a): *Risk: A Sociological Theory*. Berlin & New York: Walter de Gruyter.

Luhmann, Niklas (1993b): "Der medizinische Code", i: *Soziologische Aufklärung* 5 - Konstruktivistische Perspektiven, 2. udgave, s. 183-195.

Luhmann, Niklas (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Luhmann, Niklas (2000): *Sociale Systemer. Grundrids til en almen teori*. København: Hans Reitzels Forlag.

Luhmann, Niklas (2003): "Beslutningens paradoks". I: Højlund, Holger & Knudsen, Morten (red.) (2003): *Organiseret kommunikation – systemteoretiske analyser*. København: Samfundslitteratur, side 35-61.

Luhmann, Niklas (2006): *Samfundet uddannelsessystem*. København: Hans Reitzels Forlag.

Markussen, Randi & Olesen, Finn: "Rekonfigureret medicin. Medicinskrivning i en socioteknisk praksis". I: Mette Bryld & Randi Markussen (red.) (2003): *Cyberkulturer & rekonfigurationer*. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Mol, Annemarie (1998): "Missing links, making links: The performance of some atherosclerosis". In: Berg, Marc & Mol, Annemarie (1998) (red.): *Differences in Medicine. Unravelling Practices, Techniques and Bodies*. Durham & London: Duke University Press.

Nexø, Sniff Andersen & Koch, Lene (2003): "Diskursanalyse – et særligt blik på verden". I: Koch, Lene & Vallgård, Signild (red.): *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. København: Munksgaard.

Nielsen, Møller Jette m.fl. (2002): "Sygdomsopfattelser i almen praksis – i relation til patienter med somatiserende lidelse". I: *Ugeskrift for læger*, 164 (46), s. 5372.

Nygaard, Claus (red.) (2005): *Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Nøhr, Christian & Høstgaard, Anna Marie (2004): "Elektroniske patientjournaler i Danmark". I: *Medicinsk Teknologi*, nr. 2, 2004. Lokaliseret den 25.1.2007 på: [http://www.medicinskteknologi.dk/C1256EB70024FFFE/\(internet_articlesArch\)/02-04-14](http://www.medicinskteknologi.dk/C1256EB70024FFFE/(internet_articlesArch)/02-04-14).

Olsen, Henning (2002): *Kvalitative Kvaler – Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. Akademisk Forlag A/S.

Orlikowski, Wanda J. (1992): "The Duality of Technology: Rethinking the Concept of Technology in Organizations". In: *Organization Science*, 3 (3), p. 398-427.

Otto, Lene (1998): *Rask eller lykkelig. Sundhed som diskurs i Danmark i det 20. århundrede*. København: Komiteen for Sundhedsoplysning. (Magisterafhandling)

Pedersen, Anne Reff (2000): *Den udfoldede praksis: policy-fortællinger om pleje og behandling af svage gamle i social- og sundhedssektoren: en narrativ policy-ogbottom up analyse*. Ph.d.-afhandling: Institut for Samfundsvidenskab og Erhvervsøkonomi, Roskilde Universitetscenter

Ploeg, Irma van der; Winthereik, Brit Ross & Bal, Roland (2006): "EPRs in the consultation room: A discussion of the literature on effects on doctor-patient relationships". In: *Ethics and Information Technology* (2006) 8, p. 73-83.

Qvortrup, Lars (1998): *Det hyperkomplekse samfund. 14 fortællinger om informationssamfundet*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag A/S., (2. udgave, 2000.)

Qvortrup, Lars (2004): *Det vidende samfund – mysteriet om viden, læring og dannelse*. Forlaget Unge Pædagoger.

Qvortrup, Lars (2006): "Systemers endogene uro – Luhmann som empirisk begrebeksperimentator". I: Jesper Tække (red.): *Luhmann og erkendelse. Epistemologi, anvendelse og nyorientering*. København: Unge Pædagoger.

Rasmussen, Jens (1998): "Radikal og operativ konstruktivisme". I: Bisgaard, Niels Jørgen (red.): *Pædagogiske teorier*. Værløse: Billesø & Baltzer, s. 120-137.

Rasmussen, Jens (red.) (2002): *Luhmann anvendt*. København: Forlaget Unge Pædagoger.

Rennison, Betina Wolfgang (2003): *Offentlig ledelse i tekst, tal og tale – en konstitutionskamp i tid og rum*. København: Samfundslitteratur. Handelshøjskolen i København. Ph.d. serie 21, 2003.

Rennison, Betina Wolfgang (2005): *Magtens blik. En revitalisering af Luhmann & Foucaults magtanalytik*. Working Paper no. 18/2005. MPP. CBS.

Schmidt, Kjeld & Bannon, Liam (1992): "Taking CSCW Seriously: Supporting Articulation Work". In: *Computer Supported Cooperative Work (CSCW): An International Journal*, 1 (1), p. 7-40.

Schuldt, Christian (2006): *Luhmann for begyndere*. København: Unge Pædagoger.

Silverman, David (1993): *Interpreting Qualitative Data – Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. Sage: London.

Smith, Bente Scharff; Sehested, Else & Egerod, Ingrid (red.) (2000): *Dokumentation og kvalitetsudvikling*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck. (Lærebog for sygeplejestuderende udgivet af Dansk Sygeplejeråd)

Stake, Robert E. (2000): "Case Studies". In: Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (eds.): *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications, s. 435-454.

Star, Susan Leigh & Strauss, Anselm (1999): "Layers of Silence, Arenas of Voice: The Ecology of Visible and Invisible Work". In: *Computer Supported Cooperative Work*, (8), p. 9-30.

Staunæs, Dorthe & Søndergaard, Dorte Marie (2005): "Interview i en tangotid", I: Jävinen, Margaretha & Mik-Meyer, Nanna (red.) (2005): *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv. Interview, observationer og dokumenter*. København: Hans Reitzels Forlag.

Strauss, Alselm; Schatzman, Leonard; Ehrlich, Danuta; Bucher, Rue & Sabshin, Melvin (1963): "The Hospital and Its Negotiated Order". In: Freidson, Eliot (ed.) : *The Hospital in modern Society*. London: Collier-Macmillan Limited.

Sundhedsministeriet (1996): *Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler*. Strategirapport.

Sundhedsministeriet (1999): *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*.

Sundhedsstyrelsen (2003): *Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser*.

Svenningsen, Signe (2002): "Ny informationsteknologi og medicin i praksis - hvordan undersøge IT's betydning for roller og relationer på et hospital?". I: Kreiner, K. & Scheuer, S.: *Forskning i praksis*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne.

Svenningsen, Signe (2003): *Electronic patient records and medical practices: Reorganization of roles, responsibilities, and risks*. PhD Thesis, Copenhagen Business School.

Svenningsen, Signe (2004): *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Svensson, Roland (1996): "The interplay between doctors and nurses - a negotiated order perspective". In: *Sociology of Health & Illness*, 18 (3) 1996, p. 379-398.

Termansen, Anne-Marie Bang (1998): *Fremtidens sygehusvæsen - hvad ligger der af udfordringer forude?* Amtsrådsforeningen.

Thyssen, Ole (1997): "Hjørnesten i Niklas Luhmanns systemteori". I: *Niklas Luhmann: Iagttagelse og paradoks*. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag, s. 7-41.

Thyssen, Ole (2000): "Luhmann og sporten". I: *Distinktion - tidsskrift for samfundsteori*, nr. 1, 2000, s. 49-65.

Timmermans, Stefan & Berg, Marc (2003): "The practice of medical technology". In: *Sociology of Health & Illness*, vol. 25, p. 97-114.

Tække, Jesper (2006): "Luhmann og medieteorien". I: Jesper Tække (red.): *Luhmann og erkendelse. Epistemologi, anvendelse og nyorientering*. København: Unge Pædagoger.

Tjora, Aksel Hn (2000): "The technological mediation of the nursing-medical boundary". In: *Sociology of Health and Illness*, 22 (6) 2000, p. 721-741.

Tynan, Lone (2003): "Implementering af elektronisk patientjournal (EPJ) – først og fremmest en organisatorisk proces". I: *DANSKPROJEKTLEDELSE*, blad nr. 3, 2003.

Tække, Jesper (red.) (2006): *Luhmann og erkendelse. Epistemologi, anvendelse og nyorientering*. København: Unge Pædagoger.

Vallentin, Steen (2005): "Luhmann, metode, analysestrategi – om systemteoriens møde med empirien". I: Claus Nygaard (red.) (2005): *Samfundsvidenskabelige analysemetoder*. København: Forlaget Samfundslitteratur, s. 199-230.

Vingtoft, Søren; Bruun-Rasmussen, Morten; Bernstein, Knut; Andersen, Stig Kjær & Nøhr, Christian (2001): *EPJ-Observatoriets Statusrapport 2001*. Aalborg: MEDIQ.

Vingtoft, Søren; Bruun-Rasmussen, Morten; Bernstein, Knut; Andersen, Stig Kjær & Nøhr, Christian (2005): *EPJ-Observatoriets Statusrapport 2005*. Aalborg: MEDIQ.

Winthereik, Brit Ross (2004): *Connecting practices: A study of electronic patient records at work in primary health care*. Ph.D. Thesis, Erasmus University Rotterdam.

Winthereik, Brit Ross & Vikkelsø, Signe (2005): "ICT and Integrated Care: Some Dilemmas of Standardising Inter-Organisational Communication". In: *Computer Supported Cooperative Work*, 2005, vol. 14, p. 43-67.

Århus Amt (2003): *Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer - anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet*. Århus Amt: Kvalitetsafdelingen.

Bilag A1

Bilag A1

Odense Universitetshospital **OUH**

Kont. nr.

Partogram

**F
Ø
D
S
E
L

P
A
R
T
O
G
R
A
M**

Label

Bilag A2

Bilag A 2

Status ved indlæggelse på fødeafd.

Dag	Md.	År	Kl.

PARA GA + FS g

Incl. fra: Hjem D5 AOSA Andet: _____

Tlf.nr.:	Kl.:											
4. håndgreb (5-0)*												
Ledende fosterdels stand	Højt bevægeligt	10										
		9										
	Fast i bækkenindgang	8										
		7										
	Ved spinae	6										
		5										
	Mellem spinae og bækkenbund	4										
		3										
	På bækkenbunden	2										
		1										
Fosterets hjerteaktion		180										
CTG: —		160										
Stetoscop: +		140										
		120										
		100										
		80										
Fostervand farve		K: Klart										
		G: Grønt										
Veer	Antal pr.	00	30									
	15 min	15	45									
Styrke *(1-2-3-4)												
S-drop* ml/t	00	30										
	15	45										
Medicin, i.v. væske, temp., BT Smertelindring m.m.												
Sign.												

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (henl)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvistion og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd Søg

Indlæggelser

T.o.m 23-09-2005 Beh. enhed Geriatrisk afd. G 1 Team (Alle)

Med.ansvarlig enhed (Alle)

Indlagte patienter | Planlagte indlæggelser

På enheden

Plads	Personnummer	Fornavn	Efternavn	Indlæggelsesdato	Planlagt udskrivelsesdato	Team	Kliniker 1	Kliniker 2	Med.ansvarlig enhed	Indlæggelsesårsag	Aktivitet	K
Stue 01 : Seng 1						Team I						
Stue 02 : Seng 1	090348-2516	Arendse	Von Pydger	18-08-2005		Team II			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 03 : Seng 1	070574-0HR2	Agnes	Jensen	18-08-2005		Team II			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 03 : Seng 2						Team II						
Stue 04 : Seng 1	110296-0CV1	Hans	Varnæs	18-08-2005		Team II			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 04 : Seng 2	070481-0LA1	Albert	Arnesen	18-08-2005		Team II			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 05 : Seng 1						Team II						
Stue 05 : Seng 2						Team II						
Stue 05 : Seng 3						Team II						
Stue 05 : Seng 4						Team II						
Stue 06 : Seng 1	111213-0140	Helle	Varnæs	18-08-2005		Team III			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 06 : Seng 2						Team III						
Stue 06 : Seng 3						Team III						
Stue 06 : Seng 4						Team III						
Stue 07 : Seng 1						Team I						
Stue 07 : Seng 2						Team I						
Stue 08 : Seng 1	110396-0SX2	Gitte	Graa	18-08-2005		Team III			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 08 : Seng 2	060459-0SH2	Kathrine	Larsen	18-08-2005		Team III			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 09 : Seng 1	080948-1654	Inger	Jørgensen	18-08-2005		Team I			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 09 : Seng 2						Team I						
Stue 10 : Seng 1	300137-0XX1	Hans	Hansen	18-08-2005		Team III			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 10 : Seng 2						Team III						
Stue 11 : Seng 1	040394-2189	Kristen	Skjern	18-08-2005		Team I			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 11 : Seng 2	300772-0008	Lovise	Andersen	25-08-2005		Team I			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			
Stue 11 : Seng 3						Team I						
Stue 11 : Seng 4						Team I						
Stue 12 : Seng 1	030564-0980	Elisabeth	Friis	18-08-2005		Team III			Geriatrisk afd. G. Sengeafsnit			

På anden enhed

Beh. enhed	Plads	Personnummer	Fornavn	Efternavn	Indlæggelsesdato	Planlagt udskrivelsesdato	Team	Kliniker 1	Kliniker 2	Med.ansvarlig enhed	Teknisk enhed	Indlæggelses

Senest opdateret 11:25

Makuler Aflys Ombook Byt.plads Opdater Print Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B1: Cosmic (oversigt over indlagte patienter)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvistion og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 070574-OHR2 Agnes Jensen Søg

Journal: 070574-OHR2 - Jensen, Agnes

Journal | Skriv

Sidste 3 dage
 Sidste 15 notater
 Lægelige notater - aktiv enhed
 Plejemæssige notater - afdeling
 Enhedens notater
 Mine notater
 Alle notater
 Fællesdokumenter
 Behandlingsplan
 Indlæggelse
 Kalender
 Målte Værdier
 Ordinationer/planlagt indsats
 Problemområder
 Udskrivelse
 Dokumenter
 Kontakter
 18-08-2005 Indlæggelse

Alle notater (Inget filter)

18-08-2005 16:00 Indlæggelse Pernille Højmark, Læge G, Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Samtykke til generel informationsudveksling
 Givet af patient/værge/forældre

Anamnese

Indledning Indlægges akut via egen læge pga. mistanke om senildemens/depression.

Allergi Ikke adspurgt

Tidligere 2002, OUH, afd. O, indlagt med fraktur på laterale tibiakondyl efter styrt på cykel.
 2001, OUH, afd. O, indlagt med commotio cerebri.
 2003, OUH, afd. C, indlagt med bronchopneumoni
 December 2004, OUH, afd. O, indlagt efter fald. Efter nogle dage indsats cementeret delprotese i højre hofteled med femurstent på grund af collum femoris fraktur.
 Juni 2005, OUH, afd. O, indlagt efter nyt fald, hvorved pt får en spiralfraktur lige distalt for protesespidsen i højre lårben. Fikseres internt med blade/skruer i distale del af lårbenet og udskrives med knæ-ranger bandage med fri knæbevægelighed. Iflg. epikrisen skal denne bibeholdes i en måned.

Aktuelle
 Pt frembyder aktuelt tre problemstillinger.
 Højre UE: der er fortsat klager over smerter i højre knæ, som også er hævet. Smerterne er ikke tilstede i hvile, men ved mobilisering kan de være tilstede. Pt. har dog gode dage og dårlige dage. Har ikke været god til altid at bruge den bandage, der blev givet med hjem fra afd. O.
 Depressiv: pt. har siden faldet for et halvt år siden været deprimeret og har måske også været det tidligere. Pt. føler ikke altid, at der er noget at stå op til. Har også haft en del indsovningsbesvær fordi pt. har ligget og spekuleret meget over tingene. Når pt. først er faldet i søvn har pt. som regel sovet igennem om natten. Pt. har i perioder prøvet at holde depressive tanker væk med alkohol og har været i Antabus-behandling hos egen læge. Savner ikke alkohol dagligt, mener at det periodevis store alkoholindtag skyldes de depressive tanker.
 Direkte adspurgt til selvmordstanker fortæller pt., at de har været tilstede, bl.a. for et par dage siden. Her tænkte pt., at det var bedre at være død, da der alligevel ikke var brug for pt. nogen steder.
 Pt. har gennem næsten 20 år arbejdet som pædagog i Kirsebærlunden, som er et bolværsted for børn med sociale problemer. Angiver selv, at være blevet pensioneret for et par år siden og har siden mistet kontakten til dette sted.
 Pt. fortæller, at selve selvmordet måtte blive udført med sovepiller pga. angst for at skære sig.
 Pt. fortæller også, at der nok ikke var nok piller hjemme nu, men at pt. så måtte blive nødt til at samle sovepiller gennem et stykke tid.
 Hukommelsesbesvær: pt. fortæller, at hukommelsen med årstal er blevet dårlig. Oplever at blive konfronteret med hændelser i familiemæssig sammenhæng, som pt. ikke umiddelbart kan huske og dermed bliver gjort opmærksom på sin glemsomhed.
 Derudover skriver pt. ned hvad der skal huskes i det daglige. Kan ikke selv gøre rede for hvilken medicin pt. får aktuelt.
 Senere under journaloptagelsen kommer det dog frem, at pt. i hvert fald kan huske nogle af præparaterne.

Øvrige organsystemer

CNS og sansesystem Ingen klager over hovedpine, svimmelhed eller besvimmelser

Kardiopulmonalt Ingen klager over brystmerter eller kortåndethed. Ingen klager over hoste, opspyt eller krurale ødemer.

Gastrointestinal Appetitten fejler ikke noget. Af. plejer at være normal når pt. kommer op at gå. Ellers tendens til forstoppelse. Pt. for Magnesia for dette.

Urogenitalt Ej adspurgt

Bevægeapparat Som under aktuelt anført problemer med højre UE, ellers ingen klager.

Medicin ved indlæggelsen
 Tabl. Remeron 30 mg 0+0+0+1
 Tabl. Norvasc 5 mg 1+0+0+0
 Tabl. Pamol 500 mg 2+0+2+0
 Tabl. Magnesia 500 mg 0+0+2+0

Tobak Nihil

Alkohol Pt. drikker som regel en øl om aftenen. Der til kommer et par snaps i løbet af dagen samt rødvin hvis det passer til maden. Har i perioder fået Antabus.
 Pt. mener ikke at have drukket alkohol hverken i går eller idag.

Socialt Pt. bor i lejlighed på 4. sal med elevator. Bruger elevatoren på dage, hvor det går dårligt med benet. Bruger ellers trappen.
 Har hjemmehjælp x 2 ugentligt.

Nyt notat Fjern Print... Signer Gem Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B2: Cosmic (notater)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemedler Rekvistion og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 070574-OHR2 Agnes Jensen Søg

Journal: 070574-OHR2 - Jensen, Agnes

Journal | Skriv

- Sidste 3 dage
- Sidste 15 notater
- Lægelige notater - aktiv enhed
- Plejemæssige notater - afdeling
- Enhedens notater
- Mine notater
- Alle notater
- Fællesdokumenter
 - Behandlingsplan
 - Indlæggelse
 - Kalender
 - Målte værdier
 - Ordinationer/planlagt indsats
 - Problemområder**
 - Udskrivelse
- Dokumenter
- Kontakter
 - 18-08-2005 Indlæggelse

Problemområder

Diagnoser og procedurer Vis historik

Diagnose: DA469 H, Erysipelas

26-08-2005 Pernille Højmark, Læge G (Læge), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Aktivitet (ADL): Observationer og problemer Vis historik

Problem afsluttet

Patient medbringer stok, som anvendes ved gang over længere strækninger, gangen virker lidt usikker, glemmer ofte stokken

09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Respiration og cirkulation: Observationer og problemer Vis historik

Tale + funks. dyspnø.

Behov for ilt

09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Ernæring: Observationer og problemer

Udskillelse af affaldsstoffer: Observationer og problemer Vis historik

hyppige vandlad. og svie ved vandlad.

09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Hud og slimhinder: Observationer og problemer Vis historik

Har et tryksår bagepå os sacrum. Der er infektion i såret og pt. har smerter ved skiftning.

09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Smerter og sansindtryk: Observationer og problemer

Klager over smerter i højre knæ, som også er hævet. Smerterne er ikke tilstede i hvile, men kun ved mobilisering.

Har været faldet i juni måned 2005, hvorved hun pådrog sig fraktur af højre lårben. Har været indlagt afd. O, hvor hun blev opr. Blev udskrevet med bandage.

19-08-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Søvn og hvile: Observationer og problemer Vis historik

Pt. har siden faldet for et halvt år siden været deprimeret. Føler ikke altid der er noget at stå op til. Har svært ved at falde i søvn. Har også selvmordstanker.

Pt. har i perioder prøvet at holde de depressive tanker væk med alkohol. Har været i behandling med Antabus ved egen læge.

20-08-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Kommunikation: Observationer og problemer

Psykosociale forhold: Observationer og problemer

Seksualitet: Observationer og problemer

Viden og udvikling: Observationer og problemer

Opdater Fjern Print... Signer Gem Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B3: Cosmic (alle patientens aktuelle problemområder)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvistition og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 070574-OHR2 Agnes Jensen Søg

Journal: 070574-OHR2 - Jensen, Agnes

Journal | Skriv

- Sidste 3 dage
- Sidste 15 notater
- Lægelige notater - aktiv enhed
- Plejemæssige notater - afdeling
- Enhedens notater
- Mine notater
- Alle notater
- Fællesdokumenter
 - Behandlingsplan
 - Indlæggelse
 - Kalender
 - Målte værdier
 - Ordinationer/planlagt indsats**
 - Problemområder
 - Udskrivelse
- Dokumenter
- Kontakter
 - 18-08-2005 indlæggelse

Ordination / pla...

Ordinationer, øvrige Vis historik

På mistanke om enrypisetas tages infektionstal.
26-08-2005 Pernille Højmark, Læge G (Læge), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Aktivitet (ADL): Planlagt indsats

Respiration og cirkulation: Planlagt indsats
ilt behandling + sys 22
09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Ernæring: Planlagt indsats

Udskillelse af affaldsstoffer: Planlagt indsats
sulfa. beh.
U-stix
09-09-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Hud og slimhinder: Planlagt indsats
Lægges på spencomadras.
Såret skiftes 2 gange dgl. med xx.
Lejres på siderne. Vendes efter skema.
Der gives smertestillende en time før sårskift.
26-08-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Smarter og sansindtryk: Planlagt indsats
Der er bestilt fysioterapi.
Der er ordineret fast smertestillende og Panodil efter behov.
Det skal vurderes efter et par døgn om hvorvidt der er behov for ekstra smertestillende.
19-08-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Søvn og hvile: Planlagt indsats
Der er ordineret sovemedicin.
Forsøger med varm mælk med honning inden sovetid.
Vågelampe sættes op ved pt.s hovedgærde
20-08-2005 Sygeplejerske G1, Sygeplejerske (Sygeplejerske), Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Kommunikation: Planlagt indsats

Psykosociale forhold: Planlagt indsats

Seksualitet: Planlagt indsats

Viden og udviking: Planlagt indsats

Opdater Fjern Print... Signer Gem Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B4: Cosmic (oversigt over ordinationer og planlagte handlinger)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvirition og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 040394-2189 Kristen Skjern Søg [!][!][!]

Administrationslisten: 040394-2189 Skjern, Kristen

Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit 01-09-2005 Ny liste Afslut listen

Tabletter og øvrigt (8) Infusion (0) Injektion (1) P.n. & delg. (0) Inhalation (1)

Datointerval

Fra: 22-09-2005 Til: 24-09-2005 Opdater

Marker kolonne Dispenser Administrer Signer

Startet	Adm	Ordination	Info	22-09-2005			23-09-2005			24-09-2005		
				08:00	12:00	18:00	08:00	12:00	18:00	08:00	12:00	18:00
21-09-2005	peroralt scilie Brask, Læge	Selo-zok depottabletter 25 mg 1 tabl 1 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'			1			1		
21-09-2005	peroralt scilie Brask, Læge	Cozaar filmovertrukne tabl. 50 mg 1 tabl 1 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'			1			1		
21-09-2005	peroralt scilie Brask, Læge	Centyl Mite med Kaliumklor 1,25+573 mg 1 tabl 1 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'			1			1		
01-09-2005	peroralt mrik Koefoed, Læg	Litarex depottabletter 6 mMol 1 kapsel 3 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'	1 HL 11:49'	1 HL 11:49'	1	1	1	1	1	1
01-09-2005	peroralt mrik Koefoed, Læg	Kaleorid depottabletter 750 mg 1 kapsel 3 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'	1 HL 11:49'	1 HL 11:49'	1	1	1	1	1	1
01-09-2005	peroralt mrik Koefoed, Læg	Asasantine Retard depotka 200 + 25 mg 1 kaps 2 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	1 SYG20 13:01'			1		1	1		1
21-09-2005	tær G16, Lægevel	Finex brusetabletter 500 mg 4 tabletter 2 gang(e) dagligt.	 Afd. adm.	4								
21-09-2005	peroralt scilie Brask, Læge	Ketogan tabletter 5 + 25 mg 1 tablet 4 gang(e) dagligt.										
21-09-2005	peroralt scilie Brask, Læge	Ketogan tabletter 5 + 25 mg 1 tablet 4 gang(e) dagligt.										

Ny ordination... Telefonordination... Ordinationslisten... Print Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B5: Cosmic (oversigt over administrationslisten af lægemidler)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvirition og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 040394-2189 Kristen Skjern Søg

Ny ordination: 040394-2189 Skjern, Kristen

Kontakt: Indlæggelse, 18-08-2005, Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit
 Klinik: Henrik Lindholm, Administrator Enhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Indikation og mål... LM-katalog... Link... OUH vejledning

Administrationsmåde: Tabletter og øvrigt Administrationsvej: peroralt

Søg på Medicin Substans Skabelon Geriatrisk afd. G Form Styrke

Substans	Form	Styrke
Cozaar	filmovertrukne tabl.	12.5 mg

Ordination: Cozaar filmovertrukne tabl. Koncentration/Styrke: 12.5 mg
 1 tabl 1 gang(e) dagligt. Dosere...

Startdato-tid: 23-09-2005 11:50 Behandlingstid: Indtil videre Seponeringsdato: - - - - -

Instruktion til patient: For hjertet
 Instruktion til klinikere: Alternativ ved intolerans overfor ACE-hæmmer. Start dosis - husk kontrol elektrolytter og kreatinin.

Særlig diskretion Anden ordinator Selvadm. OBS
 Administrer lægemiddel i administrationslisten på enhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit 01-09-2005 Administrationsansvar: Ingen selvadministration

Ny mappe Fjern Anvend skabelon Gem som skabelon Ryd Signer Klar til signering Gem Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B6: Cosmic (ordination af lægemiddel)

Lægemedelcave, Anden Cave og Risiko: 040394-2189 Skjern, Kristen

Lægemedelcave

- Morfin
- penicillin

Anden Cave

- støvmider

Risiko

Signeret den: 21-09-2005 12:48:29 Signeret af: cecilie

Navn: Morfin

Kommentar: Hudkløe, udslæt

Lægemedelsrelateret

ATC-koder:

Type	ATC-kode	Indholdsstof
Substans	N02AA01	Morphin

Bilag B7: Cosmic (Cave – lægemiddelallergi)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvistion og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 040394-2189 Kristen Skjern Søg

Svar på analyser: 040394-2189 Skjern, Kristen

Klinisk biokemi Mikrobiologi Immunologi Lokale analyser

Udførende enhed Afdeling KKA

Fr.o.m 24-09-2004 T.o.m 23-09-2005

Svarmodtagende e... Svarmodtager (Alle) (Alle)

Opdater

Analyse	Enhed	Ref. omr.	21-08-2005 12:00	20-08-2005 12:00	19-08-2005 12:00	18-08-2005 12:00	17-08-2005 12:00
Hæmatologi							
B-Basophilocyter	10E9/l	<0.20		0.07	✓		
Øvrige							
B-Eosinophilocyter	10E9/l	0.04-0.50		0.14	✓		
B-Erythrocyter	10E12/l	4.2-5.5		2.9 *	✓		
B-Erythrocyter, vol.	fl	80-100		79 *	✓		
B-Erythrocyter, vol. fr.		0.38-0.48		0.35 *	✓		
B-Hæmoglobin(Fe)	mmol/l	8.0-11.0	9.3	6.3 *	✓		
B-Leukocyter	10E9/l	3.0-10.0	8.1	2.4 *	✓		
B-Lymphocyter	10E9/l	1.00-3.50		1.32	✓		
B-Monocyter	10E9/l	0.20-0.80		0.34	✓		
B-Neutrophilocyter	10E9/l	1.50-7.50		0.48 *	✓		
B-Thrombocyter	10E9/l	120-400		99 *	✓		
B-Umodne og andre celler	10E9/l	0.00-0.00		0.05 *	✓		
Ercs(B)-Hæmoglobin(Fe), stofk.	mmol/l	19.0-22.3		18.3 *	✓		
Ercs(B)-Hæmoglobin(Fe), stofm.	fmol	1.7-2.2		1.6 *	✓		
Hb(aB)-Oxygen, saturation(mått)		0.95-0.99			0.94 *	✓	
P(aB)-Base excess	mmol/l	-3.0-3.0			SE TEKST	✓	
P(aB)-Carbondioxid(pCO2)	kPa	4.7-6.0			6.3 *	✓	
P(aB)-Hydrogen-ion, pH		7.35-7.45			7.29 *	✓	
P(aB)-Hydrogencarbonat-ion(standard)	mmol/l	22-27			21 *	✓	
P(aB)-Oxygen(pO2)	kPa	11.1-14.4			10.3 *	✓	
P-Kalium-ion	mmol/l	3.3-4.7	4.3	✓			
P-Koagulationsfaktorer(II+VII+X) INR			1.0	✓			
P/S-Alanintransaminase	U/l	10-45		>5000 *	✓		
P/S-Albumin	g/l	37-48	39				
P/S-C-reaktivt protein	mg/l	<10		<5	✓		
P/S-Carbamid	mmol/l	3.0-7.8	5.3	✓			
P/S-Cobalamin	pmol/l	140-549		125 *	✓		
P/S-Creatininium	µmol/l	62-134	120	✓		62	✓
P/S-Ferritin (OUH)	µg/l	15-300		10 *	✓		
P/S-Lactatdehydrogenase	U/l	115-255		>2500 *	✓		
P/S-Natrium-ion	mmol/l	136-146	139	✓			
P/S-gamma-Glutamyltransferase	U/l	15-115		>4000 *	✓		
Pt(nU)-Adrenalin	nmol/tim	<0.3				0.5 *	✓
Pt(nU)-Dopamin	nmol/tim	24-84				77	✓
Pt(nU)-Noradrenalin	nmol/tim	0.8-5.0				4.3	✓
Pt-Legeme, højde	cm					183	✓

Rekvistionsoplysninger Godkend Print Vis graf Vis administrative data Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B8: Cosmic (oversigt over analysesvar)

Cambio COSMIC, Henrik Lindholm, (hent)

Arkiv Patient Oversigt Journal Lægemidler Rekvistion og svar Notifikation Systemadministration Vindue Hjælp

Find... Ryd 040394-2189 Kristen Skjern Søg

Rekv./henvisningsstatus

Vis for Valgt patient Alle patienter

Vis

Fr.o.m. 10-08-2005 (Alle) Rekvirerende enhed

T.o.m. 23-09-2005 (Alle) Rekvirent

Antal 9 Opdater

Avanceret

Dato	Personnummer	Fornavn	Efternavn	Type	RID	Status	Rettet	Modt. enhed	Modtager	Planlagt prøvetagningsdato	Prøvetagningsdato
21-09-2005 13:02	040394-2189	Kristen	Skjern	Radiologi	579000018468200001081		1	21-09-2005 13:03	Røntgen OUH	21-09-2005 13:02	
21-08-2005 12:00	040394-2189	Kristen	Skjern	Klinisk kemi	0000 039 030		7	23-08-2005 16:19	Afdeling KKA	21-08-2005 12:00	
20-08-2005 12:00	040394-2189	Kristen	Skjern	Klinisk kemi	0000 039 031		7	23-08-2005 16:19	Afdeling KKA	20-08-2005 12:00	
19-08-2005 12:00	040394-2189	Kristen	Skjern	Klinisk kemi	0000 039 032		7	23-08-2005 16:19	Afdeling KKA	19-08-2005 12:00	
18-08-2005 15:14	040394-2189	Kristen	Skjern	Radiologi	RTG45 673 9031		8	23-08-2005 16:19	Røntgen OUH		
18-08-2005 14:57	040394-2189	Kristen	Skjern	Radiologi	RTG45 673 9030		8	23-08-2005 16:19	Røntgen OUH		
18-08-2005 12:00	040394-2189	Kristen	Skjern	Klinisk kemi	0000 039 033		7	23-08-2005 16:19	Afdeling KKA	18-08-2005 12:00	
17-08-2005 12:00	040394-2189	Kristen	Skjern	Klinisk kemi	0000 039 034		7	23-08-2005 16:19	Afdeling KKA	17-08-2005 12:00	
15-09-2005 14:40	040394-2189	Kristen	Skjern	Radiologi	579000018468200000974		1	15-09-2005 15:12	Røntgen OUH	16-09-2005	

Luk

Miljø: R7 FYN Uddannelse Aktiv brugerrolle: Administrator Aktiv arbejdsenhed: Geriatrisk afd. G, Sengeafsnit

Bilag B9: Cosmic (oversigt over bestilte røntgenundersøgelser og svar)

Bilag C

Odense den 15. november 2005

Navn på sundhedsperson

Tak fordi du vil deltage i interviewet omkring indførelsen af EPJ.

Interviewet vil finde sted torsdag den 17. november kl. 15 på afd. F.

Interviewet vil tage ca. 1 time.

Under interviewet vil jeg stille dig spørgsmål, der drejer sig om følgende temaer:

- Hvordan du bruger EPJ i dit daglige arbejde
- Hvordan kommunikationen mellem sundhedspersonalet foregår efter indførelsen af EPJ
- Hvordan EPJ har påvirket din måde at arbejde på

Interviewet vil blive optaget på bånd, og materialet vil indgå i min undersøgelse af konsekvenserne af indførelsen af EPJ på OUH. Det er en kvalitativ undersøgelse, som handler om hvordan EPJ fungerer som kommunikationsmedie, hvordan EPJ påvirker organisationen og hvilke læringsprocesser, der er forbundet med indførelsen af EPJ.

Min baggrund for at gennemføre undersøgelsen er en kandidatuddannelse i Kultur og Formidling fra Syddansk Universitet. Desuden har jeg været ansat hos Konsulent- og Uddannelsesafdelingen på OUH (november 2004 – februar 2005). Her deltog jeg i de indledende arbejdsgangsanalyser, som danner baggrund for opsætningen af EPJ-systemet.

Da undersøgelsen er et led i et Ph.D.-projekt, vil den blive offentliggjort i forskellige sammenhænge. Blandt andet vil resultaterne blive formidlet til OUH. Formidlingen til OUH vil have form af rapporter målrettet EPJ-implementeringsorganisationen samt workshop og temadage for medarbejderne på OUH. Sandsynligvis vil resultaterne af undersøgelsen også blive offentliggjort i artikler og fagbøger.

Dine udtalelser i interviewet vil selvfølgelig blive anonymiseret, og fokus i undersøgelsen er ikke enkeltpersoners udtalelser, men faggruppernes oplevelser af indførelsen af EPJ.

Hvis du har nogle spørgsmål, er du velkommen til at kontakte mig.

Venlig hilsen

Anna-Britt Ove-Christensen, Ph.D.-studerende

Knowledge Lab
Syddansk Universitet
Campusvej 55
5230 Odense M
Mobil tlf.: 20 83 84 63
Mail: ach@knowledgelab.sdu.dk

Bilag D

Interviewguide jordemødre afd. D

Tema 1: Faglig baggrund og arbejdet som jordemoder på fødegangen:

- Jeg synes vi skal starte med, at du fortæller mig om din faglige baggrund, og hvor du er nu i dit forløb som jordemoder...
 - Hvornår blev du uddannet?
- Hvorfor valgte du at blive jordemoder?
- Hvad er jordemoderens rolle på fødeafdelingen?
 - I forhold til den fødende?
 - I relation til andre faggrupper på afdelingen?
- Hvad skal der til for at være en god jordemoder?
-
- Tema 2: Dokumentationsredskaber og dokumentationspraksis
- Kan du beskrive (med dine egne ord), hvad formålet med patientjournalen/fødejournal er?
- Hvad er så en god patientjournal/fødejournal for dig?
- Kan du beskrive, hvordan du anvender Cosmic under et fødselsforløb?
 - Hvordan adskiller det sig fra da I dokumenterede i papirjournalen?
- Evt.: Hvordan bruger du Cosmic i løbet af din arbejdsdag, når du er koordinerede jordemoder?
 - Er det forskelligt fra, hvordan du tidligere arbejdede?

I forbindelse med skiftet fra en papirbaseret til en elektronisk patientjournal er der blevet udarbejdet en sundhedsmodel, som sætter rammerne for dokumentationen:

- Syntes du sundhedsmodellen har ændret måden, jordemødrene skal dokumentere deres arbejde på?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?

Efter EPJ er blevet indført, skriver jordemødrene ikke længere notater på en kladde under fødslen:

- Gør det en forskel, når du selv skriver journalnotaterne direkte i Cosmic?
 - Bliver notaterne kortere/længere?
 - Er det andre ting, der kommer med?

- Har sproget, de forskellige faggrupper anvender når de dokumenterer, ændret sig efter indførelsen af EPJ (som jo er fælles og tværfaglig)?
- Er der noget i forbindelsen med dokumentationen i COSMIC, som du synes fungerer dårligt eller mindre godt?
- Er der så noget, ved den måde I dokumenterer i COSMIC, som du synes fungerer bedre, end da dokumentationen foregik i papirjournalen?
- Hvordan synes du Cosmic fungerer i forhold til at skabe dig overblik over patientens status og fødsels forløb?
 - Hvordan skaber du ellers dette overblik?
- Giver EPJ dig mulighed for at anvende mere eller mindre tid på andre arbejdsopgaver?
- EPJ har ændret din måde at dokumentere dit arbejde på – har EPJ også ændret din måde at arbejde på/dine arbejdsgange?
 - På hvilke måder?
 - Har I valgt at omstrukturere arbejdsopgaver mellem faggrupperne?

Tema 3: Cosmic og kommunikation

Kommunikation mellem sundhedspersonalet:

- Har den kommunikation jordemødrene har indbyrdes om patienterne, ændret sig med indførelsen af EPJ?
- Hvad med kommunikationen med andre faggrupper – har den ændret sig?
- Benytter du dig i løbet af din arbejdsdag af muligheden for at slå op i andre faggruppers notater i EPJ?
 - Hvilke faggruppers?
 - Hvilke informationer søger du typisk?
 - Kan du mærke, om det er anderledes, nu hvor du har fået nemmere adgang til fx plejepersonalets dokumentation?

Kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten:

- Har EPJ haft indflydelse på kommunikationen mellem sundhedspersonalet og patienten?
- Hvordan oplever du, at den elektroniske patientjournal påvirker kontakten ml. dig og den fødende?

Tema 4: Læring og EPJ

- Kan du huske hvilke forventninger, du havde til indførelsen af EPJ, før systemet blev implementeret?
- Har dit syn på EPJ ændret sig i løbet af implementeringsprocessen?
- Udveksler man blandt jordemødrene erfaringer om, hvordan man bør dokumenterer i Cosmic?
- Giver I hinanden feedback på den måde, I dokumenterer i Cosmic?
- Lærer du noget ved at have fået større adgang til andre faggruppers notater?
- Hvordan synes du implementeringsprocessen har forløbet?
 - Er der noget, der kunne gøres bedre?
 - Hvordan har du oplevet den oplæring(uddannelse) i Cosmic I har modtaget?

Evt. tema 5: Ressourceperson i forbindelse med implementeringsprocessen

- Hvorfor blev du ressourceperson?
- Kan du beskrive de opgaver, har du haft som ressourceperson?
 - Før indførelsen af EPJ
 - Under de første 14 dage af indførelsen af EPJ
 - Efter indførelsen af EPJ

Afslutning:

- Jeg har ikke flere spørgsmål...
- Er der noget du gerne til tilføje? Eller emner du finder vigtige, som vi ikke har berørt?

Odense den 21. april 2006

INVITATION TIL FOKUSGRUPPEMØDE

Til deltagerne i ph.d.-projektet om konsekvenserne af indførelsen af EPJ på OUH

Der er gået godt et halvt år, siden den elektroniske patientjournal cosmic blev indført på pilotafdelingerne F og G, og jeg påbegyndte mine første observationer og interviews med jer. I har alle bidraget med interessante perspektiver på, hvilken betydning indførelsen af EPJ har for sundhedspersonalet på en hospitalsafdeling.

Nu vil jeg gerne invitere jer til en fokusgruppe, hvor de vigtigste aspekter af indførelsen af EPJ kan blive diskuteret. Mange af mine interviews med jer har jo fundet sted tidligt i forløbet. Derfor kunne det være interessant at høre, hvordan I ser på processen, nu hvor det er ved at være hverdag med EPJ.

TID: Fokusgruppemødet vil finde sted **torsdag den 18. maj 2006 kl. 14-16.**

STED: Mødelokale 5, Kløvervænget 6, stuen, Bygning 17.

På baggrund af mit arbejde med de individuelle interviews har jeg valgt to temaer ud, som vil danne udgangspunkt for fokusgruppen:

- Fordele og ulemper ved EPJ - på kort og på langt sigt.
- EPJ's betydning for forholdet mellem sundhedspersonalet og patienten

Hvad der skal være tredje hovedpunkt, vil jeg lade være op til deltagerne på mødet at afgøre.

Min rolle vil være at sætte rammerne for processen, og det er jeres erfaringer, der skal på dagsordenen. Målet med fokusgruppen er ikke, at der skal opnås enighed, men snarere at så mange forskellige synspunkter som mulig bliver bragt på banen.

Fokusgruppemødet vil blive optaget på bånd. Jeg vil i den forbindelse gerne endnu en gang understrege, at alle jeres udtalelser vil blive anonymiseret. Jeres navn vil altså ikke blive anvendt i offentliggørelser af resultaterne af undersøgelsen.

Jeg håber, at du har mulighed for at deltage. Under alle omstændigheder vil jeg gerne have, at du melder tilbage til mig, om du kan komme eller ej.

Så ring på **20 83 84 63** eller send en mail til **ach@knowledgelab.sdu.dk**.

S.U. senest mandag den 15. maj 2006.

Venlig hilsen

Anna-Britt Ove-Christensen

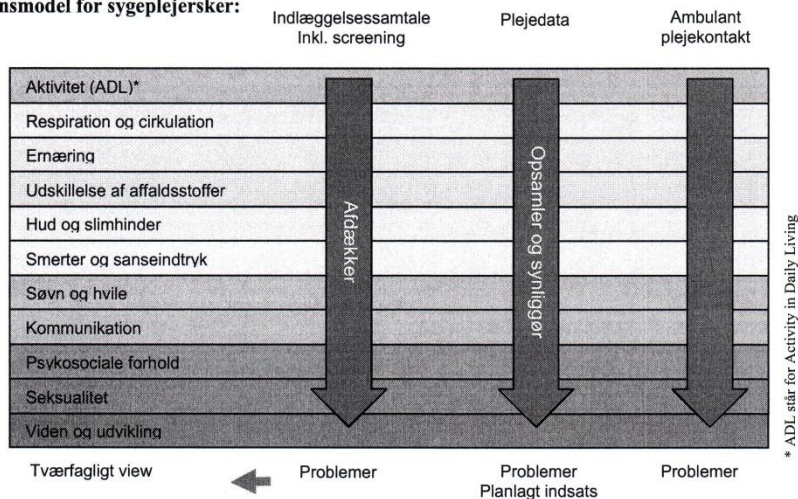
Bilag F

Bilag F

EPJ NYHEDSBREV

MANDAG DEN 12. SEPTEMBER 2005

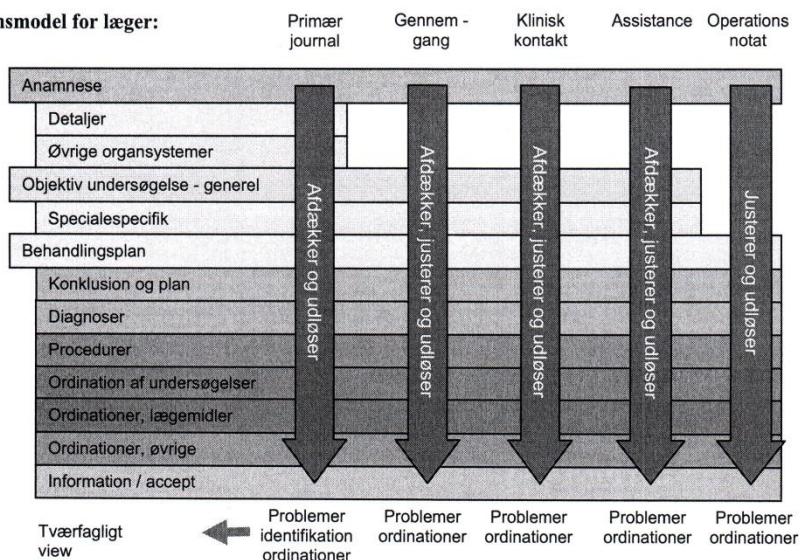
Dokumentationsmodel for sygeplejersker:



De vandrette linjer illustrerer de områder, som skal dokumenteres. Denne struktur går igen i alle sygeplejenotater, og er identisk med den, som Sundhedsstyrelsen anbefaler i en ny vejledning for sygeplejersker udsendt den 29. april 2005. Ved en indlæggelsessamtale vil en gennemgang af hvert område afdække de problemer, som patienten måtte have. Problemmrådet "Respiration og cirkulation" kan således afdække, at patienten lider af luftvejsproblemer.

Senere i indlæggelsesforløbet vil aktuelt identificerede problemer danne udgangspunkt for den indsats, der skal sættes ind med over for patienten. Som det fremgår af figuren gennemgås problemområderne flere gange i et patientforløb, også som en del af den ambulante plejekontakt. De aktuelle problemer og den iværksatte indsats opsamles og vises i ét billede i Cosmic, så klinikerne altid kan se, hvad der er galt med patienten lige nu, og hvilken indsats der er planlagt.

Dokumentationsmodel for læger:



Bilag G

Oversigt over deltagende sundhedspersoner

Læge 1, afdeling F (Pilotinterview)

Læge 2 afdeling F (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Læge 3 afdeling F (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Læge 4, afdeling G (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Læge 5, afdeling G (observation)

Læge 6, afdeling D (Observation, interview)

Læge 7, afdeling D (Observation, interview)

Læge 8, afdeling D (Observation, interview)

Læge 9, afdeling D (observation)

Sekretær 1, afdeling F (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Sekretær 2, afdeling F (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Sekretær 3, afdeling G (Observation, interview og fokusgruppeinterview)

Sekretær 4, afdeling G (Observation, interview)

Sekretær 5, afdeling D (Observation, interview)

Sekretær 6, afdeling D (Observation, interview)

Sygeplejerske 1, afdeling F (Observation og interview)

Sygeplejerske 2, afdeling F (Observation og interview)

Sygeplejerske 3, afdeling G (Observation og interview)

Sygeplejerske 4, afdeling G (Observation og interview)

Sygeplejerske 5, afdeling G (Observation og interview)

Sygeplejerske 6, afdeling D (Observation og interview)

Social- og sundhedsassistent 1, afdeling F (Observation og fokusgruppeinterview)

Social- og sundhedsassistent 2, afdeling D (Observation og interview)

Social- og sundhedsassistent 3, afdeling D (Observation og interview)

Social- og sundhedsassistent 4, afdeling D (Observation og interview)

Jordemor 1, afdeling D (Observation, interview)

Jordemor 2, afdeling D (Observation, interview)

Jordemor 3, afdeling D (Observation, interview)