

Schnack, Morten

**Doctoral Thesis**

## Teknologi og tværfaglighed: en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling

PhD Series, No. 7.2008

**Provided in Cooperation with:**

Copenhagen Business School (CBS)

*Suggested Citation:* Schnack, Morten (2008) : Teknologi og tværfaglighed: en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling, PhD Series, No. 7.2008, ISBN 9788759383544, Copenhagen Business School (CBS), Frederiksberg, <https://hdl.handle.net/10398/7129>

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/208691>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>



Morten Schnack

Teknologi og tværfaglighed

# Teknologi og tværfaglighed

– en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling

ISSN 0906-6934  
ISBN 978-87-593-8354-4



Forskerskolen i Viden og Ledelse  
CBS / Copenhagen Business School

Ph.d. serie 7.2008



## **Teknologi og tværfaglighed**



Morten Schnack

# **Teknologi og tværfaglighed**

– en analyse af diskussionen omkring indførelse  
af EPJ på en hospitalsafdeling

CBS / Copenhagen Business School

Forskerskolen i Viden og Ledelse

Ph.d. serie 7.2008

Morten Schnack

*Teknologi og tværfaglighed*

*– en analyse af diskussionen omkring indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling*

1. udgave 2008

Ph.d. serie 7.2008

© Forfatteren

ISBN: 978-87-593-8354-4

ISSN: 0906-6934

Distributed by:

**Samfundslitteratur Publishers**

Rosenørns Allé 9

DK-1970 Frederiksberg C

Tlf.: +45 38 15 38 80

Fax: +45 35 35 78 22

forlagetsl@sl.cbs.dk

www.samfundslitteratur.dk

Alle rettigheder forbeholdes.

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner, der har indgået aftale med COPY-DAN, og kun inden for de i aftalen nævnte rammer. Undtaget herfra er korte uddrag til anmeldelse.

Til

Alexander & William





## Forord

I min afhandling analyserer jeg den elektroniske patientjournals (EPJ's) mulige betydning for konstitutionen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. En konstitution, der bl.a. kommer til udtryk i de måder, læger og sygeplejersker italesætter sig selv og hinanden på, og i de problemer og løsningshorisonter, der tilbydes. EPJ er en anledning, der er bestemmende både for ledelsens egne muligheder for handlen, dvs. ledelsens muligheder for at lede, og for de muligheder for handlen, de professionelle (lægerne og sygeplejerskerne) har at kæmpe om i bestræbelserne på at sikre den mest fordelagtige organisering af arbejds gange og opgavefordelinger.

Jeg vil her i forordet give udtryk for min store taknemmelighed overfor de mange personer, der på hver deres måde har gjort det muligt for mig at skrive min afhandling. Først og fremmest en stor tak til lægelig direktør på Hvidovre Hospital Torben Mogensen for at du tilbage i 2002 spurgte mig, om det ikke var noget for mig at skrive en ph.d.-afhandling baseret på en undersøgelse af patientjournalen på hospitalets Børneafdeling med fokus på, hvad EPJ vil komme til at betyde for organiseringen af arbejds gange og opgavefordelinger. Tak til ledere fra Hvidovre Hospital og Copenhagen Business School, institut for Ledelse, Politik og Filosofi for at have sikret de organisatoriske og finansielle rammer for mit projekt. Tak til min tidligere chef uddannelseschef Marianne Fabrin og til mine tidligere kollegaer i Uddannelsesafdelingen på Hvidovre Hospital for jeres store interesse for mit projekt.

En stor tak til mine vejledere Ole Fogh Kirkeby og Asmund Born. Asmund, uden din enestående og nærværende vejledning var denne afhandling ikke blevet en realitet. En stor tak til Asger Schnack for korrekturlæsning og for hjælp med sproglige tilrettelser. En stor tak til Martin Fuglsang, Peter Holdt Christensen og Jesper Bramsbye for gode kommentarer undervejs. En stor tak til Thomas Basbøll for korrekturlæsning af afhandlingens summary.

Jeg vil tillige takke afdelingsledelsen i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital ledende overlæge Birgit Peitersen og ledende oversygeplejerske Stine Fjelstervang for jeres store imødekommenhed og for jeres store interesse for mit projekt. Der ud over vil jeg takke de ledere og medarbejdere, der afsatte tid til at lade sig interviewe af mig, og som dermed har bidraget til afhandlingens empiriske grundlag.

En stor tak til min far Arne for utrætteligt gennem min barndom og ungdom at have læst lektier med mig, hvilket har ansporet mig til at kaste mig ud i det store projekt det er at skrive en ph.d.-afhandling. En stor tak til min mor Madeleine for børnepasning. Det har været en stor hjælp. En stor tak til mine brødre Emil og Adam for at være verdens bedste brødre og venner, hvor I altid har støttet mig på den bedst mulige måde. En stor tak til min kæreste Louise for hendes store forståelse og tålmodighed undervejs. Jeg er klar over at jeg ikke altid har været lige let at leve sammen med. En stor tak til mine elskede sønner Alexander og William fordi I fylder min hverdag med den største glæde. Afhandlingen tilegner jeg jer.

Morten Schnack, København, februar 2008.

# Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b> .....	<b>2</b>
<b>Kapitel 1</b> .....	<b>5</b>
Problemdiskussion.....	5
Problemformulering.....	7
Afgrænsninger.....	8
Afhandlings struktur og nogle indledende refleksioner.....	10
<b>Kapitel 2</b> .....	<b>13</b>
Undersøgelsesmetode og erkendelsesteoretisk ståsted.....	13
Metodiske overvejelser.....	15
Mit erkendelsesteoretiske ståsted.....	19
Anden ordens iagttagelser.....	21
<b>Kapitel 3</b> .....	<b>32</b>
EPJ-diskursen i det danske sundhedsvæsen.....	32
Men først et grundlæggende spørgsmål: Hvad er en EPJ?.....	35
De ledelsesstrategiske udfordringer.....	36
De tre perspektiver på EPJ i de nationale strategier for IT i sygehusvæsenet.....	39
Patientens perspektiv.....	39
De sundhedsprofessionelles perspektiv.....	43
Det samfundsmæssige perspektiv.....	46
Sammenfatning af EPJ-diskursen i de nationale strategier for IT i sygehusvæsenet..	47
<b>Kapitel 4</b> .....	<b>50</b>
Patientjournalen, en grundlæggende teknologi på sygehuset.....	50
Teknologi.....	51
Dispositivet.....	52
Distinktionen mellem teknologi og teknik.....	58
Teknik.....	60
Teknologi i forbindelse med organisatorisk forandring.....	62
Aktør-netværk-teori (ANT).....	64
Opsummering.....	66
Patientjournalen i et historisk perspektiv.....	67
Hospitalets indførelse.....	75
Patientjournalens indhold og struktur.....	77
Anamnesen.....	77
Den objektive undersøgelse.....	78
Resume og konklusion.....	79
Patientjournalen som juridisk dokument.....	80
Sammenfattende diskussion af patientjournalen som teknologi.....	81
<b>Kapitel 5</b> .....	<b>85</b>
EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi i Børneafdelingen.....	85
Indledning.....	85
Analysemodellens fire analytiske begreber.....	89
Objektformerne.....	89
Subjektformerne.....	90
Sandhedsformerne.....	91
Handleformerne.....	92
En kort historisk introduktion af EPJ-projektet i Børneafdelingen.....	94
Et ”typisk” patientforløb på en dagvagt i Børneafdelingen.....	97
EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi (fortællingen).....	99
Lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ før stuegang.....	99

Opsamlende diskussion på afsnit 1.....	119
Lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ under stuegang.....	122
Opsamlende diskussion på afsnit 2.....	132
Lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ efter stuegang.....	133
Opsamlende diskussion på afsnit 3.....	151
Opsamling på EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi.....	153
Konklusioner på EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi.....	156
<b>Kapitel 6.....</b>	<b>169</b>
Konklusionen – Hvad blev der af tværfagligheden?.....	169
EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi før stuegang.....	169
EPJ og tilgængelighed.....	171
EPJ som læsning.....	172
EPJ som planlægningsværktøj.....	172
EPJ og problemorientering.....	173
Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold før stuegang?.....	174
EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi under stuegang.....	175
Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold under stuegang?.....	176
EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi efter stuegang.....	176
EPJ kombineret med mundtlighed.....	177
EPJ uden mundtlighed.....	178
EPJ og jurisdiction.....	178
EPJ og veridiktion.....	179
EPJ og den lægelige selvforståelse.....	180
Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold efter stuegang?.....	181
Afhandlingens samlede konklusioner.....	182
<b>Kapitel 7.....</b>	<b>185</b>
EPJ, et styringsregime.....	185
Ingen tværfaglighed uden mundtlighed.....	188
Ingen tværfaglighed uden læsning.....	189
Magt og styring.....	190
<b>Summary.....</b>	<b>196</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>199</b>



# Indledning

Min ph.d.-afhandling tager sit udgangspunkt i den radikale forandring af patientjournalen i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, der finder sted med transformationen fra papirjournal til den elektroniske patientjournal (EPJ). Det empiriske udgangspunkt for mit valg af problemformulering udspringer af, at der med udformningen af *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002* udarbejdes en vision og nogle målsætninger om at foretage en forandring af patientjournalteknologien fra papirjournal til EPJ. *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002* er udarbejdet af flere indflydelsesrige aktører i sundhedsvæsenet, deriblandt Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet. På den baggrund antager jeg, at den diskurs, der udstikkes i den nationale IT-strategi, er et udtryk for den dominerende diskurs på IT-området inden for sundhedsvæsenet, hvor der synes at være et bredt sundhedspolitisk ønske om at foretage en forandring af patientjournalteknologien.

Det, der især har interesseret mig ved forandringen af patientjournalteknologien, har ikke så meget været den tekniske forandring fra papir til computer isoleret set, men nogle af de store ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer, der opstår som et resultat af de mange forventninger, der bredt i sundhedsvæsenet har knyttet sig til denne forandring. Forventningerne har knyttet sig til de nye muligheder for at lede og organisere de kliniske arbejdsgange og opgaver i patientforløbene på en mere effektiv og kvalitativ måde til gavn for patienten, men også til gavn for medarbejderne i form af et styrket tværfagligt samarbejde som følge af tilrettelæggelsen af mere hensigtsmæssige arbejdsgange og opgavefordelinger. Disse forventninger synes at være afledt af det danske samfunds stadig stigende og differentierede krav til selv samme sygehusvæsen, fordi det i dag er muligt at behandle for langt flere sygdomme end tidligere, bl.a. på grund af den hastige teknologiske udvikling inden for det lægevidenskabelige område og inden for informationsteknologien.

Den sundhedsfaglige og teknologiske mulighed for at behandle for mere, uden at der samtidig tilføres flere ressourcer til sygehusvæsenet, betyder, at der opstår øgede forventninger fra omgivelserne om, at ledelserne på flere niveauer vil være i stand til at lede på en god og effektiv måde for at udnytte de eksisterende ressourcer optimalt. Derfor betragter jeg det stigende fokus på implementering af ledelsesteknologier inden for sygehusvæsenet som et tegn på, at man over for omgivelserne vil signalere et øget fokus på ledelse, for på den måde at imødekomme de mange forventninger om produktivitet og effektivitet i daglig praksis.

En anden væsentlig årsag til behovet for effektive ledelsesteknologier er de strukturelle og geografiske tendenser inden for sygehusvæsenet. Strukturreformen, hvor amterne er blevet til de færre, men større regioner, og reformen om specialesammenlægninger gør, at der finder en udvikling sted mod færre, men større enheder, der er geografisk mere adskilte. Dette gør, at stadig flere mennesker bliver afhængige af god ledelse og organisering af arbejdsgangene og opgavefordelingerne inden for sygehusvæsenet. Forventninger til EPJ, der skitseres i *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002* og senere i den reviderede udgave, *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*, synes at basere sig på rationaliteten om øget effektivitet og kvalitet bl.a. gennem en mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse. Transformationen af patientjournalteknologien fra papirjournal til EPJ, og den deraf afledte fokus i de forskellige versioner af den nationale strategi for IT på sammenkoblingen af 1) udfordringerne med at lede og organisere den tværfaglige kliniske praksis på sygehusene på en mere hensigtsmæssig måde 2) med en øget produktivitet og kvalitet i patientforløbene, har været den direkte årsag til, at jeg allerede i forbindelse med

udarbejdelsen af projektansøgningen til min ph.d.-afhandling havde lagt mig fast på at forfølge problematikkerne i forhold til, hvordan det kan sandsynliggøres, at forandringen i patientjournalteknologien kan skabe mulighedsrum for en mere hensigtsmæssig måde at organisere arbejdsgangene og opgavefordelingerne på. Jeg satte mig for at undersøge, hvordan forandringen i patientjournalteknologien kan være en katalysator for forandringer i det sociale rum og i den sociale praksis i forhold til at lede og organisere den kliniske praksis på sygehusene på en mere hensigtsmæssig måde. Forventninger til EPJ som teknologi og tværfagligt samarbejde som program vil jeg mere uddybende forholde mig til igennem afhandlingens kapitler.<sup>1</sup>

Min antagelse har været, at patientjournalen er en absolut nødvendig teknologi, for at de sundhedsprofessionelle kan undersøge, behandle og pleje patienterne i deres daglige kliniske arbejde, da det er i patientjournalen, at patientdata opsamles, opbevares og videreformidles. Det er med udgangspunkt i patientjournalen, at informationer og viden omkring patienten udveksles mellem de sundhedsprofessionelle indbyrdes og mellem de sundhedsprofessionelle, patienterne og de pårørende. Og da EPJ i modsætning til papirjournalen besidder de to egenskaber, at den er elektronisk og standardiseret, har der fra sundhedspolitisk side – og fra de centrale sundhedsmyndigheders side – været nogle klare forventninger om, at EPJ kan sikre tilgængelige og standardiserede informationer og viden omkring patienten, hvilket er afgørende for, at de sundhedsprofessionelle kan yde en effektiv og kvalitativ undersøgelse, behandling og pleje af patienterne. I papirjournalen var der angiveligt nogle problemer eller u hensigtsmæssigheder, eksempelvis i form af lange produktionstider, fordi papirjournalen ofte var forsvundet og dermed ikke var tilgængelig. Der var stor risiko for fejlskrivning i journalen, de såkaldte transskriptionsfejl, som følge af at lægesekretæren omskrev lægens notater fra bånd eller kladder til papirjournal. Derfor har der bredt i det danske sundhedsvæsen været store forventninger til EPJ om, at det med den nye journalteknologi vil være muligt at organisere arbejdsgangene og opgavefordelingerne på en mere hensigtsmæssig måde i og imellem de forskellige sundhedsprofessionelle faggrupper i bestræbelserne på at efterleve den overordnede målsætning i sygehusvæsenet om det sammenhængende patientforløb med patienten i centrum. Forventninger, der diskursivt er kommet til udtryk, siden EPJ-diskursen for alvor tog fat i midten af 1990'erne med udarbejdelsen af den første nationale IT-strategi i sundhedsvæsenet i 2000-2002.

---

<sup>1</sup> En diskurs omkring øget effektivitet og kvalitet samt omkring organiseringen af den tværfaglige kliniske praksis, der vidtstrakt præger diverse strategier og politikker i det danske sundhedsvæsen, hvor jeg her refererer bredt til den nationale IT-strategi 2000-2002 og siden den nationale IT-strategi 2003-2007 samt til rapporten udarbejdet af regeringens rådgivende udvalg under Indenrigs- og Sundhedsministeriet i januar 2003, *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitamenter, amter og alternativer*, hvor indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen allerede i forordet redegør for, at 'penge ikke gør det alene': *"Derfor må det naturligvis løbende overvejes, hvordan ændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet kan bidrage til at håndtere udfordringer, som fremtidens sundhedsvæsen står overfor. / Regeringen nedsatte derfor i starten af 2002 et rådgivende udvalg, som skulle 'beskrive, vurdere og stille forslag om reformer og ændringer af sundheds- og (især) sygehusvæsenets struktur, finansiering og styring samt privat-offentligt samarbejde med henblik på at opnå øget effektivitet, herunder en varig afkortning af venteliste, kvalitet, innovation og lydhørhed overfor patientønsker og forventninger."* Flere strategier og politikker kunne drages frem her for at illustrere den sundhedspolitiske diskurs med fokus på øget kvalitet og effektivitet i patientforløbene og på tilrettelæggelsen af en hensigtsmæssig tværfaglig klinisk praksis, hvilket jeg har valgt ikke at gøre. I stedet har jeg i afhandlingens kapitel 3 forsøgt at illustrere, hvordan målsætningerne i sundhedsvæsenet forplanter sig ud i hele sundhedsvæsenet på forskellige niveauer fra en overordnet sundhedspolitisk diskurs til målsætninger inden for H.S, Hvidovre Hospital og lokalt til Børneafdelingen på Hvidovre Hospital. En diskurs, hvor målsætningerne omhandler kvalitet og effektivitet i patientforløbene, med fokus på ledelse og organisering af den tværfaglige kliniske praksis.

På den baggrund var det en antagelse allerede ved begyndelsen af min undersøgelse, at forandringen af patientjournalteknologien potentielt vil kunne udnyttes ledelsesstrategisk som katalysator for forandringer i arbejdsorganisering og opgavefordelinger mellem faggrupperne i afdelingen. Meget forenklet påstår jeg, at de mange forventninger til, hvordan EPJ potentielt vil kunne udnyttes ledelsesstrategisk, er et produkt af to forhold, som det er vigtigt at holde adskilte, 1) hvordan EPJ er teknologiseret, dvs. hvilke konkrete teknologiske egenskaber den nye patientjournalteknologi har, og 2) hvordan EPJ er sprogliggjort, dvs. hvilke konkrete egenskaber og potentialer der diskursivt udtrykkes i forhold til EPJ.

Jeg påbegyndte min undersøgelse i 2002, hvor jeg var ansat som udviklingskonsulent på Hvidovre Hospital med opgaver inden for kvalitetsudvikling og sundheds-IT. Med udgangspunkt i de nævnte forventninger i det danske sygehusvæsen i forhold til EPJ blev jeg opfordret af Torben Mogensen, den nuværende lægelige direktør på hospitalet, til at foretage en undersøgelse af patientjournalen på hospitalets Børneafdeling med fokus på, hvad transformationen af EPJ vil komme til at betyde for organiseringen af arbejdsgangene og opgavefordelingen mellem lægerne og sygeplejerskerne, der er tilknyttet afdelingen. Med andre ord foretager jeg en analyse af og opsamling på de erfaringer, ledere og medarbejdere har gjort sig i Børneafdelingen efter implementeringen af EPJ. Jeg fokuserer på, hvilke handlerum der er blevet skabt i Børneafdelingen som følge af den ledende overlæges ”politiske” intentioner om at benytte transformationen af journalteknologien og den efterfølgende implementering af EPJ som anledning til, at ledere og medarbejdere sammen stopper op og spørger sig selv, om måden, hvorpå rutiner og arbejdsgange i afdelingen er organiseret, nu også er den mest hensigtsmæssige. Det betyder, at min afhandling kommer til at handle om sammenhængen mellem ny teknologi og social praksis, hvor jeg vil analysere, hvilke nye handlerum der skabes for læger og sygeplejersker.

En grundlæggende hypotese i min afhandling er imidlertid, at når man ved hjælp af en ny teknologi søger at opfylde nogle målsætninger, her målsætningerne om et forbedret tværfagligt samarbejde med EPJ, ved at eliminere en række problematikker eller u hensigtsmæssigheder som utilgængelige data, u hensigtsmæssig monofaglig dokumentation i patientjournalen, transskriptionsfejl etc, så vil sådanne politiske intentioner være input til praktiske processer, hvori der opstår nye uforudsete handlerum, problemer og udfordringer. På baggrund af denne hypotese er det mit håb, at jeg med min afhandling kan bidrage reflektivt og fremadrettet i den fortløbende EPJ-diskurs ved at pege på, hvilke nye udfordringer der opstår i forbindelse med ledelse af den kliniske praksis som følge af implementeringen af EPJ. Disse ledelsesmæssige udfordringer er forbundet med det at agere i og skabe de rette organisationskulturelle rammer for ændringsprocesserne og bliver ikke mindre af, at organisationskulturen på et sygehus netop er kendetegnet ved at være et professionelt fagbureaukrati.

Min afhandling skal være med til at øge forståelsen for, hvad der sker med organiseringen af det tværfaglige kliniske arbejde på afdelinger efter indførelsen af ny patientjournalteknologi, hvor fokus vil være på, i hvilken grad EPJ-teknologien, den kunstige intelligens, vil kunne indeholde så mange kategorier i form af skemaer, guidelines og retningslinjer, at faggrupperne de kvalificeres og overflødiggøres.

# Kapitel 1

## Problemdiskussion

Ambitionen med min afhandling er at analysere EPJ's mulige betydning for konstitutionen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. En konstitution, der bl.a. kommer til udtryk i de måder, læger og sygeplejersker italesætter sig selv og hinanden på, og i de problemer og løsningshorisonter, der tilbydes. EPJ er en anledning, der er bestemmende både for ledelsens eget mulighedsrum for handlen, dvs. ledelsens mulighedsrum for at lede, og for det mulighedsrum for handlen, de professionelle (lægerne og sygeplejerskerne) har at kæmpe om i bestræbelserne på at sikre den mest fordelagtige organisering af arbejdsgange og opgavefordelinger. Med andre ord er det min antagelse, at de professionelle med implementeringen af EPJ kommer til at forhandle om, hvordan arbejdsopgaverne i afdelingen skal organiseres på tværs af fagprofessionelle grænser og organisatoriske forankringer. På den baggrund har jeg i afhandlingens kapitel 7 valgt at anlægge et magtperspektiv, der er inspireret af den franske idéhistoriker Michel Foucault. Jeg vil studere to forskellige magtbegreber og ledelsesmæssige effekter, ved at jeg med EPJ som akse gennem min afhandling vil bevæge mig i rummet mellem konkrete ledelsesstrategiske beslutninger i forbindelse med implementeringen af EPJ, tværfaglighed som tema og de sundhedsprofessionelles imødekommenhed over for EPJ. Fortællinger om magt og modmagt vil udkrystallisere sig i relation til den overordnede fortælling i min afhandling, nemlig fortællingen om, hvilken betydning og værdi det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker får med implementeringen af EPJ i afdelingen. Magt er et centralt begreb i min analyse af samspillet imellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program, fordi:

*"(...) Power relations are rooted deep in the social nexus (...) To live in society is, in any event, to live in such a way that some can act on the actions of others. A society without power relations can only be an abstraction."*  
(Foucault 2000a:343).

Ved at analysere den betydning og de værdier, ledere og medarbejdere, på tværs af faggrænser og hierarkisk placering i Børneafdelingen, tillægger begrebet tværfagligt samarbejde i relation til implementeringen af EPJ, vil jeg forholde mig til, hvordan magt skabes i relationerne mellem de professionelle. Min antagelse er, at magten udfoldes i den diskursive praksis, hvor de professionelle giver udtryk for, hvordan arbejdspraksis bør organiseres i afdelingen med EPJ, da det er i denne diskursive praksis, at forhandlingsprocesserne imellem de to faggrupper finder sted. Ved at sætte de to perspektiver på magt i spil, magt som handling (handlingsmagt) og magt som styring (styringsmagt), vil jeg analysere, hvordan patientjournalen, og forandringen af patientjournalteknologien, som styringsprogram ("program of conduct") skaber nye handlerum for lægerne og sygeplejerskerne, ved at EPJ skaber ændringer i de betingelser, lægerne og sygeplejerskerne på Børneafdelingen har for at styre sig selv gennem en bestemt social praksis, og herunder gennem en bestemt selvforståelse og gennem en bestemt forståelse for andre.

EPJ som program bliver hermed en reflektiv begivenhed. EPJ som program befinder sig i brændpunktet mellem forskellige rationaliteter. Mit mål med analysen af udsagnene fra ledere, læger og sygeplejersker er at afdække de forskellige rationaliteter, der diskursivt



knytter sig til EPJ som program, og som diskursivt knytter sig til begrebet om tværfagligt samarbejde i Børneafdelingen. Samtidig vil jeg diskursivt iagttage, hvilke rationaliteter EPJ støder sammen med. Mine interviews er således bygget op over en bestemt idé, idet jeg har forsøgt at fremelske eller fremprovokere argumenter for bestemte rationaliteter for dermed tydeligere at kunne se forskelle og ligheder. På baggrund af mine interviews har jeg fundet nogle centrale omdrejningspunkter i den rationalitet, henholdsvis EPJ som teknologi og tværfaglighed som program synes at basere sig på, men også i modstandens rationalitet. Disse har dannet grundlag for temaer og uddybende spørgsmål i interviewet. I mine 19 interviews af ledere og medarbejdere i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital har jeg sporet uenighed på områder, men også en fælles dedikation til det konkrete arbejde, der skal løses i fællesskab i et samarbejde imellem faggrupperne i forbindelse med undersøgelsen, behandlingen og plejen af børnene på Børneafdelingen.

En antagelse i min analyse er, at EPJ i sig selv kun skaber et potentielt mulighedsrum for handlen, også i forhold til ændringen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker på en hospitalsafdeling. Derfor er det helt afgørende, hvilke ledelsesstrategiske beslutninger ledelsen foretager sig i forbindelse med implementeringen og driften af EPJ. Denne antagelse vil jeg forfølge gennem en analyse af potentielle forandringer i dokumentationspraksis og heraf afledt i lægers og sygeplejerskers konkrete arbejdsgange med EPJ. De potentielle forandringer med EPJ som program for ledelse vil være afhængige af den valgte ledelsesstrategi og være struktureret omkring arbejdsgange, der alle er forbundet med lægernes og sygeplejerskernes læsning og skrivning i EPJ.

Da der med implementeringen af EPJ er tale om en ny journalteknologi, og da patientjournalen er det kliniske arbejdsredskab, den kliniske praksis har som sit omdrejningspunkt, fordi alle informationer opsamles, opbevares, bearbejdes og viderefremmes fra patientjournalen, er patientjournalen tillige den teknologi, hvorfra al kommunikation mellem de sundhedsprofessionelle indbyrdes og de sundhedsprofessionelle og patienten tager sit afsæt. Disse informationer og denne indbyrdes kommunikation lægger lægen og sygeplejersken til grund for deres beslutninger omkring diagnostik, behandling og pleje. Ledelsen får derfor et stort ansvar for, at EPJ implementeres i Børneafdelingen efter hensigten, og den må kommunikere klart ud, at det vil være uacceptabelt, at de sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen benytter sig af de gamle og kendte rutiner, blot fordi de nye arbejdsgange på kort sigt måske vil opleves som mere besværlige og tidskrævende. Jeg vil analysere, hvad der har været den ledelsesmæssige hensigt med implementeringen af EPJ, og hvilke mulige sociale handlerum med EPJ, der lægges op til i diskurserne. Med andre ord undersøger jeg, hvordan det sociale skabes med den nye journalteknologi.

Som Lisa Dahlager fremhæver i sin afhandling *I samtalens rum* (2005), har de sociale rum det tilfælles med de fysiske rum, at de udstikker nogle muligheder og begrænsninger for individuel og social handlen. Sådanne handlerum er baseret på selvfølgeligheder, hvor vi ikke altid tænker dybere over, hvordan det kan være, at handlerummet netop er, som det er, og ikke på alle mulige andre måder. Vi sætter ikke spørgsmålstejn ved den måde, vi selv handler på, og ved den måde, vi interagerer med vores medmennesker på, men accepterer blot tingenes tilstand. Formålet med min analysestrategi er at iagttage og problematisere disse indgroede selvfølgeligheder, hvor jeg betragter EPJ som værende et forsøg på at håndtere en række problemstillinger, som vi igennem vores iagttagelse af verden har skabt og opprioriteret som værende problemer. Min pointe er, at et problem kun er et problem med et bestemt blik, og at et problem ikke ontologisk har en essens, men er et resultat af

vores væren i verden, og dermed et resultat af vores måde at iagttage verden på. Lisa Dahlager formulerer det meget smukt og præcist i førnævnte afhandling:

*”De problemer, vi ser, den særlige måde, vi mener, problemet er et problem på, og de måder, vi løser problemerne på, er resultatet af en bestemt problematisering, af en bestemt måde at handle på. Der gøres noget ved virkeligheden.”*

Patientjournalen gør noget ved virkeligheden, da den er et forsøg på at løse bestemte problemstillinger inden for sygehusvæsenet. Det blik, hvorigennem jeg vil iagttage patientjournalens formning af det sociale rum, er magtanalytikerens blik, med hvilket jeg vil iagttage problematiseringer og selvfølgeligheder, som de fremtræder i diskursen omkring patientjournalen.

Mere præcist vil de to magtbegreber, magt som handling og magt som styring, udfolde sig i kapitel 7. Magt som handling knytter sig til den type af magtrelationer, der udspiller sig i de diskursive kampe om organiseringen af arbejdsgangene og opgavefordelingerne de professionelle imellem med EPJ. Magten udtrykkes i den måde, hvorpå de professionelle kommunikerer om mulighedsrummet for handlen med EPJ. Det andet magtbegreb knytter sig til magt som styring, og mere konkret til spørgsmålet om, hvordan afdelingsledelsen i Børneafdelingen forestiller sig og begrundes, hvordan der kan styres med EPJ. Magten udspiller sig her i ledelsens diskursive praksis i forbindelse med implementeringen af EPJ i afdelingen. Derfor er det min opfattelse, at der med implementeringen af den nye journalteknologi udløses ledelsesmæssige effekter i to betydninger. Indførelsen af EPJ i afdelingen er i sig selv en anledning til ledelse, og i samme øjeblik der foretages ledelsesstrategiske beslutninger i forbindelse med implementeringen af EPJ, skabes der endvidere mulighedsrum for nye ledelses- og organiseringsformer med EPJ i afdelingen.

Jeg har nu skitseret nogle centrale ledelsesmæssige problematikker og udfordringer i forbindelse med at styre de kulturelle og organisatoriske ændringer i form af mulige handlerum, der opstår i kølvandet på implementeringen af den nye patientjournalteknologi EPJ. Et ledelsesmæssigt blik og en ledelsesmæssig forståelse for problematikker og udfordringer, jeg mener det er nødvendigt at have for de ledere, der ønsker at styre med EPJ som anledning for organisering af arbejdsgangene og opgavefordelingerne mellem de sundhedsprofessionelle på en hospitalsafdeling.

## **Problemformulering**

På den baggrund er min afhandlings problemformulering:

- **Hvad er samspillet imellem EPJ som teknologisk forandring og tværfaglighed som styringsprogram på en hospitalsafdeling?**

Med andre ord betyder det, at jeg med min problemformulering vil forholde mig til, hvilken betydning EPJ har som katalysator for, hvordan begrebet tværfagligt samarbejde udkrystalliseres og indholdsbestemmes i Børneafdelingen. Jeg vil iagttage, hvilke mulige handlerum der åbner sig med tværfaglighed som program knyttet til EPJ i afdelingen, og jeg vil iagttage hvilke reaktioner, der skabes blandt ledere og sundhedsprofessionelle, når talen falder på tværfaglighed i forbindelse med EPJ.

Det vil glæde mig, hvis min analyse kan være med til at styrke den refleksive ledelsespraksis i forbindelse med implementering og drift af EPJ på en hospitalsafdeling, og hvis afdelingsledere, der i fremtiden står over for at skulle have et EPJ-system implementeret i deres afdeling, vil kunne drage nytte af de erfaringer, ledere og medarbejdere har gjort sig i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital med hensyn til ledelse og organisering af den tværfaglige kliniske praksis mellem læger og sygeplejersker. Jeg håber, at min analyse af EPJ som katalysator for forandringer i organisering af arbejdsgange og opgavefordelinger vil kunne benyttes af ledere og medarbejdere, der i de kommende år står over for samme udfordringer med at skulle forholde sig til EPJ i deres afdeling, og som derfor ønsker at blive klogere på, hvordan de identificerer de mulige handlerum, der opstår som følge af implementering af EPJ i afdelingen. En sådan forståelse for samspillet mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program er en forudsætning for, at ledere og medarbejdere kan styre disse mulige handlerum.

## **Afgrænsninger**

Jeg har valgt at analysere afhandlingens problemstilling ud fra de konkrete erfaringer, man har gjort sig med at diskutere EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital. Mit fokus vil afgrænsende være på de erfaringer, der omhandler lægers og sygeplejerskers læsning og skrivning i patientjournalen. Jeg har foretaget denne afgrænsning af pragmatiske grunde i bestræbelserne på at nå tilstrækkeligt dybt i min analyse inden for det treårige tidsforløb, der har været til min rådighed. Men afgrænsningen er også foretaget ud fra argumentet om, at lægerne og sygeplejerskerne klart er de største og mest dominerende faggrupper på en hospitalsafdeling, og at det tillige er de to faggrupper, der læser og skriver hyppigst i patientjournalen. Det er mit ønske med mine afgrænsninger, at min analyse bliver konkret og håndgribelig og dermed er med til at give en god forståelse for samspillet imellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program i ledelsen og organiseringen af det daglige arbejde på en hospitalsafdeling.

Jeg har valgt at analysere EPJ i forbindelse med de hændelser, hvori forskellige kliniske beslutninger i patientforløbet bliver truffet. De forskellige hændelser vil i min analyse blive afgrænset til læsning og skrivning af henholdsvis lægenotat og sygeplejenotat. Disse læse- og skriveaktiviteter vil variere afhængigt af, hvor i patientforløbet de opstår, og som jeg på baggrund af mine interviewpersoners egen måde at forme diskursen omkring EPJ på har fundet naturligt at inddrage i kategorierne: før stuegang, under stuegang, efter stuegang.

Med andre ord vil jeg med afsæt i nogle af de erfaringer, ledere og medarbejdere har gjort sig med at diskutere EPJ i Børneafdelingen, redegøre for hændelser og begivenheder, som de er fortalt af mine interviewpersoner i afdelingen. Disse beskrivelser bør alle på den ene eller den anden måde give anledning til nogle ledelsesmæssige refleksioner hos den afdelingsledelse, der står over for at skulle implementere EPJ i sin afdeling.

EPJ-udrulningen i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital er udrukningen af en EPJ, der er udviklet før og sideløbende med den nationale IT-strategi 2000-2002. Den EPJ, jeg undersøger, baserer sig på en anden teknologi end den EPJ, som i fremtiden vil blive implementeret på hospitalerne i Region Hovedstaden. Jeg mener ikke at forskellen i EPJ-teknologierne har særlige u hensigtsmæssigheder i forhold til min afhandlings problemformulering. For selvom EPJ-teknologierne er forskellige, så er det min påstand, at

mange organisatoriske og ledelsesmæssige problemstillinger vil have fællestræk, først og fremmest fordi der uanset de forskellige EPJ-teknologier (generationer) er tale om en forståelse for spillet mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program, og herunder problemstillingen om, hvilken betydning og hvilket indhold begrebet om det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker får med EPJ. Det kan i hvert fald påstås, at fælles for de forskellige hospitalsafdelinger er, at man skal forholde sig til en radikal transformation af det måske mest rodfæstede eller centrale arbejdsredskab, den måske mest grundlæggende teknologi i patientforløbet, patientjournalen. Så selvom der vil være store forskelle i den anvendte IT mellem Børneafdelingens EPJ og den IT, der kommer til at udgøre den fremtidige EPJ i Region Hovedstaden, mener jeg godt, ledere og medarbejdere, der fremover skal forholde sig til EPJ i deres afdeling, kan have glæde af nogle af de erfaringer, ledere og medarbejdere har gjort sig i Børneafdelingen. Nogle vil måske påstå, at når der nu er tale om forskellige EPJ-teknologier, vil man ikke i forbindelse med implementeringen af EPJ i Region Hovedstaden kunne drage nytte af de erfaringer, man har gjort sig i Børneafdelingen. På nogle områder mener jeg, at denne påstand vil være berettiget, især på områder, hvor funktionaliteten i de respektive EPJ-systemer eksplicit vil være afgørende for, hvordan det vil være muligt at organisere sin arbejdspraksis. Der er eksempelvis en helt konkret og åbenlys forskel mellem EPJ-teknologien i Børneafdelingen og den fremtidige EPJ-teknologi i Region Hovedstaden deri, at man i Børneafdelingen har stationære pc'ere,<sup>2</sup> hvor man i forbindelse med EPJ-implementeringen i Region Hovedstaden vil have bærbare pc'ere. Jeg antager, at dette forhold har stor betydning for organiseringen af arbejdsgange og for den måde, hvorpå medarbejderne kommunikerer og interagerer med hinanden, og dermed for karakteren af det tværfaglige samarbejde i afdelingen mellem læger og sygeplejersker.

Hvis jeg i stedet havde valgt at tage afsæt i den EPJ-teknologi, der fremover skal implementeres i Region Hovedstaden, havde det været en konsekvens, at min analyse kun ville kunne basere sig på enkelte EPJ-moduler, fordi man ikke er nået længere i udviklingen af ét fælles EPJ-system, end man er. Denne udvikling går temmelig langsomt og har for længst overskredet datoen (årsskiftet 2005/2006) for, hvornår EPJ skulle have været implementeret i det danske sygehusvæsen. Overskridelsen af deadline synes at kunne tilskrives en uenighed omkring indhold og struktur i det fremtidige EPJ-system.<sup>3</sup>

Det er mit klare indtryk efter at have gennemlæst dokumenter fra Børneafdelingens EPJ-projekt, og efter at jeg har interviewet ledere og medarbejdere i afdelingen om deres EPJ, at man i afdelingen undervejs i udviklingen af EPJ og i den måde, hvorpå man har forsøgt at implementere den i afdelingen, har skelet til og sørget for, at man har ageret inden for rammerne af *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, således at man i Børneafdelingen opfylder de grundlæggende forventninger til en EPJ, der udtrykkes heri. Så selvom EPJ i fuld skala endnu ikke er en realitet i det danske sundhedsvæsen, vil det alligevel være muligt at undersøge EPJ's betydning som katalysator for det tværfaglige samarbejde såvel som EPJ's betydning i forhold til konstitutionen af betydningsindholdet af begrebet det tværfaglige samarbejde, som det formuleres af de sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen. Derfor har jeg valgt at analysere argumenterne, som de udfoldes af ledere og de sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen, der har EPJ i drift i fuld skala (medicinmodulet undtaget).

---

<sup>2</sup> Man er dog i foråret 2005 så småt ved at gå over til bærbare pc'ere, der er indkøbt, men endnu ikke taget i brug i større omfang.

<sup>3</sup> For en mere omfattende redegørelse for den generelle EPJ-udvikling og status i det danske sygehusvæsen henviser jeg til EPJ-Observatoriets årlige statusrapporter.

## Afhandlingens struktur og nogle indledende refleksioner

Min afhandling vil efter indledningen, problemdiskussionen og problemformuleringen i nærværende kapitel 1 bestå af følgende kapitler:

I kapitel 2 redegør jeg for mine undersøgelsesmetodiske og erkendelsesmæssige refleksioner. Kapitlet vil indeholde nogle refleksioner i forhold til mit valg af problemformulering, teori og analysestrategisk perspektiv, samt i forhold til mit valg af empiri. Derudover vil jeg reflektere over implikationerne ved min empiriske dataindsamlingsmetode, den standardiserede og tematiserede interviewguide, og implikationerne i relation til sammensætningen af og størrelsen på min respondentgruppe i de interviews, jeg har foretaget af ledere, læger og sygeplejersker i Børneafdelingen. I forbindelse hermed vil jeg redegøre for de erkendelsesmæssige problemstillinger i forhold til min position som iagttager af mine respondenters iagttagelser af det iagttagede, hvor jeg qua forsker kommer til at indtage positionen som anden ordens iagttager. Refleksioner, hvorigennem jeg forholder mig til det grundlæggende spørgsmål, jeg som forsker bør forholde mig til, nemlig hvilket grundlag min vidensproduktion hviler på, og dermed hvilken sandhedsværdi eller erkendelsesmæssig udsigelseskraft min undersøgelse har. Sandhedsværdien og den erkendelsesmæssige udsigelseskraft må igen hvile på nogle præmisser – eller overbevisninger – omkring, hvilke krav der med rimelighed bør stilles til vidensproduktionen, og dermed hvad succeskriterierne for vidensproduktionen skal være. Det er de præmisser og succeskriterier, jeg diskuterer i kapitlet, dels ud fra Michel Foucaults diskursanalyseterminologi, bestående af de tre begreber udsagn, diskurs og diskursformationer, dels ud fra Niklas Luhmanns begreb om anden ordens iagttagelser, som begrebet præsenteres i Niels Åkerstrøm Andersens bog *Diskursive analysestrategier* (1999). Diagnostikeren bliver det billede, der kan illustrere min overordnede erkendelsesteoretiske og analysestrategiske ambition i afhandlingen.

I kapitel 3 vil jeg foretage en diskursanalyse af EPJ for herigennem at analysere betydningen og indholdet af de mange forventninger, der er til EPJ fra sundhedspolitisk hold og fra de centrale sundhedsmyndigheders side. Min diskursanalyse er modificeret i den forstand, at jeg har afgrænset den til udsagn, der er kommet til udtryk i de to versioner af den nationale strategi for IT i sygehusvæsenet, og til udsagn, som de er formuleret i diverse statusrapporter fra EPJ-Observatoriet. Diskursanalysen skal hjælpe mig til at forstå den sprogbrug omkring EPJ, som ledere og medarbejdere i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital benytter i deres omtale af EPJ. I kapitel 3 vil jeg spore de problematikker, selvfølgeligheder og mulige handlerum med EPJ, som de centrale sundhedsmyndigheder og EPJ-Observatoriet italesætter med EPJ. Essensen i kapitlet er, at de centrale sundhedsmyndigheder gennem italesættelse af en diskursiv ramme for EPJ sammenstillende EPJ som teknologi med tværfaglighed som program. Med kapitel 3 vil jeg illustrere, at det er de centrale sundhedsmyndigheder, der er med til at skabe diskursen med EPJ som anledning til tværfagligt samarbejde forstået som tværfaglig dokumentation i patientjournalen. Herunder at de centrale sundhedsmyndigheder har forestillinger om EPJ som anledning til faglig-, økonomisk- og kommunikativ bæredygtighed. Kort sagt kapitlets bidrag er at tegne et billede af de centrale sundhedsmyndigheders og sygehusejernes forventninger til EPJ i form af visioner og målsætninger.

I kapitel 4 redegør jeg for min teknologiforståelse, der er inspireret af Michel Foucault, ved at redegøre for sammenhængen imellem dispositiver, teknologier og teknikker, og hvor jeg

redegør for sammenhængen mellem dispositiver, teknologier og social praksis. Jeg hævder, at teknologier er selvfølgeliggjorte handlemåder, der spiller med og mod regimerne/dispositiverne. Og jeg hævder videre, at denne sammenhæng kun kan studeres i praksis, hvilket jeg gør i min empiriske analyse i kapitlerne 5 og 6. Derudover vil kapitlet indeholde en historisk perspektivering af patientjournalen som teknologi, for herigennem at blive klogere på den rationalitet, formålet med patientjournalen baserer sig på, og dermed på den rationalitet, der har virket bestemmende på indholdet og strukturen af patientjournalen i dag. I forlængelse heraf foretager jeg en teknologianalyse af patientjournalen, hvor jeg påstår, at EPJ som teknologi er en grundlæggende teknologi i sygehusvæsenet. Derudover påstår jeg, at EPJ som teknologi er en konfiguration af dispositiver, der tilsammen er et udtryk for den rationalitet, som den lægevidenskabelige viden baserer sig på. Min pointe er, at teknologi ikke er ”uskyldig”, og at patientjournalteknologien er ”skyldig” ved, at den er udtryk for en lægelig rationalitet. På den baggrund vil jeg i min empiriske analyse rette mit blik imod patientjournalen som beslutningsstøtteteknologi og som kommunikationsteknologi, hvor en konklusion på kapitlet bliver, at teknologi er stærk i forhold til at arrangere det sociale handlerum. Patientjournalen gør noget ved virkeligheden. EPJ er en teknologi, hvor tværfaglighed som program kommer i spil i det sociale handlerum.

I kapitel 5 foretager jeg en diskursanalyse af udsagnene fra ledere, læger og sygeplejersker i Børneafdelingen, hvor jeg på baggrund af resultaterne fra min diskursanalyse af EPJ i kapitel 3 og resultaterne fra min teknologianalyse i kapitel 4 har valgt et blik på EPJ, hvor jeg vil spore, hvordan EPJ påvirker lægernes beslutninger, og hvordan EPJ påvirker kommunikationen mellem lægerne og sygeplejerskerne i Børneafdelingen. Det vil jeg gøre ud fra forskellige udvalgte talepositioner i form af kravspecifikation til EPJ, ledere, læger og sygeplejersker i afdelingen. Talepositionernes udsagn har jeg valgt at strukturere ud fra, hvordan talepositionerne (respondenterne i mine interviews) har talt om EPJ. Med andre ord er det EPJ, der har været bestemmende for samtalelogikken i analysen ved at have ordnet måden at tale om EPJ på, hvor omdrejningspunkterne i min empiriske analyse er før stuegang, under stuegang og efter stuegang.

I kapitel 6 vil jeg iagttage, hvad der bliver af tværfagligheden som program med EPJ som teknologi. Motivationen herfor er selvsagt afhandlingens problemformulering og opsamlingen fra kapitel 3, hvor de centrale sundhedsmyndigheder har forestillinger om EPJ som teknologi sammen med EPJ som program. De centrale sundhedsmyndigheder har forestillinger om EPJ som anledning til tværfagligt samarbejde, hvor formålet med kapitel 6 er at iagttage lederens, lægernes og sygeplejerskernes forestillinger om samspillet imellem EPJ som teknologi og tværfagligt samarbejde som program. Jeg iagttager og sporer, hvordan ledelsen indholdsbestemmer tværfaglighedsambitionen i afdelingen, samtidig med at jeg iagttager og sporer, hvordan lægerne og sygeplejerskerne reagerer på ledelsens tværfaglighedsambition.

I kapitel 7 med overskriften ”EPJ – et styringsregime” vil jeg redegøre for, hvad der har været vigtigt i denne undersøgelse. Jeg vil reflektere over EPJ som anledning til tværfaglighed i en teoretisk indramning, der handler om magt i forholdet mellem handling og styring. Det betyder, at jeg vil redegøre for, hvad forholdet er mellem handling og styring, hvor jeg derfor genoptager Foucaults magtanalytik fra problemdiskussionen med de to perspektiver på magt. Magt som handling (handlingsmagt) og magt som styring (styringsmagt). Jeg vil redegøre for styringsmagtens afhængighed af handlemagten i en analyse af de foregående kapitlers empiriske fortælling i Børneafdelingen. Et centralt tema

i kapitlet er mine refleksioner over, hvad forholdet er mellem teknologi (veridiction) og handling (conduct) versus forholdet mellem program (jurisdiction) og handling (conduct). Med andre ord mine refleksioner omkring EPJ-teknologiens effekter på forestillingen om handleprogrammer i forhold til tværfaglighedsprogrammets effekter på forestillingen om handling.

## Kapitel 2

### Undersøgelsesmetode og erkendelsesteoretisk ståsted

I min afhandling foretager jeg en modificeret diskursanalyse, en teknologianalyse og en magtanalyse af EPJ som teknologi og tværfaglighed som program. Jeg vil iagttage, hvilket handlerum EPJ-diskursen udstikker, og jeg vil iagttage, hvorledes dette handlerum er transformeret til et ledelsesregime i diskursen i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital. Jeg analyserer EPJ's konstitutive karakter, hvor en diskurs er en bestemt måde at tale om og forstå virkeligheden på, hvorfor jeg benytter mig af diskursanalysen i kapitel 3 for at iagttage, hvilke forestillinger om EPJ de centrale sundhedsmyndigheder giver udtryk for i de nationale strategier for IT i sygehusvæsenet. Og i kapitlerne 5 og 6 benytter jeg mig af diskursanalysen for at iagttage, i hvilket omfang ledernes og medarbejdernes udsagn i forbindelse med EPJ-teknologien og tværfagligheden som program er italesat efter bestemte mønstre. I min tilgang til diskursanalysen har jeg ladet mig inspirere af Niels Åkerstrøm Andersens anvendelse af begrebet diskursiv analysestrategi, hvor den analysestrategiske udfordring, jeg står over for som iagttager, er, at jeg gennem "iagttagelse af iagttagere" (mine respondenter), de såkaldte anden ordens iagttagelser, står over for at skulle definere klare og observerbare kriterier for, hvornår "noget" er blevet til en "selvfølgelighed" (jf. mere uddybende senere i kapitlet).

Jeg står som samfundsforsker i undersøgelsen af sociale systemer altid over for den videnskabsteoretiske problemstilling at redegøre for, på hvilket grundlag min vidensproduktion og erkendelse har fundet sted. Et centralt spørgsmål i denne forbindelse er, om det som forsker fra et "privilegeret iagttagelsespunkt" uden for det sociale system er muligt at erkende den virkelighed "derinde", hvilket indebærer en virkelighedsopfattelse, der ontologisk bekender sig til værdifrie essenser og universalier i det sociale system, som kan studeres og sammenlignes, og som udgør en virkelighed, man ikke nødvendigvis vil være en del af. Eller om det vil være en umulighed med et privilegeret udenforstående iagttagelsespunkt inden for human- og samfundsvidenskaberne, netop fordi det er mennesker, og menneskelige relationer, forståelser, selvforståelser og tolkninger, og dermed værdier, man beskæftiger sig med som samfundsforsker, og som man kun vil få adgang til gennem udsagn eller artikulationer i skrift og tale, gennem diskurser.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Selvom jeg ikke, i modsætning til Bent Flyvbjerg, har nogen ontologiske erkendelsesmæssige interesser i form af en søgen efter essenser og universalier, har jeg alligevel valgt at perspektivere min diskursive analysestrategi i forhold til Flyvbjergs refleksioner om det partikulære og i forhold til hans inspiration fra Aristoteles' phronesis-begreb, som det kommer til udtryk i Flyvbjergs bog *Rationalitet og magt - det konkrete videnskab*, fordi han heri redegør for sin meget potente pointe med, at et stort ansvar for samfundsforskeren er at udvise åbenhed og ærlighed omkring sine forskningsresultater, netop fordi disse, da man har med mennesker og fortolkninger at gøre, altid vil være baseret på værdier, og samfundsforskning derfor aldrig vil kunne være værdifri. Flyvbjerg lader sig derfor også inspirere af Aristoteles' phronesis-begreb i udviklingen af sit progressiv-phronesisbegreb, der vel bedst oversættes med "almindelig sund fornuft", "common sense" eller rationel handlen i en given kontekst, i bestræbelserne på at analysere detaljen, i form af de specifikke værdier, i det partikulære og kontekstafhængige. Det er det samme ærinde, jeg har i min undersøgelse, og for øvrigt den samme gennemgående ambition, der synes at gå igennem alle Foucaults værker, hvor han som samfundsdiagnostiker så det som sin fornemmeste opgave gennem henholdsvis sine genealogiske og arkæologiske analyser at deontologisere essenser ved at påvise, at ingenting har en essens, men netop er baseret på givne værdier og rationaler, der igen er socialt konstrueret i tid og rum. Endelig har Flyvbjerg, som titlen på bogen også antyder, nogle refleksioner, der knytter sig meget eksplicit til samfundsforskning på baggrund af det partikulære eller på én enkelt undersøgelse. Disse refleksioner har jeg haft glæde af i min undersøgelse, der tillige baserer sig på det partikulære.



Skal kravene til data være ontologisk baserede, så at data bør være sande i forhold til et sandhedsbegreb, der baserer sig på objektiv og værdifri viden, ud fra en forestilling om, at kun på den måde vil jeg kunne sammenligne forskellige undersøgelsesresultater ud fra det såkaldte generaliserbarhedsprincip? (Sådanne krav til vidensproduktioner møder man inden for den traditionelle naturvidenskab og i samfundsvidenskaberne inden for den positivistiske tradition). Eller skal kravene til data være epistemologisk baserede ud fra en overbevisning om, at det som forsker aldrig vil være muligt, og derfor heller ikke særlig efterstræbelsesværdigt, at erhverve sig et privilegeret iagttagelsespunkt, hvor jeg ikke påvirker og påvirkes af det sociale system, jeg undersøger? Denne forestilling indebærer, at jeg må opgive tanken om objektivitet og værdifrihed som en nødvendighed for at producere sand viden. Sandhedsbegrebet må da hvile på nogle andre præmisser, som har en epistemologisk erkendelsesinteresse, hvor jeg snarere end at studere essenser og universalier har den opfattelse, at alle sociale systemer er socialt konstruerede, og hvor min opgave qua samfundsforsker er at analysere systemernes konstitutive karakter, hvorledes sandhed skabes. Disse sandheder vil i høj grad vil være præget af forskellige interesser og værdier, og dermed også af forskellige magtspil, der styres af mangeartede strategier og taktikker, som konstituerer eller producerer relationerne imellem de sociale systemers enkelte subjekter og objekter, og dermed også konstituerer de enkelte subjekter og objekter isoleret set. Sandhedsbegrebet hviler her på nogle helt andre erkendelsesmæssige præmisser omkring åbenhed og ærlighed i forhold til, hvordan man som samfundsforsker indgår i disse magtspil, netop fordi der ikke er noget privilegeret iagttagelsespunkt, og man ved at indgå i de sociale systemer automatisk vil være med til at skabe forandringer i form af ny erkendelse og nye meningssammenhænge. Med epistemologisk baserede krav til data er succeskriteriet, at erkendelsen giver mening og dermed vil kunne bruges til noget.

I min teknologianalyse i kapitel 4 redegør jeg for Foucaults dispositivbegreb, der med mit fokus på tilblivelse gennem forandring vil udgøre den teoretiske ramme for min teknologianalyse af patientjournalen, hvor jeg gennem en diakron og en synkron analyse vil fokusere på patientjournalens indhold og funktion og på nye måder at organisere arbejdet på med indførelsen af den nye journalteknologi. En tilgang, der bygger på den opfattelse, at historien og dermed også studiet af nye teknikker inden for (journal)teknologihistorien kan forstås som en række dispositive eller teknologier, og samtiden begribes som samspillet imellem dispositive eller teknologierne. Sverre Raffensøe (2002) definerer med udgangspunkt i et Foucault-citat dispositive:<sup>5</sup>

*”(dispositivet) som et heterogent begreb, en anordning, der inkluderer forskellige fænomener som ’diskurser, institutioner, arkitektoniske arrangementer, forordninger, love, administrative tiltag, videnskabelige udsagn, filosofiske forslag, moralitet filantropi etc.’”*

Foucault fokuserede især på tre dispositive, loven, disciplinen og det sikkerhedsskabende dispositive, der alle kan betragtes som sociale teknologier, da de alle er medier, der behandler en omverden, og fordi de i deres måde at adskille teknologi og omverden på organiserer den menneskelige socialitet og det menneskelige samliv og samkvem på en bestemt måde.

---

<sup>5</sup> Dreyfus & Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press 1982, s. 120.

Nedenfor redegør jeg for de metodiske valg, jeg har truffet i forhold til min afhandlings fire grundelementer, og den gensidige kobling mellem de fire elementer. De tre af grundelementerne er problemformuleringen, teorien og empirien, der kommer til at udgøre præmisserne for det fjerde grundelement: afhandlingens konklusioner. I sidste del af kapitlet vender jeg mere uddybende tilbage til mine erkendelsesteoretiske overvejelser.

## **Metodiske overvejelser omkring mit valg af problemformulering, empiri, teori og konklusion**

Jeg har valgt at analysere afhandlingens problemstilling, hvad samspillet er mellem EPJ som teknologisk forandring og tværfaglighed som styringsprogram på en hospitalsafdeling, med udgangspunkt i den konkrete ledelsesmæssige og organisatoriske kontekst Børneafdelingen på Hvidovre Hospital. Dette valg er truffet på baggrund af især to forhold, 1) at ledere og medarbejdere i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital har været meget visionære omkring udvikling og implementering af en EPJ i afdelingen, hvor man således siden midten af 1990'erne har kørt et EPJ-udviklings- og implementeringsprojekt. I dag indgår EPJ i den daglige drift i Børneafdelingen, hvor man i modsætning til de fleste andre afdelinger har et fuldt udviklet EPJ-system, medicinmodulet undtaget. Min antagelse er derfor, at de erfaringer, man har gjort sig i Børneafdelingen i forhold til ledelsesmæssige og organisatoriske udfordringer i forbindelse med implementering af en EPJ, vil være erfaringer, andre med interesse for afhandlingens problemstilling – og især andre afdelingsledelser, der i de kommende år vil stå over for tilsvarende udfordringer – vil kunne drage nytte af. Jeg er af den opfattelse, at selvom det specifikke EPJ-system, der i dag er implementeret i Børneafdelingen for længst er teknisk forældet, og derfor ikke vil være det system, kommende afdelinger kommer til at stå over for at skulle implementere, vil der alligevel være nogle ledelsesstrategiske og organisatoriske udfordringer, der vil være de samme, netop fordi EPJ som teknologi, og det uanset om det er en 1. generations, 2. eller 3. generations EPJ, er en teknologi, der ledelsesstrategisk vil kunne benyttes som katalysator for at tilrettelægge arbejdsgangene og opgavefordelingerne mere hensigtsmæssigt i patientforløbet.

2) at jeg er ansat som konsulent på Hvidovre Hospital i hospitalets Uddannelsesafdeling. Det har betydet, at jeg har haft særdeles god adgang til diverse dokumenter omkring udviklingen og implementeringen af EPJ i afdelingen, men også en særdeles god mulighed for at foretage diverse interviews af ledere og medarbejdere for på den måde at kunne afdække diskursen omkring patientjournalen i Børneafdelingen. Min opfattelse har været, at der hurtigt er blevet skabt en åben, tillidsfuld og dermed ærlig relation i forbindelse med afviklingen af de forskellige interviews, fordi jeg har været ansat som udviklingskonsulent på hospitalet. Jeg har foretaget 19 interviews for at tilføre min analyse nogle empiriske data, der er baseret på selvrapporteringer fra enkelte udvalgte involverede aktører. Denne fremgangsmåde efterlader mig dog stadig ved de metodiske problemstillinger, der knytter sig til, at min analyse vil være baseret på anden ordens iagttagelser (jf. senere i kapitlet omkring anden ordens iagttagelser).<sup>6</sup> Med andre ord har det været mit indtryk, at jeg hurtigt har fået etableret nogle gode sociale relationer til ledelsen i Børneafdelingen, og siden til de udvalgte respondenter, hvilket igen har givet mig det indtryk, at jeg hurtigt har opnået accept af min person som interviewer, og at jeg derfor har haft muligheden for at indsamle

---

<sup>6</sup> For en mere uddybende diskussion henvises til Ib Andersen (red.): *Valg af organisations sociologiske metoder – et kombinationsperspektiv*, Samfundslitteratur 1990, s. 24-25.

anvendelige data gennem mine interviews. Derudover har det været mit indtryk, at jeg som forsker og analytiker igennem hele projektforsløbet med min afhandling har haft muligheden for at bevare min autonomi i forhold til forskellige faggruppers og ledelsesniveaues potentielt forskellige interesser med EPJ-implementeringen. Et forhold, der har vital betydning, når man som jeg har benyttet sig af kvalitative data.

Selvom jeg ”kun” analyserer EPJ i en enkelt afdeling, mener jeg dog godt, at jeg på baggrund af mine undersøgelsesresultater kan sandsynliggøre mønstre i ledere og de sundhedsprofessionelles udsagn omkring samspillet mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program, fordi der er tale om et samspil, der knytter sig til patientjournalteknologien og derfor principielt er en egenskab, der gør sig gældende, hvad enten det er inden for samme afdeling eller imellem flere afdelinger (hvor problemet med tilgængeligheden med papirjournalen historisk har været størst ved patientens færden imellem forskellige afdelinger). Med andre ord mener jeg, at det i relation til min problemformulering, hvor jeg vil belyse, hvad samspillet er imellem EPJ som teknologisk forandring og tværfaglighed som styringsprogram på en hospitalsafdeling, er tilstrækkeligt ”kun” at analysere EPJ på en enkelt afdeling. Det giver mig tillige den fordel, at jeg har mulighed for at komme relativt mere i dybden med afgrænsede ledelsesstrategiske og organisatoriske fænomener i et specifikt socialt felt, end hvis jeg havde behandlet EPJ på flere afdelinger. Det er en præmis og et vilkår, at man som ph.d.-studerende må foretage væsentlige afgrænsninger, også i forhold til det sociale felt, der er betinget af både tidsmæssige og økonomiske ressourcer, og i mit tilfælde tillige af ovenstående helt praktiske grund, at Børneafdelingen er eneste afdeling på Hvidovre Hospital med en EPJ.

Inden for videnskabelig produktion, såvel inden for samfundsvidenskaberne som naturvidenskaberne, har det længe været en klassisk diskussion i forbindelse med empirisk dataindsamling, ”hvornår nok er nok”. Det er et spørgsmål, der knytter sig til karakteren af ens empiriske observationer, om de er mængdebestemte, og dermed kvantitative, eller om de er artsbestemte, og dermed kvalitative. I min analyse, hvor jeg analyserer ét specifikt socialt rum ud fra en række dokumenter og 19 interviews, vil karakteren af mine empiriske data være artsbestemte, og jeg foretager induktive slutninger, hvor jeg forsøger at sandsynliggøre eller udlede ikke så meget generelle lovmæssigheder som en øget forståelse for empiriske fænomener i forbindelse med implementering af EPJ på en hospitalsafdeling på baggrund af enkelte hændelser i form af de respektive respondenters svar og udsagnene fra teksterne i de forskellige dokumenter. Det empiriske fænomen, jeg undersøger, er ledere og medarbejderes udsagn omkring den gensidige interaktion mellem EPJ og tværfaglighed på en hospitalsafdeling. Men selv om min primære ambition er at få en øget forståelse for empiriske fænomener i forbindelse med implementeringen af EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, er jeg alligevel af den overbevisning, at jeg på baggrund af min analyse vil kunne sandsynliggøre, at en række af de empiriske fund, jeg gør mig gennem en induktiv slutning, vil kunne fremføres som brugbare og af relevans på et mere generelt plan. Den argumentation bygger jeg på, at hospitalsafdelinger – på trods af deres forskellige specialer og på trods af et ofte hørt argument i de enkelte afdelinger, at respektive afdelinger er meget forskellige – på en lang række ledelsesstrategiske og organisatoriske områder har flere lighedspunkter end forskelligheder. Det er stort set de samme faggrupper, der er repræsenteret på de forskellige afdelinger, i hvert fald lægerne og sygeplejerskerne, afdelingerne skal alle uanset speciale forholde sig til den overordnede målsætning i sundhedsvæsenet om et kvalitativt og sammenhængende patientforløb med patienten i centrum, og endelig står de forskellige afdelinger og specialer over for samme

udfordring med at skulle foretage ledelsesstrategiske beslutninger i forhold til forandringen af patientjournalteknologien fra papirjournal til EPJ.

På den baggrund er det min ambition med designet af min analysestrategi at få en øget forståelse for specifikke og unikke empiriske fænomener og begreber i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, som efter min mening kan generaliseres eller bredes ud til at være alment gældende inden for sygehusvæsenet. Det er dog klart, at specifikke lokale forhold kan gøre sig gældende på enkelte afdelinger og inden for specifikke specialer, hvor man derfor må forholde sig på en specifik måde i forhold til bestemte fænomener i forbindelse med implementering af EPJ. Kort sagt mener jeg, at virkeligheden er for kompleks til at det uden videre er forsvarligt eller meningsfuldt at reducere den til et afgrænsende sæt af årsags-virkningssammenhænge inden for givne empiriske fænomener, her implementeringen af EPJ på en hospitalsafdeling. Der er simpelthen for mange individuelle motiver, anskuelser og meningssammenhænge, der kan gøre sig gældende, men igen – når det er sagt – synes der, som jeg ovenfor har argumenteret for, alligevel at være en række empiriske relationer og sammenhænge, som det kan sandsynliggøres er alment gældende på en hospitalsafdeling.

I forhold til min dataindsamling har jeg valgt at foretage den afgrænsning, at jeg i mine 19 interviews i Børneafdelingen kun har interviewet ledere, læger og sygeplejersker. Jeg har afgrænset mig til de 19 interviews, fordi jeg på baggrund af de gennemførte interviews har vurderet, at der har tegnet sig nogle klare mønstre i forhold til min problemformulering, og frem for at indsamle en uoverskuelig mængde data har jeg prioriteret at nå relativt længere i dybden på et afgrænset område. Hvad angår problemformuleringen, har jeg valgt at afgrænse mig til at se på de ledelsesstrategiske udfordringer i forhold til tilrettelæggelsen af lægers og sygeplejerskers arbejdspraksis ud fra det væsentlige argument, at læger og sygeplejersker historisk set har været og stadig er de to dominerende faggrupper på et hospital. Men min afgrænsning er foretaget i al respekt for det arbejde, der udføres af de mange andre faggrupper på et hospital, terapeuter, biokemikere, jordemødre, skolelærere, psykologer, socialrådgivere m.fl.

Opsummerende har forskningsprocessen, der har ligget til grund for udarbejdelsen af min afhandling, bestået af en række valg, jeg har måttet træffe. En væsentlig forudsætning har været min ansættelse i Uddannelsesafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor den nuværende lægelige direktør på selv samme hospital var opdragsgiver til mit projekt. Et stort ønske fra vores side allerede ved indleveringen af min projektansøgning har været at analysere, hvad spillet er mellem EPJ som teknologisk forandring og tværfaglighed som styringsprogram for dermed igen at analysere, hvilke ledelsesstrategiske og organisatoriske udfordringer og muligheder, der ligger i forhold til organiseringen af arbejdsgange og opgavefordelinger med henblik på at tilrettelægge et hensigtsmæssigt tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker til gavn for et sammenhængende patientforløb med patienten i centrum baseret på høj kvalitet og effektivitet. Den målsætning har ligget til grund for projektet, og har tillige været det grundlag, projektansøgningen siden er blevet finansieret på af H:S og CBS, hvorfor den ikke har kunnet fraviges. Problemformuleringen i min afhandling har således været af empirisk karakter. På grund af problemets karakter og mit ansættelsesforhold, som har skaffet mig adgang til at indsamle empiriske data baseret på åbenhed og tillid, har jeg valgt en induktiv undersøgelsesmetode, hvor jeg med de forbehold, det altid er nødvendigt at tage i den type af lokalt baserede undersøgelser, med min analyse alligevel vil forsøge at udlede nogle erfaringer fra den unikke og lokale kontekst til ”generelle lovmæssigheder”. Afgrænsningerne i min afhandling er foretaget

med afsæt i målsætningen med min undersøgelse, men fordi patientjournalen, herunder EPJ, er så vigtigt et medie i forbindelse med den kliniske praksis i patientforløbene og derfor har vidt forgrenede ledelsesstrategiske og organisatoriske implikationer, har jeg – primært af tidsmæssige og økonomiske årsager – måttet afgrænse mig til ”kun” at forholde mig til, hvilke implikationer implementeringen af EPJ har i forhold til konstitueringen af læger og sygeplejersker og disse faggruppers arbejdsgange og opgavefordelinger, og deraf afledte identitetsdannelser og selvforståelser.

Min rolle i forskningsprocessen har igennem mine anden ordens iagttagelser været observatørens, hvor jeg ikke på nogen måde har påvirket selve implementeringsprocessen i Børneafdelingen, da EPJ allerede var implementeret på det tidspunkt, hvor jeg i efteråret 2003 foretog mine interviews af ledere og medarbejdere i afdelingen. Jeg har valgt at designe min empiriske dataindsamling ud fra en kombination af to teknikker, en dokumentanalyse og interviews, fordi jeg har været interesseret i at afdække diskursen omkring EPJ i afdelingen, som den kommer til udtryk gennem det talte sprog i mine interviews og gennem det skrevne sprog i min analyse af diverse strategier, politikker og arbejdsgangsanalyser i forbindelse med udarbejdelse af kravspecifikation til EPJ. Hvad angår min fremstillingsform i forhold til mine respondenters svar, så er de gengivet således, at respondenterne alene er repræsenteret ved deres faggruppebetegnelse og deres titel, eksempelvis ”afdelingslægen giver udtryk for ...” Jeg er mig dog bevidst, at eftersom det sociale felt er så relativt afgrænset, vil det være muligt for folk med et godt kendskab til Børneafdelingen på Hvidovre Hospital at danne sig et indtryk af, hvem den pågældende respondent måtte være. Men da jeg ikke har skønnet, at de svar, jeg gengiver i afhandlingen, har været kontroversielle, mener jeg, at det har været etisk forsvarligt at gengive svarene, som jeg har gjort.

Min udvælgelse af respondenter i min interviewundersøgelse er i første omgang afledt af min afgrænsning af det sociale felt til Børneafdelingen på Hvidovre Hospital. Således har jeg udvalgt 19 respondenter, der har bestået af afdelingsledelsen i Børneafdelingen, den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske, derudover har jeg interviewet tre læger og to sygeplejersker på områdelederniveau (organisatoriske mellemledere), dvs. de specialeansvarlige overlæger fra Børneafdelingens tre områder, neonatalafdelingen, sengeafsnittene på afdeling 415 og børneambulatoriet, samt to afdelingssygeplejersker fra henholdsvis børneambulatoriet og sengeafsnittene på afdeling 415. Desuden har jeg interviewet seks menige sygeplejersker fra sengeafdeling 415 samt fire menige læger (to førstereservelæger og to reservelæger) og endelig de to EPJ-projektledere, én overlæge og én klinisk forskningssygeplejerske. Udvælgelsen af de respektive respondenter og sammensætningen af selv samme i min samlede respondentportefølje er begrundet ud fra ønsket om at få repræsentanter fra lægerne og sygeplejerskerne, der er de to faggrupper, der i dag gør flest notater omkring patienten i patientjournalen. Samtidig har jeg sammensat respondentporteføljen på en måde, så jeg mener de forskellige ledelsesniveauer inden for de to faggrupper – og inden for Børneafdelingen – er repræsenteret i min undersøgelse. Jeg har med min udvælgelse af min respondentgruppe haft et ønske om at have de umiddelbart mest relevante roller og positioner repræsenteret, samtidig med at jeg har ønsket at sikre en vis bredde i min respondentgruppe inden for de respektive roller og positioner, den bestemte faggruppe på det bestemte ledelsesniveau i afdelingen, hvorfor jeg har interviewet flere menige sygeplejersker og læger, flere lægelige områdeledere, begge afdelingslederne og endelig begge projektledere. Jeg kunne have valgt at interviewe endnu flere menige medarbejdere i Børneafdelingen, men det har jeg valgt ikke at gøre ud fra tre argumenter.

For det første synes jeg, at der med det nuværende respondentunderlag har tegnet sig nogle tydelige og stabile mønstre i respondenternes svar. Jeg mener med andre ord, at jeg i min undersøgelses initierende fase gennem mine interviews har fået skabt en god indsigt i det sociale rum og i praksis omkring dokumentation i patientjournalen i Børneafdelingen.

For det andet har jeg haft adgang til en omfattende og systematisk dokumentportefølje i forhold til EPJ-projektet i Børneafdelingen og i forhold til strategier og politikker på Hvidovre Hospital i øvrigt. Mere konkret har jeg haft glæde af dokumenter lige fra den systematiske arbejdsgangsanalyse udarbejdet i en stor rapport i forbindelse med kravspecifikationen til EPJ-systemet, en systematisk evalueringsrapport udarbejdet af de to EPJ-projektledere i Børneafdelingen, til diverse EPJ-projektdokumenter i Børneafdelingen, IT-strategier, såvel nationale som inden for H:S og Hvidovre Hospital, og endelig EPJ-Observatoriets statusrapporter, for blot at nævne nogle meget relevante dokumenter, som jeg har benyttet mig af i min datagenereringsstrategi. De nævnte dokumenter har inspireret mig til ikke at udarbejde min omfattende interviewguide som åben og eksplorativ, netop fordi jeg på tidspunktet før udarbejdelsen havde haft adgang til de mange dokumenter, hvor der i forhold til min problemstilling syntes at være mønstre i data, der gjorde det relevant for mig at udfærdige en standardiseret spørgeguide med åbne svarmuligheder inden for fire temaer: omgivelser, afdelingskultur, forandringer med EPJ og endelig en belysning af fænomenet og begrebet ledelse. De fire temaer har afstedkommet mange spændende udsagn fra ledere og medarbejdere omkring de ledelsesmæssige udfordringer i forhold til at styre samspillet mellem EPJ som teknologisk forandring og tværfagligheden i afdelingen. Desuden har jeg allerede i de indledende faser af mit projekt, også i forbindelse med udarbejdelsen af min projektansøgning, været ”farvet” af, at jeg har været ansat i Uddannelsesafdelingen på Hvidovre Hospital siden 1998, hvorfor jeg mener at have udviklet et vist kendskab til centrale problematikker i den sundhedspolitiske debat, og således også i forhold til centrale ledelsesstrategiske og organisatoriske problemstillinger i forhold til EPJ-udvikling og EPJ-implementering på en hospitalsafdeling. Jeg havde bl.a. på tidspunktet umiddelbart før min projektansøgning deltaget som uddannelseskonsulent i forbindelse med udarbejdelse af kravspecifikationer til EPJ-pilotdrift på tre afdelinger på Hvidovre Hospital: Ortopædkirurgisk Afdeling, Infektionsmedicinsk Afdeling og Psykiatrisk Afdeling. I forbindelse med dette projektarbejde var projektdeltagerne blandt andet på et kursus i ”projektledelse af softwareprojekter” på Teknologisk Institut.

For det tredje har jeg måttet være realistisk i forhold til mine tidsmæssige ressourcer. Knapheden herpå skal blandt andet ses i relation til, at arbejdet med min relativt omfattende interviewguide med i alt 55 spørgsmål inden for de fire temaer har været temmelig omfattende, da jeg for at kunne gengive respondenternes svar så nøjagtigt så muligt – og dermed gengive EPJ-diskursen i forhold til temaerne i interviewguiden så nøjagtigt som muligt – har valgt at transskribere hvert enkelt interview.

## **Mit erkendelsesteoretiske ståsted**

Mit erkendelsesteoretiske ståsted baserer sig på den overbevisning, at den empiriske viden, der ligger til grund for min undersøgelse, hviler på nogle forudsætninger om, at den kan være behæftet med fejl. Vil man så ikke kunne anklage mig for at være uvidenskabelig, da jeg ikke er i stand til at producere undersøgelsesresultater, der baserer sig på sikker og uafhængig viden? Mit svar vil være, at hvis der er én ting, vi kan være helt sikre på, så er

det, at meget af den viden, som vi i dag eller på et hvilket som helst tidspunkt i historien betragter som sikker viden, senere vil miste sin position som en ”selvfølgelighed” eller som suveræn og sikker viden – for i stedet at vise sig som uholdbar viden. Det er transformationerne af disse historisk betingede selvfølgeligheder og rationaliteter, Michel Foucault iagttager gennem sine diskurs- og dispositivanalyser. Min tilgang til Foucaults optik går gennem Niels Åkerstrøm Andersens diskursive analysestrategier og Sverre Raffensøes dispositivanalyse, der hver især og tilsammen udgør en potent læsning af Michel Foucaults diskursanalyse. Et centralt aspekt i de respektive tilgange til samfundsanalysen er at fokusere på tilblivelse gennem forandringer og på nedbrydning af givne selvfølgeligheder i organisationer og samfund gennem historien.

Hvor efterlader det mig så erkendelsesteoretisk? Forskellige videnskabelige skoler har gennem tiderne ført den klassiske videnskabsteoretiske diskussion om, hvilke krav der må stilles til en forskningsproces, for at man kan kalde den videnskabelig, og for at forskningsprocessen dermed kan producere sikker og sand viden. Polerne i diskussionen er måske trukket klarest op i diskussionen mellem på den ene side positivisterne, der mener, at videnskabelige produktioner ikke må indeholde normative elementer, dvs. være værdibaserede. Heroverfor står fortolkningsvidenskaben eller hermeneutikken og den kritiske teori, der ikke mener, at normative og værdibaserede elementer vil kunne undgås i samfundsvidenskabelige produktioner.<sup>7</sup> Jeg er af den overbevisning, at der må være et alternativt erkendelsesteoretisk ståsted. Søren Kjørup skitserer rammerne for et sådant alternativt ståsted, hvor han redegør for, at der synes at være to former for sikker viden om virkeligheden, nemlig for det første, at der er en række sandheder, der knytter sig til mig som erkendende individ.<sup>8</sup> Det er sandheder, det ikke vil være logisk meningsfuldt at modsige, da en modsigelse af sandhederne ville forudsætte selv samme sandheder. Det er sandheder, der knytter sig til, at vi er individer udstyret med hver sin krop og bevidsthed, med et sprog og en mulighed for erkendelse, og at vi hver især er i en kulturel og social relation med andre individer med potentielt samme erkendelsesmæssige forudsætninger. For det andet ved vi gennem vores empiriske viden, at alle de iagttagende og erkendende aktiviteter, vi foretager os som individer, potentielt kan være behæftet med en lang række fejl, som man inden for specielt den videnskabelige forskning må være sig bevidst og i sidste ende på bedst mulig måde må forsøge at kontrollere. Jeg opfatter erkendelse som afhængig af individers indgriben og dermed ikke som værende en ufejlbarlig proces. Dermed giver jeg samtidig udtryk for, at jeg aldrig vil være i stand til at producere sikker viden, da der bestemt ingen garanti er for, at min vidensproduktion ikke er påvirket eller ”farvet” af menneskelige faktorer som misforståelser, fejltolkninger, hukommelsessvigt m.m. Jeg mener snarere, der i et vist omfang er en sandsynlighed for, at sådanne fejlkilder vil påvirke min undersøgelse. Jeg har på bedst mulig vis forsøgt at kontrollere dem, og i hvert fald har det været min intention at være åben og ærlig omkring deres mulige eksistens. Jeg mener ikke, der kan være andre mulige standpunkter, da det positivistiske standpunkt i udgangspunktet stiller sig i en umulig situation ved at efterstræbe menneskelig erkendelse og viden, der ikke er påvirket af mennesket, hvorfor udgangspunktet i stedet må

---

<sup>7</sup> Heine Andersen (1990) behandler denne diskussion, som jeg i øvrigt har redegjort for i min kandidatafhandling *OperaNord på godt og ondt* (1996), cand.merc. – strategi, organisation og ledelse, Institut for Ledelse, Politik og Filosofi og Institut for Organisation og Arbejdssociologi, Handelshøjskolen i København.

<sup>8</sup> Søren Kjørup i afsnittet om den positivistiske glidebane, hvori han bl.a. redegør for, at det endda synes at være meningsløst at skelne imellem en ydre virkelighed og virkeligheden inden i os selv som iagttagere og erkendere af en ydre virkelighed, da vi selv som iagttagere og erkendere altid vil være en del af den virkelighed, vi iagttager og erkender. Søren Kjørup: *Forskning og samfund – en grundbog i videnskabsteori*. 1. udgave, 5. oplag, Gyldendal 1991.

være, at man i forhold til konkrete undersøgelser, herunder nærværende undersøgelse, angiver sin skepsis i forhold til givne resultater. Bevisbyrden i forhold til undersøgelsesresultaternes gyldighed flyttes hermed fra undersøgeren selv til skeptikeren. Og her er det værd at bemærke, at skeptikerens position i sit udgangspunkt ikke er stærkere end undersøgerens, men at det sagtens kan vise sig, at skeptikeren vil være i stand til at sandsynliggøre og dermed påvise en række fejl ved undersøgelsen, som det så må være undersøgerens opgave at få rettet. Hermed tager jeg ikke eksplicit stilling til, om det er muligt at opnå sikker viden, det eneste jeg har forsøgt at sandsynliggøre er, at det i hvert fald ikke er en logisk umulighed, samtidig med at jeg har sandsynliggjort en lang række fejlkilder, der, uanset om det er inden for natur-, human- eller samfundsvidenskaberne, kan vanskeliggøre erkendelsen af sikker og uafhængig viden.

## Anden ordens iagttagelser

Mit forskningsideal er at producere meningsfuld og brugbar viden samt at være åben og ærlig omkring præmisserne for min vidensproduktion. På baggrund af ovenstående præmisser må det derfor være vigtigt som forskningsideal, at jeg som samfundsforsker stiller høje krav til åbenheden og ærligheden omkring min konstruktion af proces, mine data og mine forskningsresultater, og at jeg redegør samvittighedsfuldt for metodologiske refleksioner bag undersøgelsen og dermed for, hvilke præmisser resultaterne hviler på. Hermed skabes det bedste grundlag for, at der ikke udledes fejlagtige konklusioner på baggrund af undersøgelsens resultater. Ud over åben- og ærligheden omkring, hvilke præmisser mine undersøgelsesresultater hviler på, mener jeg, at der må gøre sig et andet succeskriterium gældende for min undersøgelse, nemlig at analyseresultaterne synes at "give mening" for dermed efterfølgende "at være brugbare" for læseren af undersøgelsen og ikke mindst for de personer, undersøgelsen omhandler. Et mål for mig med min forskning er derfor at være interventionsorienteret – for dermed at være med til at præge den fremtidige debat omkring EPJ, den fremtidige EPJ-diskurs.<sup>9</sup>

Den gensidige erkendelse af og forståelse for hinandens forståelsesramme er særlig vigtig i relation til indsamling og bearbejdning af data, der gennem min analysestrategis anden ordens iagttagelser<sup>10</sup> og denne dobbelte hermeneutik analyseres og lægges til grund for

---

<sup>9</sup> I praksis er min initiale forståelse af det diskursive felt kommet til udtryk i min standardiserede og semi-strukturerede interviewguide, hvor det har været min hensigt så loyalt som muligt at lade respondenternes svar komme til udtryk, som de rent faktisk kom til udtryk i de interviews, jeg efterfølgende har transskriberet fra bånd til papir. Når jeg siger, at jeg har bestræbt mig på at være "så loyal som muligt", hænger det sammen med, at jeg udmærket er klar over, at det aldrig vil være muligt at være 100 % loyal i denne sammenhæng, fordi jeg som grundlag for min analyse har udvalgt svar, revet dem ud af deres oprindelige kontekst for at placere dem i en ny. Det er på denne baggrund man altid vil kunne kritisere en samfundsforsker for at være en strategisk spiller i et givent socialt system. Det eneste, jeg kan gøre, er at være så åben og ærlig omkring dette forhold som muligt.

<sup>10</sup> Anden ordens iagttagelser baserer sig i forhold til første ordens iagttagelser på en videnskabsteoretisk forskydning fra ontologi til epistemologi. Hvor man som forsker, der benytter sig af første ordens iagttagelser, spørger ontologisk til "hvad" eller til "det derude", spørger man som forsker, der benytter sig af anden ordens iagttagelser, tillige epistemologisk til, hvorfra man kigger på eller observerer "det derude". Overordnet kan man sige, at en ontologisk orienteret videnskabsteori gennem første ordens iagttagelser producerer en genstandens essens eller selvfølghed, hvor genstanden, man iagttager, bliver taget for givet, hvorimod en anden ordens iagttagelse spørger til "hvordan", altså til, under hvilke former og under hvilke betingelser, en bestemt selvfølghed, meningsfuldhed eller diskurs bliver til. Målet er at analysere selvfølghedernes konstitutive karakter og dermed at deontologisere selvfølghederne. For uddybning se Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999, s. 12-13.



undersøgelsesresultaterne. De selvfortolkninger, der kommer til udtryk i min undersøgelse, fortolkes gennem min forståelsesramme, da det er denne, jeg sanser, erkender og fortolker data igennem. Ved at betone min egen indflydelse på og påvirkning af forskningsprocessen bliver der skabt en tosidig relation eller gensidig påvirkning i forskningsprocessen. Samtidig opfylder jeg mine ambitioner om åbenhed og ærlighed i min forskning, da jeg ikke forsøger at tillægge min forskning en umulig objektivitet. Kort sagt mener jeg ikke, det vil være muligt for mig at sætte mig ud over min egen forståelsesramme på et givent tidspunkt.

Men jeg tager med min epistemologiske indgangsvinkel med min modificerede Foucault-inspirerede<sup>11</sup> diskursanalyse og med inspiration fra Niels Åkerstrøm Andersens analysestrategiske diskursanalyse og Sverre Raffnsøes historiske dipositivanalyse én gang for alle afstand fra forestillingen om, at det inden for human- og samfundsvidenskaberne er muligt, og derfor efterstræbelsesværdigt, at påvise essenser, hvorfor hele diskussionen om ”de rigtige” procedureregler og forbehold i forhold til at generere denne objektive, værdifrie og sande viden også ændrer karakter i min undersøgelse.<sup>12</sup> Foucault udtrykker det selv således:

*”Once one sees the pervasiveness, dispersion, intricacy, contingency, and layering of our social practices, one also sees that any attempt to sum up what is going on is bound to be a potentially dangerous distortion.”*<sup>13</sup>

Gennem min analysestrategi analyserer jeg med mine anden ordens iagttagelser tilblivelsen af selvfølgeligheder omkring EPJ, og dennes konstitutive karakter, netop i et forsøg på at problematisere og deontologisere selvfølgelighederne, ved at jeg gennem en kritisk stillingtagen og forholden mig til de givne selvfølgeligheder forhåbentlig kan være med til at nuancere disse og skabe nye selvfølgeligheder, eller ny mening omkring EPJ. Det betyder, at jeg i stedet for et ontologisk afsæt har valgt et epistemologiske afsæt med fokus på tilblivelse og forandring, hvilket imidlertid stiller mig over for en stor udfordring i forhold til at opstille nogle klare kriterier for, hvornår en forandring er en forandring i min diskursanalyse, og dermed for, hvornår en tilblivelse er en tilblivelse. Udfordringen er særlig stor, da jeg som diskursanalytiker altid vil kunne blive udsat for det argument, at enhver forandring eller tilblivelse, jeg beskriver, vil kunne fremlægges som værende min egen konstruktion som iagttager.<sup>14</sup>

---

<sup>11</sup> Foucaults styrke ligger i, at han knytter sine analysestrategier specifikt til givne forskningsspørgsmål og problematikker, hvorfor et centralt spørgsmål også bliver, om det er muligt at generalisere på baggrund af hans analyseresultater. Mere end teori er resultatet af Foucaults arbejder en række analysestrategier og analysestrategiske overvejelser omkring for eksempel periodiseringer, afgrænsninger af diskurser, arbejde med monumenter i stedet for dokumenter, og konstateringer af brud.

<sup>12</sup> Jeg betragter således ikke EPJ som et givent objekt eller en given essens, hvorfor jeg også fraskriver mig alle ambitioner om ontologisk at producere ”sand og sikker viden” om EPJ. En manglende ambition, der tillige betyder, at jeg ikke interesserer mig for ”de klassiske naturvidenskabelige” procedureregler og succeskriterier, med fokus på universalier og dermed krav om generaliserbar sand, sikker og objektiv viden, som følge af mange undersøgelser med tilfældigt udvalgte populationer med en hvis størrelse og signifikansniveau.

<sup>13</sup> Foucault i Dreyfus & Rabinows bog *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press 1982, s. xxvi citeres Foucault for at være frustreret over eksempelvis Heideggers forsøg på gennem fortolkninger at påvise essenser og generelle sammenhænge, blandt andet i Heideggers undersøgelse af teknologibegrebet.

<sup>14</sup> Det, jeg som samfundsforsker, der benytter mig af disse anden ordens iagttagelser, må være mig bevidst, er således, at mine skildringer af den praktiske rationalitet eller diskurserne i Børneafdelingen altid vil være ”farvet” af mine fortolkninger af givne udsagn, praksisser eller hændelser i det diskursive felt. Kritikere af

Fordi min analyse er baseret på anden ordens betragtninger, må analysen tage afsæt i en konstrueret forskel. En forskel, der efterfølgende gør det meningsgivende at tale om mig som iagttager og en iagttaget i form af en virkelighed, der træder frem på én bestemt konstrueret måde, ved at jeg iagttager og retter blikket mod den iagttagede på én bestemt måde. Min analysestrategi med afsæt i anden ordens iagttagelser bliver en analyse, hvor jeg som iagttager lader mine iagttagede skabe "virkeligheden". Mine anden ordens betragtninger, hvor jeg betragter "iagttagelser af iagttagelser som iagttagelser", betyder at jeg videnskabssteoretisk har et epistemologisk udgangspunkt for mine observationer. Jeg spørger mig selv, hvorfra jeg observerer, når jeg observerer. Det er altså ikke så meget en ontologisk orienteret videnskabssteori, jeg tager afsæt i, hvor der alene spørges til "det derude" som noget værende. Det, der interesserer mig, er en undersøgelse af tilblivelsesprocesserne bag "det derude", dvs. hvordan givne sociale fænomener opstår. Jeg tager dermed ikke stilling til, om det, jeg undersøger, rent faktisk eksisterer objektivt og sandfærdigt. Jeg konstaterer blot, hvordan de bestemte konstruktioner omkring givne sociale fænomener konstrueres af ledere og medarbejdere i Børneafdelingen. Der ligger hverken et sandheds- eller objektivitetskriterium som succeskriterium for min forskning, da min primære interesse er at spørge, ikke til "hvad", men til "hvordan", dvs. under hvilke former og betingelser givne meningssammenhænge eller diskurser er opstået i Børneafdelingen. Af samme grund har jeg valgt ikke at problematisere, hvilke metoderegler eller videnskabssteoretiske procedureregler der er nødvendige for, at man kan sige, at jeg har produceret "sand" og "objektiv" viden eller erkendelse. Det vil ikke være metodereglerne, der kommer til at afstikke rammerne for min erkendelse af det "eksisterende". Derimod ønsker jeg at forstå, hvordan begreber og problemstillinger som eksempelvis "at nu skal vi arbejde tværfagligt" konstrueres som sociale fænomener i Børneafdelingen. Hermed abonnerer jeg ikke på den opfattelse, at "tværfagligt samarbejde" er noget, der – som det er tilfældet i en positivistisk forestillingsverden – eksisterer derude som noget "givet".

Min analysestrategiske tilgang er deontologiserende på den måde, at det er mig, der som iagttager af mine iagttagede bestemmer de omdrejningspunkter, de forskelle og det blik, hvormed jeg vil forme virkeligheden. En virkelighed, hvis fremtrædelsesform jeg bestemmer gennem mine valg af diskursanalytiske snit. Iagttagelser af iagttagelser som iagttagelser bliver dermed kontingente i forhold til mit blik, min analyses omdrejningspunkter, gennem valget af mine analytiske snit. Mine metodiske udfordringer vil ikke være af ontologisk karakter, men bestå i en redegørelse for de valg af diskursive analytiske snit, jeg retter mit blik imod i min analyse. På baggrund af min problemformulering har jeg allerede inden undersøgelsens begyndelse lagt mig fast på det diskursanalytiske snit omkring tværfagligt samarbejde. Et snit, jeg som iagttager af EPJ-diskursen i kapitel 3 får indholdsbestemt ud fra, hvordan de centrale sundhedsmyndigheder gør sig forestillinger om EPJ som forandringsteknologi og tværfagligt samarbejde som styringsprogram. På baggrund af min diakrone og synkrone teknologianalyse i kapitel 4 lægger jeg yderligere to diskursanalytiske snit, hvor jeg analyserer EPJ som teknologi i

---

den socialkonstruktivistiske tilgang til samfundsforskningen vil derfor også altid kunne hævde, at faren ved anden ordens iagttagelser altid vil ligge i det forhold, om iagttagerens, her mine, fortolkninger er i overensstemmelse med de praksisser og hændelser, der rent faktisk har fundet sted. En kritik, jeg anfægter, da jeg netop mener, at det er et vilkår for al samfundsforskning, at udsagn, praksisser, hændelser og dermed "virkeligheden" altid vil være socialt konstrueret. Et yderligere vilkår for samfundsforskningen bliver derfor også, at dens undersøgelsesresultater, her mine, opstår i en gensidig påvirkning mellem iagttager og det iagttagede, hvorfor jeg også er mig det bevidst, at jeg gennem min store kontakt til det diskursive felt i høj grad under undersøgelsesforløbet selv er blevet en del af den virkelighed, jeg studerer, hvilket man skal have i baghovedet, når man tolker mine udsagn.

forhold til emnerne om EPJ som beslutningsstøtte teknologi og EPJ som kommunikationsteknologi. Min anvendelse af begrebet diskursive analytiske snit, i mit forsøg på at identificere tilblivelse eller forandringer i EPJ-diskursen, er inspireret af Niels Åkerstrøm Andersen anvendelse af begrebet ledeforskelle i sin bog *Diskursive analysestrategier*. At jeg ikke mere eksplicit benytter mig af begrebet ledeforskelle, beror på, at jeg i forhold til mit overordnede diskursanalytiske paradigme, hvor jeg tager udgangspunkt i Foucault, mener, at jeg ved anvendelse af begrebet ledeforskelle bliver for reduktionistisk, da Foucaults begreber og begrebsanvendelse altid var polyvalente og ikke bivalente. Foucault konstruerede sine begreber, gennem distinktioner, på en måde, der gør dem svære at formidle uden at reducere deres meningsindhold, hvorfor begreberne kommer til at fremstå som polyvalente, og deres fremtrædelsesform er som regel gennem negative afgrænsninger, dvs. de bliver beskrevet gennem alt det, de ikke indeholder, hvor de meget sjældent beskrives gennem positive definitioner. Jeg læser Foucaults ærinde som netop ikke at ville reducere udsagn ved at opstille dem i forhold til bestemte ledeforskelle. Foucault så det som værende meget vigtigt at gengive udsagnet, som det artikuleredes, uden at reducere det gennem diverse fortolkninger; et forhold, Niels Åkerstrøm Andersen selv pointerer i sin bog.

Fokus i min analyse er derfor på, hvordan EPJ som teknologi og tværfaglighed som program konditioneres som følge af EPJ-implementeringen, men også på, hvordan ledere og medarbejdere i Børneafdelingen ud fra et bestemt blik eller en bestemt optik konstituerer virkeligheden. Denne præmis sammenholdt med den præmis, at det teoretiske perspektiv, jeg som ”iagttager af iagttagerne”, ledere og medarbejdere i Børneafdelingen, vælger at benytte mig af i min belysning af Børneafdelingen, ligeledes konstruerer omverdenen i et bestemt lys, betyder, at der i min afhandling vil være tale om, at jeg har anlagt en bestemt analysestrategi, ud fra hvilken virkeligheden bestemmes. Eller med andre ord konstruerer jeg både det, jeg iagttager, og mig selv som iagttager, hvormed der i mit teorivalg i høj grad er tale om valg med konsekvenser. På den baggrund bliver det vigtigt for mig at reflektere over, i hvilket omfang og hvornår mit teorivalg formår at belyse tilblivelsen af givne sociale forandringer. Hvornår kan jeg med mit teorivalg registrere, at der er tale om sociale forandringer og ikke bare om enkeltindviders eller små gruppers forsøg på at fremstille sig selv eller afdelingen i et bestemt lys?<sup>15</sup> Det må derfor fordres af mit teorivalg, at det er tilstrækkeligt sensitivt eller empirifølsomt, så jeg ved hjælp af det vil kunne være i stand til at afdække betingelserne for, hvornår man kan sige, at der er tale om tilblivelsen af en social forandring. Er jeg ikke i stand til det, og det er mange socialkonstruktivisternes store problem, så vil min analyse lide af den mangel, at jeg ikke har fået afdækket konstruktionen af den sociale forandring, samtidig med at det vil være umuligt for andre at kritisere min belysning af selv samme sociale forandring. Det

---

<sup>15</sup> Bent Flyvbjerg tager netop udgangspunkt i de metodologiske aspekter i den før omtalte klassiske diskussion mellem fortalere for det normalvidenskabelige positivistiske ideal, hvor der stilles krav til universelle og kontekstuaafhængige resultater over for det hermeneutiske-fænomenologiske argument. Ifølge det hermeneutiske-fænomenologiske argument er der en afgørende forskel mellem naturvidenskab og studiet af menneske og samfund, hvor naturvidenskab studerer objekter, mens samfundsvidenskab studerer subjekter, der altid vil være underlagt ændringer i egne for- og selvfortolkninger, der kommer til udtryk i den enkelte kontekst – i det partikulære og det konkrete. I sin konstruktion af det konkrete videnskab tager Bent Flyvbjerg udgangspunkt i ovenstående forskellighed og argumenterer for, at det normalvidenskabelige positivistiske ideal ikke kan og bør stå alene som videnskabeligt ideal, men i mange situationer bør suppleres med det konkrete videnskab, netop for herigennem at få forståelsen for detaljen i form af de lokale værdier og den lokale sunde fornuft.

centrale spørgsmål er, hvornår der er tale om en forandring; hvornår er en forandring en forandring? Der er forskellige tilgange til dette spørgsmål, hvor en positivistisk tilgang vil forsøge at forklare forandringen ved hjælp af ontologiske metoderegler i en afdækning af kausaliteterne til forandringen. I selv samme forsøg bliver forandringen dermed gjort til noget givet, hvor man afskærer sig selv fra at stille det grundlæggende spørgsmål, om der overhovedet er tale om en forandring, eller mere præcist, på hvilke præmisser den givne forandring hviler.

Som epistemolog render jeg imidlertid ind i en anden stor analysestrategisk udfordring, nemlig at kunne redegøre for, at de forandringer, jeg skildrer, altid vil kunne betragtes som værende mine egne konstruktioner, og hvor bliver videnskabeligheden så af, vil positiverne spørge. Generelt set kan man vel sige, at for at man kan kalde en forandring for en forandring, må ”den” nødvendigvis bestå af en eller anden bevægelse fra et begyndelsespunkt mod et slutpunkt, hvorfor enhver forandringsbeskrivelse altid vil være formålsbestemt af mig som iagttager gennem min analysestrategi. Formålsbestemt på den måde, at det er mig, der ud fra formålet med min undersøgelse vælger, hvilke punkter jeg fokuserer på som henholdsvis begyndelsespunkt og slutpunkt, for at jeg kan tale om et epistemologisk brud, hvor en ny meningssammenhæng er skabt. Da de diskursanalytiske snit, jeg benytter, åbner deres sæt af både spørgsmål og dertil knyttende iagttagelser, kommer de analytiske snit på den måde til at fremstå som de teknologier eller de strategier, hvormed jeg konstruerer både min analyses spørgsmål og de svar, analysen måtte give, samt bestemmer, på hvilke kriterier og hvilken begrebsdannelse mine svar kommer til at hvile. Tilsammen bliver disse valg bestemmende for validiteten, og dermed videnskabeligheden, af min analyse. Valget af analysestrategiske snit bliver altså, i Foucaultsk terminologi, et valg på godt og ondt, da valgene dels har som funktion at disciplinere iagttagerens blik, således at iagttageren kan holde fokus på anden ordens betragtningerne og ikke forfalder til første ordens betragtninger, dels har den ulempe, at intet andet ses.

Foucault bygger analysestrategisk sin vidensarkæologiske diskursanalyse op omkring tre begreber, nemlig udsagn, diskurs og diskursformation. Udsagnet fremstår som diskursens atom eller diskursens mindste enhed, hvor selve diskursen bliver den samlede formation af udsagn eller det samlede korpus af atomer. Et korpus, for at blive i billedsproget, der udgør diskursanalytikerens arkiv. Diskursformationen er regulariteten af spredningen af udsagn, spredningssystemet for de enkelte udsagn, hvor diskursformationen er regulariteten i den irregulære fordeling af udsagn. Den grundlæggende ledeforskel i Foucaults vidensarkæologi, når Foucault analyserer diskurser, bliver dermed regularitet kontra spredning af udsagn:

*”Whenever one can describe, between a number of statements, such a system of dispersion, whenever, between objects, types of statements, concepts, or thematic choices, one can define a regularity, we will say, for the sake of convenience, that we are dealing with a discursive formation.”*<sup>16</sup>

Foucault hævder videre, at der er tale om en ontologisk forskel mellem de enkelte udsagn og regulariteten af disse; hvor udsagnene eksisterer positivt, er regulariteten i spredningen af udsagnene, diskursformationen, en konstruktion foretaget af diskursanalytikeren. Det helt centrale spørgsmål, det analysestrategiske grundproblem, bliver derfor at redegøre for,

---

<sup>16</sup> Michel Foucault: *The Archaeology of Knowledge*, Tavistock Publications, London 1986, s. 38. I Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999, s. 41.

hvordan diskursanalytikeren konstruerer denne regularitet i spredningen af udsagn. Men før man kan stille sig selv dette spørgsmål, bliver det nødvendigt at reflektere over, hvornår man kan påstå, at et udsagn er et udsagn, samt hvornår man kan sige, at en regularitet er en regularitet. En regularitet, der udgør diskursformationen. I forlængelse heraf vil jeg i min diskursanalyse forholde mig til de ”positivt talte eller skrevne” udsagn, som de kommer til udtryk, og dermed som de fremtræder, i Børneafdelingen. Den klare intention hermed er ikke at reducere udsagnene til andet end deres positive fremtrædelsesform ved at fortolke på udsagnene og forsøge at gøre mig klog på intentionerne, interesserne eller meningen med dem.<sup>17</sup>

I min diskursanalyse spørger jeg derfor ”hvordan?” til givne udsagn omkring EPJ som forandringsteknologi og tværfaglighed som styringsprogram, da jeg kun på denne måde mener, at jeg undgår at reducere udsagnet, for i stedet at kunne give udsagnet dets fulde opmærksomhed.<sup>18</sup> På den baggrund er det nødvendigt at spørge sig selv, hvad et udsagn egentlig er, eller hvilke karakteristika der knytter sig til et udsagn. Foucaults bud herpå er, at udsagnet er en ”eksistensfunktion”, da udsagnet består af grupper af tegn, som udgør den mindste enhed, hvormed man gennem italesættelse bringer fænomener til deres eksistens.<sup>19</sup> Måden, hvorpå man skal kende et udsagn, er altså ikke via dets tegn, for eksempel p-a-t-i-e-n-t-j-o-u-r-n-a-l = patientjournal, men gennem artikulationen af udsagnet i en given situation. En artikulation, der frembringer eksistens. Alt i alt en ”eksistensfunktion”, der består af i hvert fald fire forhold, objektet, subjektet, begrebsnetværket og strategi.

Jeg vil i det følgende forsøge at forklare eksistensfunktionens fire elementer lidt mere uddybende. Helt centralt i Foucaults udsagnsforståelse er, at ethvert udsagn må bestå af artikulationen af et objekt, ikke et ontologisk ”værende derude” objekt, men netop et i udsagnet konstrueret objekt, hvorved objektet artikuleres og derved bringes til eksistens som både en social og sproglig realitet. Udsagnet må nødvendigvis skabe nogle subjektpositioner, bestående af individer, hvorfra udsagnet vil kunne udsiges, og det interessante bliver her at analysere, hvilke subjektpositioner individer kan indtage. Subjektet står altså ikke uden for udsagnet, men konstrueres i en bestemt position i udsagnet. Et udsagn, for at det kan siges at være et udsagn, består endvidere af et begrebsnetværk, en kombination af forskellige begreber, der gennem et associationsfelt til andre udsagn reaktualiserer disse ved at referere implicit som eksplicit til disse ved enten at

---

<sup>17</sup> Dreyfus & Rabinow redegør diskuterende for i hvert fald to måder, hvorpå Foucault, selvom denne ikke selv ville kalde sig strukturalist, gennem sine arkæologiske analyser alligevel minder om den strukturalistiske samfundsanalyse, nemlig for det første ved at benægte, at individer kan have en bagvedliggende indre meningsgivende bevidsthed. Et synspunkt, der deles af mange teoretiske retninger såsom psykoanalysen, etnologien, lingvistikken, Heideggers eksistentielle fænomenologi og endelig Wittgensteins behaviorism. For det andet er hverken Foucault eller strukturalisterne interesserede i, hvorvidt de fænomener, de studerer, har en essens eller virkelig er, som de bliver præsenteret for dem af deltagere i undersøgelsen. Et synspunkt, der strider mod Deweys pragmatisme, Heideggers hermeneutiske fænomenologi og Wittgensteins sprogfilosofi, der mener, at for at det vil give mening at studere sproglig praksis – diskurser – er man nødsaget til at tage højde for den sproglige praksis’ fælles baggrund, da det er i denne, det meningsgivende – forståelsen – opstår. Jf. Dreyfus & Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*. The University of Chicago Press 1982, s. 57.

<sup>18</sup> Kort sagt vil jeg, i tråd med Foucault, ikke stille spørgsmålene ”hvad?” og ”hvorfor?”, men spørgsmålet ”hvordan?”, netop fordi jeg ved at stille spørgsmålet ”hvad?” automatisk kommer til at ontologisere udsagnet, i og med at udsagnet derved gøres til en givethed. Omvendt, havde jeg valgt at spørge ”hvorfor?” til et givent udsagn, ville jeg automatisk have reduceret udsagnet til dets årsag. Denne refleksion har jeg fra Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999, s. 44.

<sup>19</sup> Michel Foucault: *The Archaeology of Knowledge*, Tavistock Publications, London 1986, s. 86-88. I Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999, s. 44.

gentage, modificere eller tilpasse de tidligere udsagn til en aktuel kontekst. Sproglige elementer som fx tegn eller sætninger er kun udsagn, hvis de refererer til et associeringsfelt, i hvilket de samtidig træder frem som unikke elementer. Et udsagn bliver derfor kun et udsagn, hvis det bagudrettet reaktualiserer tidligere udsagn, samtidig med at det mere fremadrettet potentialiserer nye udsagn. Foucault mener endelig, at et udsagn kun kan være et udsagn, hvis det er integreret i en strategi. Det betyder, at et udsagn altid vil være bestemt af tid og rum, samt af den givne materialitet, da mediet, hvorfra udsagnet er udsagt, talt, skrevet, afrapporteret, betyder, at udsagnet altid vil være kontekstafhængigt og dermed placeret i en given strategisk sammenhæng. Strategisk i den forstand, at udsagnet repræsenterer en given reaktualisering af et tidligere udsagn, samtidig med at det dermed fravælger at repræsentere reaktualiseringer af andre tidligere udsagn. Det væsentlige er altså at være opmærksom på, at de samme udsagn kan gentages, men de vil ikke fremstå i samme strategiske sammenhæng og dermed være de samme, da deres materialitet og strategiske status vil være forskellig.

*”There is no statement in general, no free, neutral, independent statement; but a statement always belong to a series or a whole, always plays a role among other statements, deriving support from them and distinguishing itself from them: it is always part of a network of statements, in which it has a role, however minimal it may be, to play.”*<sup>20</sup>

Jeg benytter mig af Foucaults diskursanalyse, en analyse af udsagn, hvor udsagnene udgør den begivenhed, der i givne situationer artikulerer subjektpositioner, diskursobjekter, begrebsrelationer og strategier. Et blik, der abonnerer på en virkelighedsopfattelse, hvor ”virkeligheden” bliver til gennem udsagnet som begivenhed. Jeg lægger to naturlige snit i min modificerede diskursanalyse af EPJ-implementeringen i Børneafdelingen, et arkæologisk og et genealogisk snit, for igennem genealogien at kunne afdække betydningen af udsagnene i deres historiske adspredthed, transformationen af diskursformationerne, og for igennem arkæologien at kunne afdække spredningen i og regulariteten af denne spredning i udsagnene, diskursformationerne, inden for et givent historisk øjeblik.<sup>21</sup> Diskursen bliver hermed det samlede korpus af udsagn, et korpus, der over tid og rum vil ændre sig, hvorfor min første opgave bliver at konstruere dette korpus. Det arkiv, der bestående af talte som skrevne tekster af Foucault kaldes diskursanalytikerens arkiv.

*”One ought to read everything, study everything. In other words, one must have at ones disposal the general archive of a period at a given moment. And archaeology is, in a strict sense, the science of this archive.”*<sup>22</sup>

I det samlede arkiv af udsagn skal jeg derefter forsøge at afdække mønstrene i, og dermed acceptreglerne for, hvordan udsagnene netop konstrueres, som de gør, og ud fra hvilken sammenhæng med hinanden.<sup>23</sup> Jeg vil afdække formningen af disse acceptregler,

---

<sup>20</sup> Michel Foucault: *The Archaeology of Knowledge*, Tavistock Publications, London 1986, s. 99.

<sup>21</sup> Diskursformationer analyseres her som regulariteter af udsagnsspredninger, hvor udsagn er begivenheder med eksistensfunktioner, der frembringer objekter, subjektpositioner, begrebsnetværk og strategier.

<sup>22</sup> Michel Foucault: ”The Order of Things”, interview, i J. D. Faubion (red.): Michel Foucault: *Aesthetics, Method, and epistemology. Essential Works of Foucault 1954-1984, Volume 2*, The New Press, New York, 1998, s. 263. I Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsfagene 1999, s. 47.

<sup>23</sup> Med acceptregler menes regler for, hvordan bestemte udsagn bliver til i diskursformationer, samt regler for, hvordan nogle udsagn accepteres som værende legitime eller fornuftige i givne øjeblikke. Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999.

eksklusions- og inklusionskriterier, for udsagn inden for udsagnets og dets eksistensfunktionens fire eksistensniveauer, inden for formningen af objekter, subjekter, begreber og strategier. Hermed vil jeg være i stand til at afdække transformationerne, regulariteten i den irregulære spredning af udsagn, eller bruddene i diskursformationerne,<sup>24</sup> hvor jeg stringent må forholde mig til, hvornår der er tale om, at en diskurs fremtræder som en diskursformation, og hvornår et begreb er et begreb inden for denne diskursformation. En konditionering af min undersøgelses analytiske snit, der vil være bestemmende for min analyses empirifølsomhed og dermed for min analyses kritiserbarhed eller falsifikationskriterium. Et kriterium, der er afgørende for den efterfølgende empiriske kritik, for uden et sådan kriterium vil diskursformationen ikke kunne kritiseres eller diskuteres. Med andre ord hævder jeg, at det ikke er muligt at skille Foucaults genealogi og arkæologi fra hinanden, da genealogien har blikket rettet mod en given diskurstransformations tilblivelsesproces – processen omkring konstruktionen – hvor arkæologien har blikket rettet mod den givne diskurstransformations indhold, det vil sige på indholdet af konstruktionen.

Ved at benytte mig af Foucaults genealogi benytter jeg mig samtidig af tre forskellige tilgange til historieskrivning. En historieskrivning, der fremstår som en nutidshistorie, der i sin forståelse af nutiden forsøger at skildre, hvordan den er blevet til på baggrund af en beskrivelse af historiske kampe og beherskelsesstrategier, ved hjælp af hvilken viden og diskurser er blevet konstrueret. Ved at benytte mig af Foucaults genealogi forsøger jeg at opstille en slags mod-hukommelse. En mod-hukommelse, hvis ærinde det er at genfremstille herredømmeforholdenes tilfældige spil, eller med andre ord, at redegøre for den kontingens eller tilfældighed, virkeligheden er baseret på i en problematisering af de diskurser og praktikker, der gør sig gældende i dag. En problematisering, der retter blikket tilbage mod de strategier og herredømmeforhold, transformationer af selv samme, de er etableret under. Målet er en opløsning af samtidens selvfølgeligheder ved hjælp af historien i en belysning af, hvordan samtidens selvfølgeligheder er konstrueret. Tilsammen udgør min anvendelse af Foucaults genealogiske og arkæologiske diskursanalyse en analysestrategi i forhold til EPJ, der retter blikket mod EPJ-diskursens transformation og formation. Det grundlæggende problem, jeg må forholde mig til, når jeg benytter mig af Foucaults arkæologiske diskursanalyse, er begrebet ”diskursformation”, hvor jeg må stille mig selv spørgsmålet, hvornår jeg ud fra min empiri med ledeforskellen regularitet/spredning kan påstå, at der nu er dannet en diskursformation, eller med andre ord, hvornår eller efter hvilke kriterier kan det siges, at regulariteten i spredningen er så stor, at der er konstitueret en diskursinformation. Hvordan fastlægges kriterierne herfor? Det er et dilemma inden for Foucaults arkæologiske diskursanalyse, der betyder, at jeg som iagttagelse må udvælge mine diskurser intuitivt, og det er igen en problematik, der betyder, at jeg som diskursanalytiker kontinuerligt må spørge til kriterierne for min diskurs, hvor konditioneringen af diskursbegrebet i min diskursanalyse selv vil blive genstand for min analyse. På hvilke præmisser konstituerer jeg min diskursformation? Hvordan bliver den til? Svaret på disse spørgsmål vil blive en central del af min diskursanalyse. Et svar, jeg først vil kunne komme med afslutningsvis i min analyse, netop fordi diskursformationen ikke er bestemt før analysen, men konstitueres eller afgrænses gennem analysen. Med andre ord er det grundlæggende problem, jeg må forholde mig til, når jeg benytter mig af

---

<sup>24</sup> ”Foucault’s analysis of these cultural discontinuities is always juxtaposed to a description of a rather more continuous story of confinement and exclusion. The meaning changes with some frequency, but a longterm continuity of form of what can only be called power is (and was) the counterpoint to these dramatic shifts in cultural classifications”. Dreyfus & Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press 1982, s. 4.

Foucaults genealogiske diskursanalyse, det konditioneringsproblem, der knytter sig til opstillingen af kriterier for, hvornår der inden for omdrejningspunktet kontinuitet/diskontinuitet er tale om henholdsvis det ene eller det andet. Metoden går ud på, at jeg kontinuerligt må være kritisk over for min egen konditionering af de kriterier for brud eller diskontinuitet, jeg opstiller i min analyse.

Efter at jeg i min analyse har lagt mig fast på omdrejningspunkter og konditioneringen af disse, er det afgørende, at jeg endvidere får lagt mig fast på et iagttagelsespunkt. Det punkt, der gennem min analyse kommer til at fremstå som ekstern reference (fodnote) i mine anden ordens iagttagelser. I forhold til min diskursanalyse vil mit valg af iagttagelsespunkt være bestemmende for referencepunktet for min diskurs, hvor referencepunktet vil være bestemmende for mine valg af problematikker og disses genealogi. En genealogi, der igen er bestemmende for fikseringen af mit iagttagelsespunkt. På baggrund af min modificerede diskursanalyse af EPJ i kapitel 3 har jeg valgt tre iagttagelsespunkter i min teknologianalyse af EPJ i kapitel 4, og for min empiriske fortælling i kapitlerne 5 og 6. Iagttagelsespunkterne er EPJ som tværfaglighedsteknologi, beslutningsstøtteteknologi og kommunikationsteknologi. Udformningen af min analysestrategi har således baseret sig på fire elementer. For det første på et valg af diskursanalytiske snit, og for det andet på en konditionering af disse diskursanalytiske snit, samt for det tredje på mit valg af iagttagelsespunkt, og endelig for det fjerde på min sammensætning af mine analysestrategier. Mine valg af diskursanalytiske snit kommer til at sætte rammerne for min analyse på den måde, at de dels vil være bestemmende for de fænomener jeg undersøger, dels vil være bestemmende for den måde, hvorpå jeg som iagttager vil kunne spørge ind til disse fænomener. Med min undersøgelse har jeg haft til hensigt at skabe en nærhed til den konstruerede virkelighed, der har ligget til grund for min undersøgelse. Herved har det været mit håb, at jeg har opnået en stor forståelse for detaljen i denne konstruerede virkelighed.

Det grundlæggende problem, jeg som iagttager af sociale fænomener, og dermed også i forbindelse med de organisatoriske forandringer som følge af implementering af EPJ i Børneafdelingen, står over for, er, at jeg altid vil være en del af det diskursive felt, eller den meningssammenhæng, jeg forsøger at analysere. Jeg bliver bevidst som ubevidst indrullet i det diskursive felts aktuelle selvbeskrivelser og forestillinger om fremtiden, hvorved der er betydelig risiko for, at jeg vil kunne komme til at forveksle disse artikulationer med faktiske forandringer i det givne diskursive felt. Kort sagt kommer jeg i det dilemma, at jeg ikke vil kunne bevare en afstand til Børneafdelingen, hvorfor det bliver en central metodisk problemstilling for mig at forholde mig til spørgsmålet, hvordan jeg kritisk kan analysere meningssammenhænge, som jeg samtidigt selv er en del af.

Min ambition med at benytte mig af Foucault er en ambition om at analysere mig frem til EPJ's og det tværfaglige samarbejdes konstitutive karakter i Børneafdelingen. Ved et analyseobjekts konstitutive karakter menes den betydning eller værdi, objektet har fået i samfundet, udtrykt i forskellige kategorier, hvorfor analyser af givne objekters konstitutive karakter nødvendigvis altid må være bagudrettede. I min analyse af den nye journalteknologi i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital vil der derfor være stor risiko for, at de observationer, jeg gør mig i analysen, ikke vil kunne beskrives ud fra eksisterende kategorier, da disse kategorier netop peger bagud mod en samfundsorden, der med reformens indtræden – implementeringen af den nye journalteknologi – er forældede, da kategorierne relaterer til den samfundsorden, der eksisterede i sundhedsvæsenet før visionerne om EPJ og den kliniske IT-arbejdsplads i sundhedsvæsenet. Jeg vil derfor let



kunne komme i det dilemma, at jeg befinder mig i en situation, hvor jeg analyserer fremtiden med fortidens standarder. For at minimere denne risiko analyser jeg i kapitlerne 4 og 5 den nye journalteknologis tilblivelseshistorie og de værdier, denne hviler på. Analysen vil blive foretaget på baggrund af observationer, dokumentanalyser og interviews, hvor jeg spørger ind til måden, hvorpå EPJ-teknologien forandrer forestillingerne om patienten, den kliniske praksis, det tværfaglige samarbejde og det at være læge, sygeplejerske, lægesekretær og leder på et hospital.

I min modificerede diskursanalyse i kapitel 3 belyser jeg, hvilke strategier og politikker der har formet visionerne om EPJ, hvor det vil være særligt interessant for mig at belyse, hvilke beskrivelser, begreber, problemstillinger, løsninger på selv samme og forklaringer strategierne og politikkerne indeholder. Faktorer, der giver strategierne og politikkerne en videnskabelig aura, men som gennem forførelse i et politisk, strategisk og styringsmæssigt øjemed benyttes til at forfølge bestemte interesser. Jeg vil undersøge, hvordan beskrivelser, begreber og forklaringer omkring EPJ på Hvidovre Hospitals Børneafdeling er blevet til. Er der nogen strategier eller politikker, der kan forklare den anvendte sprogbrug i Børneafdelingen med udtryk som patienten i centrum, øget tværfagligt samarbejde, bedre dokumentation og højere grad af kvalitet og effektivitet i patientbehandlingen?

*”Foucault makes clear that his archaeological method, since it must remain neutral as to the truth and meaning of the discursive systems it studies, is not another theory about the relation of word and things.”<sup>25</sup>*

Foucault gjorde meget ud af at understrege, at hans forfatterskab aldrig har været tænkt som udviklingen af hverken en teori eller en metode, hvorfor forskellige personers forsøg på at betegne ham som strukturalist, poststrukturalist, fænomenolog og meget andet selv er blevet betegnet af Foucault som en eller anden omklamrende reduktionisme i forhold til hans analysestrategiske arbejde.<sup>26</sup>

Alligevel er der i Foucaults vidensarkæologi en intention om at skitsere den indgang til samfundsanalyse, diskursen, som Foucault har igennem sine forskellige publikationer. Vidensarkæologien er bagudrettet og er tænkt som en systematisering af de analysestrategier og analysestrategiske problemstillinger, som Foucault har været optaget af. Det, jeg bruger Foucaults diskursanalyse til i min analyse, er som referenceramme, når jeg retter blikket mod de udsagn, der er dukket op i min omgang med ledere og medarbejdere i Børneafdelingen, og som har materialiseret sig enten verbalt eller på skrift. Foucaults diakrone genealogiske snit, og hans synkrone arkæologiske snit, vil jeg benytte mig af i mit fokus på transformationsstrukturer i diskursen omkring patientjournaler, der netop opstår under forandringer eller brud. En diskurs jeg redegør for i min teknologianalyse i kapitel 4. Foucaults interesse for transformationsstrukturer har fået Niels Åkerstrøm Andersen til at kalde Foucault ”transformationsstrukturalist”, da transformationsstrukturer i den genealogiske diakrone analyse ikke bliver en struktur, der

---

<sup>25</sup> Foucault i Dreyfus & Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism & Hermeneutics*, The University of Chicago Press 1982, introduction.

<sup>26</sup> Foucault er blevet betegnet som værende strukturalist eller poststrukturalist, da han udspringer fra og udvikler sin diskursanalyse i det strukturalistiske miljø omkring især læremesteren, idéteoretikeren Louis Althusser. Disse betegnelser har Foucault selv har taget afstand fra, da der for ham kun er ét plan i virkeligheden – fremtrædelsens plan – og ikke som hos strukturalisterne to planer – det manifeste og latente. I Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*, Nyt fra Samfundsfagene 1999, s. 30.

blotlægges, men i stedet kommer til at fremstå som fortællerens, her min, konstruktion af den historiske sammenhæng mellem historie og institution, Børneafdelingen på Hvidovre Hospital.

Ved at benytte mig af Foucault ønsker jeg med min analyse at klarlægge områder, hvor der kan sættes spørgsmålstejn ved diskursive selvfølgeligheder i en problematisering af de enkelte aktørers viljer og fornuft, som disse fænomener kommer til udtryk i deres udsagn. Jeg vil redegøre for, hvordan disse udsagn er underlagt eller styret af bestemte regler for acceptabilitet eller legitimitet. Den viden, jeg producerer i min afhandling, vil derfor aldrig kunne komme til at fremstå som en ”neutral” vidensproduktion uden nogen form for sandhedskriterium, fordi jeg i min udvælgelsesproces af de ”selvfølgeligheder” og diskurser, jeg analyserer, automatisk som samfundsforsker kommer til at skabe nogle nye videns- eller sandhedsregimer, der vil være medbestemmende for, hvordan en given diskurs styres, og dermed for eksklusionskriterierne for diskursen. Eksklusionskriterier, der vil være bestemmende for, hvilke tematikker, problemstillinger, begreber, meninger eller talepositioner der kan accepteres som værende legitime i en bestemt diskurs på et bestemt tidspunkt, og dermed bestemmende for de meninger eller talepositioner, der er illegitime. En grundlæggende refleksion bliver derfor, hvordan jeg kan tale om en forandring eller en tilblivelse. Begge begreber må nødvendigvis basere sig på, eller lader sig kun beskrive inden for rammerne af, bestemte forskelle, som det så er diskursanalytikerens måske fornemmeste opgave at påvise mønstre i ved at opstille klare kriterier i form af begreber, begrebssammenhænge, kategoriseringer i form af subjekt- og objektsforståelser og samspillet imellem disse – ja, kort sagt gennem den analysestrategiske diskursanalyse.<sup>27</sup>

### **Diagnostikeren som billede på min overordnede erkendelsesteoretiske og analysestrategiske ambition**

Min overordnede ambition på det erkendelsesteoretiske og analysestrategiske felt i nærværende afhandling vil jeg beskrive med et Foucault-citat, nemlig at jeg kommer til at fremstå som:

*”[Jeg drømmer om] en intellektuel, der opløser selvindlysende sandheder og universalforklaringer, om én der, midt i de øjeblikkelige situationers træghed og tvang, opsporer og angiver de svage punkter, åbninger og kraftfelterne, om én der uophørligt flytter sig og ikke alt for nøjagtigt er klar over, hvor han vil befinde sig, eller hvad han vil tænke lidt ude i fremtiden, eftersom han er alt for optaget af nutiden (...).”<sup>28</sup>*

Foucaults helt centrale virke var netop at fungere som samfundsdiagnostiker, hvorfor den til enhver tid herskende rationalitet bliver vigtig at forholde sig til. I min analyse en belysning af den ”fornuft” eller de værdier, der artikuleres i dagens legitime sundhedspolitiske diskurser, og som disse diskurser i forlængelse heraf materialiserer sig, eller kommer til udtryk i forbindelse med implementering af EPJ i samspillet mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital.

---

<sup>27</sup> Det er dette fokus på vigtigheden af forskelle som en nødvendighed for at kunne analysere forandring og tilblivelse – for at kunne gennemføre en potent diskursanalyse – der tiltaler mig specielt meget ved Niels Åkerstrøm Andersens diskursive analysestrategi.

<sup>28</sup> Foucault citeret i Schmidt & Kristensen (red): *Foucault's blik*, Modtryk 1985, s. 6. I Niels Åkerstrøm Andersen: *Diskursive analysestrategier*. Nyt fra Samfundsvidenskaberne 1999, s. 21.

## Kapitel 3

### EPJ-diskursen i det danske sundhedsvæsen

#### Indledning

Formålet med min diskursanalyse af EPJ er at blive klogere på den mangetydige rationalitet, der synes at ligge bag ønsket om at forandre patientjournalteknologien, transformationen fra papirjournal til EPJ. jeg vil spore, hvilke perspektiver udsagnene i EPJ-diskursen anlægger på EPJ inden for sygehusvæsenet i forhold til at opfylde de overordnede målsætninger.<sup>29</sup> Min diskursanalyse er modificeret i den forstand, at den er afgrænset til primært at omfatte forestillingerne og forventningerne til EPJ, som de kommer til udtryk i de nationale IT-strategier i sygehusvæsenet version 2000-2002 og 2003-2007,<sup>30</sup> samt i forhold til diverse statusrapporter fra EPJ-Observatoriet.<sup>31</sup> Med andre ord er ambitionen med min diskursanalyse at spore de centrale sundhedsmyndigheders forventninger og forestillinger om EPJ. Herved lader jeg det være op til det diskursive felt at afgøre, hvornår en udfordring er en udfordring i forbindelse med ledelse og organisering med EPJ. Det gør jeg ved at referere til de udsagn, det diskursive felt har ladet komme til udtryk i feltets beskrivelse af specifikke udfordringer i forbindelse med implementeringen af EPJ.

*”Der er en række gevinster at hente i form af øget faglig kvalitet og bedre styring og organisering af arbejdet ved at anvende IT (...). Dette vil utvivlsomt afstedkomme store udfordringer for alle aktivt involverede parter (...). Hvilke gevinster kan opnås? Hvis skyld er det hvis målene ikke nås? Der er næppe tvivl om, at hele EPJ-området fortsat vil være et minefelt, hvor mål*

---

<sup>29</sup> Jf. afsnittet om de sundhedspolitiske målsætninger i *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*, s. 11-13.

<sup>30</sup> De nationale strategier for IT i sundhedsvæsenet, senest version 2003-2007, er udarbejdet af en strategigruppe med deltagelse af repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amdsrådsforeningen, H:S og Kommunernes Landsforening. Strategigruppen har ansvar for at følge og formidle initiativernes gennemførelse og for at udvikle strategien. Det er denne strategigruppe, samt EPJ-Observatoriet, jeg refererer til, når jeg i min diskursanalyse benytter mig af begrebet ”de centrale sundhedsmyndigheder”. De centrale sundhedsmyndigheder udgør samtidig afgrænsningen for EPJ-diskursen i min afhandling.

<sup>31</sup> EPJ-Observatoriet udgøres af partnerne MEDIQ A/S og Aalborg Universitet (AAU). Begge organisationer er deltagere i Virtuelt Center for Sundhedsinformatik (V-CHI 2005). V-CHI er en paraplyorganisation for en række organisationer, der arbejder aktivt med forskning og udvikling inden for sundhedsinformatik. EPJ-Observatoriet blev etableret i 1998 med henblik på at følge og vurdere 13 EPJ-projekter, som Sundhedsministeriets Handleplan for Elektronisk Patientjournal (HEP)-program gav støtte til. EPJ-Observatoriets arbejdsfelt er siden udvidet til at følge og karakterisere EPJ-udviklingen i hele det danske sygehusvæsen. I *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007* er EPJ-Observatoriet indskrevet i initiativ 9. Her anføres det, at EPJ-Observatoriet fortsætter arbejdet med metodeudvikling og erfaringsopsamling vedrørende anvendelse af EPJ i det danske sundhedsvæsen. EPJ-Observatoriets målsætninger er at afdække EPJ's udbredelsesgrad og -hastighed, afdække EPJ-interessenternes erfaringer, påvise og vurdere vigtige faktorer, der fremmer udbredelsen og anvendelsen af EPJ, påvise og vurdere generelle barrierer mod EPJ og at vurdere forskellige udviklingsinitiativer med strategisk betydning for EPJ i det danske sygehusvæsen. Kilde: EPJ-Observatoriet: *Statusrapport 2005*.

*og midler kan blive svære at skelne fra hinanden, og hvor firkantede udmeldinger ofte dominerer medie billedet.”<sup>32</sup>*

I den nationale IT-strategi 2003-2007 fremgår det klart, at elektroniske patientjournaler (EPJ) skal udvikles og indføres massivt i det danske sundhedsvæsen hen over den nærmeste årrække. Der er fuld enighed herom imellem regeringen, de centrale sundhedsmyndigheder og hele sygehusejerkredsen (de nuværende regioner og tidligere amter). Det er min påstand, at ved at afdække EPJ-diskursen i de nationale IT-strategier og EPJ-Observatoriets statusrapporter har jeg afdækket EPJ-diskursen i forhold til forventninger til og potentialer med EPJ, som de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerkredsen måtte have. Min påstand baserer sig på en antagelse om, at udsagn omkring forventninger og potentialer i forhold til EPJ, som de kommer til udtryk i de lokale sygehusejeres og hospitalers IT-strategier i væsentligt omfang, vil være de samme, som de kommer til udtryk i de nationale IT-strategier, simpelthen fordi at de lokale IT-strategier skal ligge inden for rammerne af den nationale IT-strategi (jf. formålsbeskrivelsen med national IT-strategi 2003-2007).

### **EPJ-diskursen**

Ifølge dansk lovgivning er det påkrævet, at der på de danske sygehuse oprettes, føres, og opbevares patientjournaler på de enkelte patienter indeholdende beskrivelser af undersøgelse, behandling og pleje. Patientjournalerne skal opbevares i mindst 10 år efter patientens udskrivelse. Loven foreskriver ikke, at patientjournalerne skal basere sig på en bestemt teknologi, eksempelvis at de som tidligere på Børneafdelingen skal være papirbaserede, eller at de som aktuelt på Børneafdelingen skal være elektroniske. Der stilles dermed ikke krav om en særlig bogføringsteknologi, optegnelserne skal alene fungere som:

*”(...) det nødvendige interne kommunikationsmiddel mellem det personel, der deltager i undersøgelse, behandling og pleje, med det formål at sikre det bedst mulige grundlag for den diagnostiske proces og iværksættelsen af den adækvate behandling (...). Journalen kan endvidere have betydning i forbindelse med tilsyn og kontrol af lægers faglige virksomhed. Herudover giver journalen mulighed for at vurdere kvaliteten og effektiviteten af det udførte arbejde, og kan være et incitament til faglig udvikling. Journalen kan også have betydning for lægevidenskabelig forskning.”<sup>33</sup>*

Det er ovenstående målsætning med patientjournalen, samt ændringen af midlet til at opnå målsætningen, patientjournalteknologien, fra papirjournal til EPJ, der er genstand for min analyse af, hvilke effekter ændringen af journalteknologien har på organiseringen og ledelsen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker.

*”Varetagelsen af sundhedsvæsenets kerneopgaver forudsætter, at der fremskaffes og formidles information om patienten. Et vigtigt aspekt ved undersøgelse, behandling og pleje består i at give svar på, hvad fejler*

---

<sup>32</sup> EPJ-Observatoriet: Statusrapport 2005, s. 7.

<sup>33</sup> Simonsen 1999, s. 321-322 i Signe Svenningsen: Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde, Handelshøjskolens Forlag 2004.

*patienten, og hvilken behandling og pleje har patienten brug for. En fornuftig håndtering af svarene på disse spørgsmål, samt mange andre informationer er derfor afgørende (...). Formålet med denne strategi er at udpege initiativer, der er nødvendige for, at sygehusenes IT-anvendelse kan understøtte arbejdet med at realisere de overordnede mål, herunder bedre sundhedsfaglig kvalitet, højere brugertilfredshed, bedre information mm. (...). Kernen i disse informationssystemer vil være den elektroniske patientjournal (EPJ). En udbredt indførelse og anvendelse af EPJ i det danske sundhedsvæsen vil således være det IT-initiativ, der mest afgørende kan bidrage til opfyldelsen af de beskrevne målsætninger (...)"<sup>34</sup>*

Målsætningerne om blandt andet at opnå en bedre sundhedsfaglig kvalitet, en højere brugertilfredshed og en bedre information. De centrale sundhedsmyndigheders hensigt med udarbejdelsen af den nationale IT-strategi i sundhedsvæsenet 2003-2007 har været, at udpege de initiativer, der er nødvendige, for at IT-anvendelsen i hele sundhedsvæsenet medvirker til at realisere de overordnede sundhedspolitiske mål for perioden 2003-2007. IT-anvendelsen opfattes ikke som værende et mål i sig selv, men et middel til at fremme de overordnede mål for sundhedsvæsenet, der består af målsætningerne om:

- Høj sundhedsfaglig kvalitet
- Klar besked og korte ventetider
- Høj brugertilfredshed
- Bedre information om service og kvalitet
- Effektiv ressourceanvendelse
- Frit valg

Det, der kræves, for at sygehusene kan imødekomme patientens behov for behandling med en høj sundhedsfaglig kvalitet, er, at der fremskaffes, analyseres og formidles information omkring patienten i forbindelse med undersøgelse, behandling og pleje.

I den nationale IT-strategi i sundhedsvæsenet 2003-2007 udtrykkes der forventninger om, at en forandring af patientjournalteknologien fra papirjournalen til EPJ vil optimere IT-anvendelsen som en forudsætning for en fornuftig håndtering af svarene på spørgsmålene omkring patientens diagnose, behandling og pleje. Denne sundhedspolitiske målsætning om det sammenhængende patientforløb med patienten i centrum hviler på tre former for bæredygtighed, en faglig-, økonomisk- og kommunikativ bæredygtighed.<sup>35</sup> Denne retorik omkring sygehusvæsenet benyttes af indenrigs- og sundhedsministeren selv, der i disse år er Lars Løkke Rasmussen. I forordet til afrapporteringen fra regeringens rådgivende sundhedsudvalg giver han udtryk for følgende:

---

<sup>34</sup> Sundhedsministeriet: *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, s. 5-6.

<sup>35</sup> Når debatten i medierne falder på det danske sygehusvæsen, synes der at være en klar tendens til at debatindlæggene alle på den ene eller anden måde kommer til at omhandle kvaliteten og effektiviteten af ydelserne. EPJ-udrulningen i det danske sygehusvæsen synes at være et væsentligt eksempel på en sådan aktivitet. Emnerne i den sundhedspolitiske debat er mangfoldige og drejer sig om alt lige fra produktivitet og ventelister til personalemangel blandt læger og sygeplejersker, samarbejdet mellem selv samme faggrupper og til måden, hvorpå man organiserer sig på i sygehusvæsenet, aktuelt i forhold til en organisering efter LEAN-konceptet (trimmet ledelse). For ikke at nævne den meget fokus, der i de senere år har været på kvalitetssikring i forhold til det sammenhængende patientforløb, herunder akkreditering af hospitalerne i det danske sygehusvæsen. Eksemplerne er bare nogle af de mest aktuelle indlæg i debatten omkring sygehusvæsenet.

*”Sundhedsområdet er et af regeringens højest prioriterede områder. Regeringen har afsat betydelige ressourcer til sundhedsområdet. Men penge gør det ikke alene. Det er nødvendigt, at vi udnytter alle muligheder for at få mest sundhed for pengene. Derfor må det naturligvis løbende overvejes, hvordan ændringer i organiseringen af sundhedsvæsenet kan bidrage til at håndtere de udfordringer, som fremtidens sundhedsvæsen står overfor. Regeringen nedsatte derfor i starten af 2002 et rådgivende udvalg, som skulle ”beskrive, vurdere og stille forslag om reformer og ændringer af sundheds- og (især) sygehusvæsenets struktur, finansiering og styring samt privat-offentlig samarbejde med henblik på at opnå øget effektivitet, herunder en varig afkortning af ventelister, kvalitet, innovation og lydhørhed over for patientønsker og forventninger.”<sup>36</sup>*

### **Men først et grundlæggende spørgsmål: Hvad er en EPJ?**

På det grundlæggende spørgsmål om, hvad en EPJ i det hele taget er for en størrelse, fremgår det af EPJ-Observatoriets statusrapport 2005, at der ikke findes en entydig definition, der er dækkende og alment accepteret. EPJ-Observatoriet vælger på den baggrund at komme med et bud på, hvad EPJ er, ud fra forventningerne til EPJ-systemerne. Udgangspunktet for visionen om EPJ er, at den vil kunne fungere som en allestedsnærværende informationscontainer med patientens data, der vil kunne sikre alle relevante interessenter adgang til patientens data. EPJ bliver hermed en forandringsagent for en forandringsproces inden for diagnostik, behandling, pleje og forebyggelse i sundhedssektoren, hvor der er forventninger om, at man med EPJ vil kunne udnytte de muligheder, IT rummer for at skabe helhed og kontinuitet samt bedre dokumentation og information til patienten og de sundhedsprofessionelle. De konkrete forventninger, der knyttes til EPJ, er, at den vil forbedre den sundhedsprofessionelles arbejdsgange ved at:

- Patientens journal altid er til stede ved nærmeste ”skærm”.
- Samme data skal kun indtastes én gang.
- Opsætte og præsentere data, filtreret og sat i kontekst, således at de giver overblik og støtte til beslutninger
- Data fra fødesystemer<sup>37</sup> automatisk er overført elektronisk til journalen osv.

EPJ-Observatoriet har i perioden 2003-2005 gennem en spørgeskemaundersøgelse foretaget en evaluering af sygehusejernes forventninger til og udfordringer i forbindelse med EPJ. Mere konkret har EPJ-Observatoriet spurgt de forskellige sygehusejere om, hvilke gevinster og barrierer de forestiller sig med EPJ. Sygehusejerne blev tillige bedt om at vægte de forskellige gevinster og barrierer i forhold til bestemte nytteværdikategorier i forbindelse med implementeringen af EPJ, hvorfor evalueringen er et udtryk for den vægtning og rangordning af gevinster og barrierer omkring EPJ-implementeringen i det danske sygehusvæsen, som sygehusejerne finder mest betydningsfulde. Sygehusejernes fulde vægtede formulering af nytteværdikategorierne med EPJ er:

---

<sup>36</sup> *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*, Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg, januar 2003: Forordet.

<sup>37</sup> Laboratoriesvar, røntgenundersøgelser ekg’er etc. fra diverse IT-systemer på sygehusene.

1. Forbedret kvalitet i behandling og pleje
2. Forbedret patientforløb
3. Forbedret beslutningsgrundlag – sikkerhed mod at begå fejl
4. Forbedrede arbejdsgange, bedre tværfagligt samarbejde
5. Forbedret arbejdstilrettelæggelse og ressourceudnyttelse
6. Forbedret datatilgængelighed
7. Fælles journal
8. Forbedret kommunikation
9. Forbedret overblik over journalinformation
10. Forbedret sammenhæng mellem IT-systemerne
11. Forbedret ledelse
12. Forbedrede forskningsmuligheder
13. Større faglige udviklingsmuligheder
14. Forbedret dokumentation
15. Forbedret standardisering af sundhedsfaglig terminologi og begreber
16. Forbedret genbrug af data

Sygehusejernes vægtede formulering af barriererne i forhold til opnåelsen af gevinsterne med EPJ er:

1. Dårlig integration
2. Manglende uddannelse
3. Manglende funktionalitet
4. Modstand mod forandring
5. Manglende standardisering
6. For få ressourcer

Da der ikke findes noget entydigt svar på, hvad en EPJ er, forsøger jeg at nærme mig en afklaring af fænomenet EPJ gennem en afgrænsning af de forventninger og forestillinger, der funktionelt, teknologisk og organisatorisk knytter sig til fremtidens EPJ, som de kommer til udtryk i EPJ-diskursen. EPJ-Observatoriet udtrykker i sin statusrapport 2005 vigtigheden af, at man klart skelner imellem:

- En elektronisk patientjournal (EPJ), der er en samling af digitalt lagrede oplysninger for den enkelte person/borger med det formål at støtte og bidrage til et sammenhængende patientforløb.
- Et elektronisk patientjournalssystem (EPJ-system), der er et edb-system, der kan opdatere og vedligeholde EPJ'er. EPJ-systemet har funktioner, som muliggør, at kvalificerede personer kan dele informationen sikkert og brugervenligt.<sup>38</sup>

### **De ledelsesstrategiske udfordringer om at udvise en faglig, økonomisk og kommunikativ bæredygtighed**

Der er gennem de seneste år sket en rivende udvikling inden for lægevidenskaben, der betyder, at man i dag på sygehusene er i stand til at diagnosticere, forebygge, behandle og pleje inden for flere områder end tidligere. Presset på sygehusene i forhold til at foretage

---

<sup>38</sup> EPJ-Observatoriet: *Statusrapport 2005*, s. 9.

de ”rigtige” prioriteringer i relation til de mange nye behandlingsmuligheder bliver ikke mindre af, at borgerne i dag, med adgang til internettets forskellige sundhedsportaler m.m., er mere oplyste omkring egen sundhedstilstand end tidligere og derfor er mere kritiske over for, hvordan der prioriteres inden for sygehusvæsenet. To forhold, der tilsammen øger efterspørgslen på sygehusvæsenets ydelser, og dermed på udgifterne til sygehusene, væsentligt. For at sygehusene vil kunne honorere de krav, der opstår som følge af den hastige udvikling og forandring på det sundhedsfaglige område, bl.a. det positive forhold, at man på sygehusene kan præstere mere inden for kerneydelserne, kræver det enten, at sygehusene får tilført flere ressourcer, eller at sygehusene bliver bedre til at udnytte de ressourcer, der allerede er til rådighed.

Der sker et skred i forudsætningerne for at kunne løse de opgaver, man på sygehusene forventes at varetage. Dette skred stiller store krav til et fleksibelt og omstillingsparat sundhedsvæsen, og det kan forklare den store politiske fokus på omfattende organisatoriske reformer i sundhedsvæsenet som fx sammenhængende patientforløb med patienten i centrum, accelererede patientforløb, akkreditering og – aktuelt i forhold til nærværende afhandling – EPJ-implementeringen på sygehusene. Da der ikke umiddelbart er udsigt til, at der bliver tilført flere ressourcer til sygehusvæsenet, hvor der foretages den ene besparelse efter den anden, synes det mest realistiske bud på effektiviseringer og kvalitetsforbedringer at skulle foregå gennem en relativt bedre udnyttelse af de tilstedeværende ressourcer. En måde, hvorpå man kan efterstræbe øgede effektiviseringer og kvalitetsforbedringer i forhold til de overordnede målsætninger, synes at være gennem en ændring af ledelsen og organiseringen i sundhedsvæsenet.<sup>39</sup>

De forventninger, de centrale sundhedsmyndigheder har til EPJ i de to versioner af den nationale strategi for IT i sundhedsvæsenet, viser, at det kan sandsynliggøres, at de har forventninger om, at EPJ agerer som en væsentlig ledelsesteknologi, eller med en lidt anden formulering, som et væsentligt styringsprogram i forhold til ledelsesmæssigt at efterstræbe en dokumentation af øgede effektiviseringer og kvalitetsforbedringer i den daglige kliniske praksis på en hospitalsafdeling i det danske sygehusvæsen (jf. mere uddybende senere i kapitlet og i min teknologianalyse af EPJ i kapitel 4).

*”lederes strategiske handlinger i forhold til de oplevede handlerum, som åbnes i deres samspil med vigtige omverdenssegmenter og aktører.”<sup>40</sup>*

Da det mulige handlerum for ledelsens strategiske handlen med andre ord altid vil være historisk og rumligt situeret, finder jeg det derfor naturligt at behandle ledelses- og organiseringsproblematikken med EPJ på Hvidovre Hospitals Børneafdeling ud fra målsætningen om det sammenhængende patientforløb med patienten i centrum. De centrale sundhedsmyndigheder udtrykker deres forventninger til de ledelsesstrategiske tiltag på sygehusafdelingerne:

*”Det er nødvendigt, at der er ledelsesmæssig opbakning til eksempelvis omlægning af arbejdsgange og opgavefordeling, hvis de skal realiseres (...).*

---

<sup>39</sup> Eller som organisationsforskeren Finn Borum, der igennem en årrække har studeret ledelse i sygehusvæsenet, giver udtryk for, så er det nødvendigt at behandle temaet ledelse i forhold til den specifikke kontekst, hvori det behandles, her sygehusvæsenet. Det giver således ikke mening at behandle ledelsesfænomenet generelt, fordi betingelserne for ledelse altid vil være bestemt af den givne kontekst. Finn Borum formulerer det på denne måde i sin introduktion til bogen *Ledelse i sygehusvæsenet* (2003).

<sup>40</sup> Finn Borum (red): *Ledelse i sygehusvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag 2003, s. 17.



*En af de vigtigste effekter af at digitalisere sundhedsvæsenet er muligheden for at forandre organisationer og arbejdsgange til mere rationelle og effektive forløb til gavn for såvel patienter som ressourceudnyttelse.”<sup>41</sup>*

De centrale sundhedsmyndigheders udsagn synes endvidere at basere sig på en rationalitet, der hviler på en idé om standardisering og ensretning af datastruktur og dataindhold i EPJ-systemerne som forudsætning for, at det ledelsesstrategisk vil være muligt med EPJ at udnytte gevinsterne i forhold til opnåelsen af det sammenhængende patientforløb med patienten i centrum (jf. mere uddybende senere i kapitlet).

*”En afgørende forudsætning for, at EPJ kan bidrage til at opfylde de overordnede målsætninger, vil være en vis grad af standardisering. Standardisering er vigtig, fordi en ensartet datastruktur af dataindholdet er en forudsætning for, at data kan udveksles og forstås mellem forskellige IT-systemer, at systemer kan integreres, og at data kan anvendes til alle relevante formål (...). IT-strategien indeholder derfor en række standardiseringsinitiativer, herunder initiativer vedrørende indholds-, struktur- og kommunikationsmæssige standarder.”<sup>42</sup>*

De centrale sundhedsmyndigheders forventninger til EPJ, som kommer til udtryk primært i de forskellige revideringer af den nationale IT-strategi for sundhedsvæsenet<sup>43</sup>, men også som de allerede kom til udtryk i Sundhedsministeriets strategirapport indeholdende en handlingsplan for elektroniske patientjournaler 1996, det såkaldte HEP-projekt. Disse forventninger breder sig som ringe i vandet, hvor de respektive sygehusejere, de 14 amter og H:S, udarbejder egne IT-strategier, der igen udspiller sig inden for rammerne af den nationale strategi, men hvor de lokale sygehusledelser, i de decentrale strategier, har mulighed for at tage højde for lokale forhold. Argumentationen i *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007* vedrørende formålet med EPJ i sygehusvæsenet hviler på et rationale om henholdsvis en økonomisk, en faglig og en kommunikativ bæredygtighed (jf. sidste del af kapitlet), hvor der på de første sider i den nationale IT-strategi 2003-2007 gives udtryk for, at initiativerne i IT-strategien skal være med til at sikre den enkelte borger eller patient en hurtig og sikker adgang til egne journaloplysninger samt give borgeren en god information omkring kvalitets- og serviceniveauet i sundhedsvæsenet.

Det er derfor et vigtigt aspekt i EPJ-diskursen, at indførelsen af denne ikke bliver et mål i sig selv, men et middel til at forfølge de sundhedsfaglige målsætninger. En kausalitet, der adskiller EPJ fra andre administrative IT-teknologier i sundhedsvæsenet, idet EPJ foruden at være en teknologi til sikring af den økonomiske bæredygtighed, gennem forventninger om en mere effektiv administration, primært synes at have fokus på det kliniske eller den faglige bæredygtighed.

Endelig synes der at være indlejret en målsætning om, at EPJ skal leve op til en kommunikativ bæredygtighed, såvel internt som eksternt, hvor den kommunikative bæredygtighed her kort skitseret tænkes som en såvel intern som eksternt dokumentation af, at man på afdelingen og hospitalet lever op til kravene om både den økonomiske og den faglige bæredygtighed.

---

<sup>41</sup> *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*, s.26.

<sup>42</sup> *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, s. 6.

<sup>43</sup> *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002* blev udsendt i december 1999. Strategien blev til i samarbejde mellem Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Amdsrådsforeningen og H:S.

Med indførelsen af EPJ, og den deraf afledte EPJ-diskurs, virker det, som om man fra de centrale sundhedsmyndigheders side forsøger at inspirere eller motivere til, at man lokalt på de enkelte sygehuse og sygehusafdelinger benytter implementeringen af den nye journalteknologi til at foretage en samtidig organisationsudvikling.

*”IT vil være et velegnet redskab i forbindelse med forbedringer af arbejdsgangene på de enkelte sygehuse eller afdelinger. IT bør derfor være et integreret led i sygehusenes fortsatte arbejde med at optimere arbejdstilrettelæggelsen med henblik på at kvalitetsudvikle patientbehandlingen og optimere ressourceanvendelsen.”<sup>44</sup>*

Opfordringen fra de centrale sundhedsmyndigheders side til at benytte EPJ-implementeringen som katalysator for at ændre i organisationen skal ses i lyset af den formodning, man har om, at når man går ind og ændrer i så væsentlig en teknologi, som patientjournalen er på et hospital, så vil man ikke kunne undgå at ændre i arbejdsgangene for derved at opnå nogle rationaliseringsgevinster i forhold til den måde, hvorpå medarbejderne skal udføre det kliniske arbejde i forbindelse med patientforløbene (en problematik, som jeg vender tilbage til i kapitel 5 i min analyse af EPJ i Børneafdelingen).

### **De tre perspektiver på EPJ i de nationale strategier for IT i sygehusvæsenet: Patientens, den sundhedsprofessionelles og det samfundsmæssige perspektiv**

I resumeet og indledningen til *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007* fremgår det, at visionerne og målsætningerne med den nationale IT-strategi 2003-2007, der afløser den nationale strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002, er at varetage tre forskellige interessegruppers interesser, borgernes, de sundhedsprofessionelles og samfundets interesser.

#### **Patientens perspektiv**

I patientens perspektiv udtrykker de centrale sundhedsmyndigheder således forventninger til EPJ om, at det er et mål med EPJ-udviklingen at medvirke til et bedre samspil mellem borgere og sundhedsvæsen, og i det hele taget at støtte den enkelte borger/patient til i størst muligt omfang at tage vare på eget helbred og egen behandlingssituation. Disse forventninger begrundes ud fra IT-anvendelsens muligheder for at tilrettelægge et patientforløb for den enkelte patient, som patienten oplever som sammenhængende, da det er muligt at udveksle patientdata gnidningsløst uden ventetider i form af flaskehalse.

Derudover forventer de centrale sundhedsmyndigheder, at EPJ kan tilbyde den enkelte patient en række muligheder i form af datatilgængelighed, således at patienten mere direkte vil kunne få indflydelse på og deltage i egen behandling. Forventningernes omdrejningspunkt er, at patienten får den bedst mulige indflydelse på egen behandling og egenomsorg enten i relation til konkrete helbredsproblemer eller i forhold til at forebygge helbredsproblemer, ved at patienten til stadighed kan modtage relevant og tilpasset information omkring egen helbreds- og behandlingssituation. Der er forventninger om, at EPJ vil gøre det muligt for patienten at blive mere aktiv omkring egen

---

<sup>44</sup> *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, s. 35.

behandlingssituation. Mere konkret har sundhedsmyndighederne forventninger til EPJ-systemet og den nationale sundhedsportal (ét fælles nationalt patientindeks) om, at det vil være muligt for patienten gennem diverse e-learningprogrammer at forberede sig på eventuelle operationer, ligesom det vil være muligt for patienten med kroniske sygdomme, som eksempelvis diabetes, via de elektroniske data, at orientere sig omkring blodsukkerdata og ændringer i diæten, som den kliniske diætist eventuelt måtte have foretaget. Sundhedsmyndighederne har tillige forventninger om, at EPJ-systemerne sammen med den fælles nationale sundhedsportal vil lette patientens kommunikation med de sundhedsprofessionelle, fordi patienten kun behøver at beskrive sit sygdomsforløb én gang, da de forskellige sundhedsprofessionelle, der involveres i patientforløbet, vil kunne orientere sig i patientens tilgængelige elektroniske data omkring det hidtidige patientforløb og omkring fremtidige undersøgelser, behandlings- og plejeplaner. På den baggrund har sundhedsmyndighederne forventninger om, at patienten vil opleve et fagligt optimalt sammenhængende patientforløb, eksempelvis i form af en glidende overgang, når patienten udskrives fra hospital til hjemmet.

De centrale sundhedsmyndigheder beskriver patientforløbet som en række begivenheder, der består af lægens visitation af patienten hurtigst muligt efter dennes ankomst til hospitalet. På baggrund af lægens visitation opstiller lægen en diagnose og dermed et diagnostisk forløb for patienten, hvortil lægen knytter et behandlingsforløb til det givne diagnostiske forløb. Dertil følger der som hovedregel et plejeforløb til den givne diagnose og behandling, inden patienten igen kan udskrives.

Aktiviteterne visitation, diagnostisk forløb, behandlings- og plejeforløb samt udskrivning er patientforløbets hovedaktiviteter, men til hver af disse hovedaktiviteter undervejs i patientforløbet knytter der sig et hav af underaktiviteter i form af faglige vurderinger og beslutninger, der har overordentlig stor betydning for det videre patientforløb. Eksempler herpå kan være stuegang, blodprøver, mikrobiologiske undersøgelser, røntgenundersøgelser, skanninger etc.

Disse niveauer og kategoriseringer af patientforløbet vil i en yderligere detaljeringsgrad kunne beskrives ved et hav af faglige vurderinger og beslutninger med vidtrækkende konsekvenser for patientforløbet. Samtidig vil fokus på de forskellige aktiviteter i patientforløbet være bestemt af, hvilken faggruppe på hospitalet man tilhører. Alt i alt giver det billedet af, at patientforløbet er et multifacetteret begreb.

Det kan være lægelige vurderinger og beslutninger omkring diagnostik og behandling, der knytter sig til, hvilken diagnose der skal hæftes på patienten, og hvilken behandling der vil være den rette, operation eller medicinering, og hvilke eventuelle undersøgelser patienten skal igennem for at kunne give os svaret på diagnosen og behandlingsformen etc.

De sygeplejefaglige vurderinger og beslutninger vil typisk knytte sig til plejen, hvor der kontinuerligt tages beslutninger omkring videre pleje ud fra patientens aktuelle situation, da det er sygeplejerskerne, der følger patienten tættest under patientforløbet.

Informationerne omkring patientens diagnostik, behandling og pleje akkumuleres gennem patientforløbet i patientjournalen, dvs. de dokumenteres, opbevares, fremfindes, genbruges, videreformidles af de sundhedsprofessionelle fra patientjournalen i forbindelse med de sundhedsprofessionelles arbejdsgange og opgavevaretagelse i relation til patientens sygdomsforløb.

Sundhedsmyndighederne giver udtryk for, at en effektiv håndtering af informationerne omkring patientens diagnostik, behandling og pleje, men også omkring patientens stamdata (administrative data som navn, alder, sociale forhold etc.) i patientjournalen har en afgørende indflydelse på, at patientforløbet optimeres. Sundhedsmyndighederne formulerer forventningerne til EPJ:

*”Overskriften for de sundhedsprofessionelles brug af IT er ”den kliniske arbejdsplads”. Elektroniske patientjournaler skal udgøre de sundhedsprofessionelles indgang til de relevante informationer i den konkrete situation, og hvor intelligente værktøjer sørger for det optimale overblik og udnyttelse af allerede eksisterende information fra flere forskellige kilder.”<sup>45</sup>*

Som begrebet patientforløbet eksplicit indikerer, giver de centrale sundhedsmyndigheder udtryk for, at der er tale om et begreb, der tillige indeholder en tidsdimension. En tidsdimension, der kan beskrives ved de enkelte begivenheder, men også i ventetiden imellem de enkelte begivenheder, eksempelvis de forskellige undersøgelser. Det tidsmæssige aspekt i patientforløbet fordrer to ting, for at patientforløbet opleves som værende optimalt, nemlig at der ikke opstår for lang ventetid mellem de enkelte begivenheder i patientforløbet, og at informationerne knyttende sig til de enkelte begivenheder i patientforløbet dokumenteres kronologisk, det vil sige i den rigtige rækkefølge i patientjournalen.

Ved at de givne ”problemer” eller forhold omkring diagnostik, undersøgelse, behandling og pleje dokumenteres kronologisk og problemorienteret, gives det bedst mulige grundlag for de kliniske medarbejdere for at erkende problemernes årsags-virknings-sammenhæng, og dermed deres mulighed for at tilrettelægge et videre sammenhængende patientforløb med den rigtige undersøgelse, behandling og pleje til gavn for patienten.

*”Mens den (papirbaserede) kildetekst-orienterede journal primært er kronologisk orienteret, er den, fælles, problemorienterede journal opbygget omkring definition og opstilling af problemer, hvortil der sker en løbende relatering af journalens notater, der igen dækker observationer og (ordination af) handlinger. Problemorientering, der er vanskelig at håndtere i papirjournalen, skal give bedre overblik og dokumentation over sammenhængen mellem patientens problemer og de deraf afledte handlinger og resultater. Dette stiller særlige krav til struktur og formalisering af EPJ-arkitektur og EPJ-data.”<sup>46</sup>*

Målsætningen om at have ”patienten i centrum” og den relaterende målsætning, som de centrale sundhedsmyndigheder lader komme til udtryk i de nationale strategier for IT i sundhedsvæsenet, om at EPJ skal være ”patientens journal”, hviler på nogle etiske værdier i forhold til brug af IT i forhold til undersøgelse, behandling og pleje af patienten. De centrale begreber er her gensidig respekt og tillid mellem patient og den sundhedsprofessionelle, hvor patienten kan føle den nødvendige tryk i en ofte utryk

---

<sup>45</sup> National IT-strategi i sundhedsvæsenet 2003-2007, s. 20.

<sup>46</sup> Elektronisk Patientjournal. HVEPS-projektet – erfaringer og perspektiver, Institut for Sundhedsvæsen, Hvidovre Hospital 1996, s. 12.

situation. En sådan respekt, tillid og tryghed opnår patienten bedst muligt ved, at den sundhedsprofessionelle udviser et tilstrækkeligt nærvær over for patienten og samtidig formår at udvise åbenhed om patientens data knyttende sig til dennes undersøgelse, behandling og pleje.

De centrale sundhedsmyndigheder betoner i IT-strategierne vigtigheden af, at den sundhedsprofessionelle over for patienten formår at udvise et godt overblik over situationen, samtidig med at den sundhedsprofessionelle giver patienten følelsen af, at denne bliver hørt og taget alvorligt, og at relationen mellem patienten og den sundhedsprofessionelle bygger på ligestilling og fortrolighed. Denne følelse kan den sundhedsprofessionelle indgyde patienten ved at give denne adgang til de nødvendige eller tilstrækkelige informationer og ved at præsentere disse informationer på en pædagogisk og let forståelig måde. Målsætningen om ”patienten i centrum” baserer sig altså på nogle helt grundlæggende menneskelige værdier.

Sundhedsmyndighederne giver udtryk for, at det er vigtigt, at EPJ, og mere konkret computerskærmen, ikke bliver et fremmedgørende element i lægens kontakt med patienten. Eksempelvis kan patienten ved lægens stuegang frygte, at computerskærmen vil være en barriere for, at patienten kan få øjenkontakt med lægen, hvor patienten dermed ikke får følelsen af lægens nærvær, hvorfor der igen er stor risiko for, at patienten ikke får den tilstrækkelige tillid til lægen.

*”Patientforløb og dets understøttelse betragtes som ’krumtappen’ i opfattelsen af hvad EPJ er og skal kunne. Patientforløb står for et helhedssyn på diagnostik, behandling og pleje af patienter på tværs af sektor- og afdelingsgrænser og på tværs af sundhedsfaglige grupperinger. En ensartet forståelse for og dokumentation af patientforløb kræver, at der udvikles og etableres praktisk anvendelige patientforløbsmodeller.”<sup>47</sup>*

Muligheden for at sikre en bedre koordination med EPJ betyder helt konkret, at risikoen mindskes for, at patienten, som det ofte har været tilfældet med papirjournalen, skal igennem de samme undersøgelser flere gange, samtidig med at patienten skal oplyse de samme oplysninger til sundhedspersonalet flere gange. Denne problematik var forbundet med papirjournalen, netop fordi den ofte ikke var tilgængelig for medarbejderne, hvorfor de ikke havde de optimale muligheder for at koordinere patientforløbet og derfor ofte ikke kunne være sikre på, at de havde de nyest opdaterede oplysninger om patienten. Der er forventning om, at denne risiko vil mindskes ganske betragteligt med EPJ.

Den forventning, der er om, at EPJ vil skabe større datatilgængelighed for medarbejderne igennem patientforløbet, giver samtidig medarbejderne muligheden for i langt højere grad på et godt fagligt grundlag at medinddrage patienten i beslutninger omkring dennes patientforløb, hvor det synes hensigtsmæssigt. Denne mulighed er der forventning om vil give patienten oplevelsen af, at patientjournalen netop er patientens egen journal, og at patienten dermed vil føle et medejerskab i forhold til journalen og i sidste ende til sit eget behandlingsforløb.

---

<sup>47</sup> Ibid.

## De sundhedsprofessionelles perspektiv

De centrale sundhedsmyndigheder giver udtryk for, at EPJ som ny patientjournalteknologi kan agere som katalysator for en effektivisering af tilrettelæggelsen af arbejdsgangene og opgavefordelingerne mellem faggrupperne. De har forventninger til EPJ om, at afdelingsledelserne rundt omkring på de forskellige hospitalsafdelinger benytter implementeringen af den nye journalteknologi til at foretage organisationsforandringer i form af nye samarbejdsrelationer faggrupperne imellem, som forudsætning for at patientdata dokumenteres mest hensigtsmæssigt i en fælles informationsstruktur i EPJ,<sup>48</sup> hvorved de kan være tilgængelige for alle relevante parter, de involverede sundhedsprofessionelle og patienten.

*”Udvikling af fælles standarder og begreber for journaler og IT-systemer skal medvirke til at sikre, at de effektivt kan understøtte tværfagligt kvalitetsbetonet arbejde, og at data kan deles (...). Vejen hen mod integrerede informationssystemer vil være storskala udvikling og ibrugtagning af elektroniske patientjournaler baseret på fælles standarder. Hovedparten af de initiativer, der er gældende for den første periode af IT-strategien (1. jan 2003-31. dec. 2005) vedrører derfor udvikling og indførelse af EPJ, herunder med særligt fokus på initiativer, der skal sikre en god integration mellem EPJ og de øvrige IT-systemer, som findes i sundhedsvæsenet”.*<sup>49</sup>

De centrale sundhedsmyndigheder mener, at det er vigtigt, at IT-anvendelsen foregår som et led i det sundhedsfaglige arbejde, hvor alle relevante informationer er tilgængelige på det tidspunkt og sted, hvor de skal bruges. En forudsætning herfor, er at IT-systemerne er integrerede i et nødvendigt omfang, da de skal kunne kommunikere oplysninger omkring patienten både inden for sygehusvæsenet og til andre relevante parter, primærsektor, diverse registre som eksempelvis Landspatientregisteret etc.<sup>50</sup> Denne integration og genbrug af data forudsætter, at de vil være maskinlæsbare på forskellige EPJ-systemer, ved at data er organiseret på samme måde i indhold og struktur.

*”Den elektroniske kommunikation i det danske sundhedsvæsen er i dag udbredt vha. standardiserede meddelelser i en række typiske kliniske situationer. Indholdet i meddelelserne er dog ikke direkte ’maskinlæsbart’, hvor det i en lang række tilfælde ikke kan genbruges uden videre. Med udsigt til flere IT-systemer er der reel risiko for informationsmæssige ’øer’, hvor oplysninger skal overføres manuelt eller er for forskelligt organiseret til at kunne sammenstilles. Det kan risikere at medføre, at sundhedsvæsenet langt fra realiserer de gevinster, som en udstrakt IT-anvendelse stiller i udsigt.”*<sup>51</sup>

De centrale sundhedsmyndigheder har forventninger om, at EPJ vil skabe bedre muligheder for at samarbejde såvel inden for samme faggruppe som tværfagligt mellem

---

<sup>48</sup> National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007, s. 9.

<sup>49</sup> Ibid.

<sup>50</sup> Landspatientregisteret (LPR) har fungeret som register over sygehuskontakter siden 1977. Internationalt er dette et unikt register med en lang samlet dokumentation på individniveau af denne del af sygehusvæsenets ydelser. Kilde: National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007, s. 44.

<sup>51</sup> Ibid., s. 26.

faggrupperne, fordi de relevante oplysninger omkring patienten altid vil være til stede med EPJ. Arbejdsprocesserne vil dermed ikke blive afbrudt af flaskehalse i forhold til den samlede proces, og der vil ikke opstå ventetider i patientforløbet som følge af, at sundhedspersonalet mangler de nødvendige informationer omkring patienten til at kunne foretage de nødvendige beslutninger i bestræbelserne på at få patienten videre igennem patientforløbet.

Der er forventninger om, at der med EPJ er tid at spare, fordi den generelle databehandling bliver lettere. Eksempelvis skal de samme data med EPJ ikke længere tages mere end én gang, da de elektronisk vil kunne genbruges flere steder i journalen. Kort sagt er der forventninger til EPJ på tre dimensioner: 1) i forhold til en rum-dimension, idet det forventes, at den vil ændre rummet for det kliniske arbejde, ved at forandringen i patientjournalteknologi vil ændre samarbejdsrelationerne imellem faggrupperne, ligesom den vil ændre i relationerne imellem de forskellige hændelser i patientforløbet, således at flaskehalse og ventetider kan undgås eller minimeres. Flaskehalsproblematikken har også konsekvenser i forhold til de forventninger, man har 2) i relation til tids-dimensionen, da det har tidsmæssige implikationer at ændre det relative forhold mellem de forskellige hændelser i patientforløbet, samtidig med at der med den nye journalteknologi indføres en ny dokumentationspraksis, der blandt andet betyder, at samme data kun skal tages én gang, såvel som at data altid er tilgængelige. Og endelig 3) i forhold til en kvalifikations-dimension, da der er forventninger om, at EPJ som program, gennem den elektroniske standardisering af data, vil kunne understøtte den enkelte leder og medarbejder på nye måder i forhold til ledelse, organisering og udførelse af det daglige arbejde.<sup>52</sup>

I forhold til de sundhedsprofessionelles omgang med EPJ udtrykker de centrale sundhedsmyndigheder forventninger om, at EPJ vil være en patientjournalteknologi, der vil sikre den mest hensigtsmæssige dokumentation og fremfinding af patientdata, der vil skabe de bedst mulige betingelser for kommunikationen omkring patienten mellem de sundhedsprofessionelle og imellem de sundhedsprofessionelle og patienten. Den bedre kommunikation skaber forventninger omkring en bedre kvalitet i patientbehandlingen.

*”Elektroniske patientjournaler skal udgøre de sundhedsprofessionelles indgang til de relevante informationer i den konkrete situation, og hvor intelligente værktøjer sørger for det optimale overblik og udnyttelse af allerede eksisterende information fra flere forskellige kilder. Udfordringen bliver i høj grad samtidig at sortere data og vælge hvilke informationer, der skal målrettes/sendes, og hvilke der skal være mulighed for at finde frem, så der ikke opstår et informationsoverflow”.*<sup>53</sup>

Der er specielt ét forhold, der gør, at man fra de centrale sundhedsmyndigheders side har så store forventninger til EPJ's potentialer i forhold til at skabe gevinster, både når det drejer sig om at styrke den faglige kvalitet af sundhedsydelserne, og når det drejer sig om en bedre ressourceudnyttelse i relation til produktionen af de faglige ydelser. Det er det forhold, at produktionen af sundhedsfaglige ydelser i patientforløbene er en meget videnstung produktion, hvor der knytter sig mange informationer i form af behandlings- og

---

<sup>52</sup> I afhandlingens kapitel 5 vil jeg i min analyse af EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital forholde mig systematisk til de tre dimensioner, når jeg analyserer EPJ som program i forhold til de sundhedspolitiske målsætninger.

<sup>53</sup> *National strategi for IT i sundhedsvæsenet 2003-2007*, s. 20.

plejeplaner, medicinoplysninger etc., informationer, der kontinuerligt ændres, og som kontinuerligt bliver læst af mange forskellige sundhedsprofessionelle med meget forskellige faglige baggrunde på flere forskellige geografiske områder.

Sundhedsmyndighederne har forventninger om, at EPJ gør det muligt kontinuerligt at læse og rette i data fra flere forskellige geografiske områder, således at informationerne i patientjournalen omkring patientens behandlings- og plejeforløb altid vil være opdaterede, hvilket er essentielt for at træffe de bedst mulige beslutninger omkring patientens videre behandling og pleje. Sundhedsmyndighedernes forventninger til EPJ er tillige store, fordi EPJ i modsætning til papirjournalen gør det muligt for de sundhedsprofessionelle at dokumentere tværfagligt i patientjournalen, hvilket forventes vil skabe en større viden hos den enkelte sundhedsprofessionelle om patientens samlede patientforløb.

*”Den papirbårne dokumentation har typisk været monofaglig – læger, sygeplejersker og eksempelvis fysioterapeuter skriver og læser i hver deres journal. Visionen fremover er, at dokumentationen er tværfaglig og tager udgangspunkt i patientens problemer i stedet for fagpersonen. En tværfaglig journal vil højne de professionelles viden om det samlede patientforløb til glæde og gavn for patienten, ligesom det vil kunne opløse faggrænser”.*<sup>54</sup>

Den tilgængelige tværfaglige EPJ skaber forventninger hos de centrale sundhedsmyndigheder om, at de sundhedsprofessionelle med EPJ vil dokumentere og anvende patientdata mere rationelt forstået på den måde, at i og med at EPJ gør det let for den enkelte sundhedsprofessionelle at finde, genbruge og sammenstille patientdata i EPJ, så vil EPJ kunne motivere de sundhedsprofessionelle til ikke at spille tid på at dobbeltregistrere patientdata i journalen.

*”EPJ skal være et tværfagligt redskab, som kan præsentere data problemorienteret i en sådan form, at de kan støtte de forskellige beslutningssituationer i klinikken. EPJ skal ligeledes være et smidigt kommunikationsredskab, som letter det daglige arbejde i planlægning af patientforløb, rekvirering af ydelser etc. Endelig skal EPJ have et effektivt samspil med andre systemer i sygehuset, således at alle relevante data om patienter er tilgængelige.”*<sup>55</sup>

De centrale sundhedsmyndigheder har forventninger til EPJ om, at det vil blive muligt for de sundhedsprofessionelle at dokumentere data i relation til patientens undersøgelser, behandling og pleje så tæt på kilden som muligt, dvs. en dokumentation af data i umiddelbar forlængelse af tidspunktet, hvor data skabes. Det kan eksempelvis være data fra ekg-målinger og overvågningsapparater, der sendes direkte til EPJ. De centrale sundhedsmyndigheder mener, at det med EPJ vil være muligt at simulere komplicerede operationer i et computerprogram via scanninger fra patienten, hvilket vil optimere de enkelte operationsforløb. Derudover er der forventninger til EPJ om, at journalsystemet vil kunne komme med ”påmindelser” til de sundhedsprofessionelle, eksempelvis omkring planlagte undersøgelser for patienter med aftaler med andre faggrupper, socialrådgivere, hjemmeleje, fysioterapeut m.m. Endvidere har sundhedsmyndighederne forventninger til EPJ om, at det med det nye journalsystem bliver muligt at indberette data direkte fra patientens journal til diverse relevante kliniske databaser til gavn for administration,

---

<sup>54</sup> Ibid.

<sup>55</sup> Sundhedsministeriet: *Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler. Strategirapport 1996*, s. 8.



forskning og kvalitetssikring. Endelig har sundhedsmyndighederne forventninger til EPJ-systemerne om, at det vil være muligt for de sundhedsprofessionelle via EPJ at indberette patientdata direkte til en fælles offentlig sundhedsportal, således at patienternes data vil kunne samles i et fælles nationalt patientindeks,<sup>56</sup> hvor der skabes en oversigt over de enkelte patienters tidligere patientforløb med referencer til de respektive patientforløbs journaloplysninger. Sundhedsmyndighederne har således en forventning om, at der gennem patientindekset skabes mulighed for andre sundhedsprofessionelle, praktiserende læger, vagtlæger, hjemmepleje og sygehuse, for at få en hurtig adgang til relevante patientdata, eksempelvis patientens medicinprofil etc. Omvendt vil den enkelte patient få let adgang til sine behandlings- og plejeplaner over nettet, hvor det vil være muligt for de sundhedsprofessionelle at foretage elektronisk booking direkte i diverse planlægningssystemer på sygehuse og laboratorier, således at der skabes et koordineret, sammenhængende og fagligt optimalt patientforløb.

### **Det samfundsmæssige perspektiv**

I et overordnet samfundsmæssigt perspektiv er der fra de centrale sundhedsmyndigheders side udtrykt forventninger om, at en øget IT-anvendelse vil optimere udnyttelsen af ressourcerne i sundhedsvæsenet, ved at det med EPJ bliver muligt at organisere arbejdsgangene og opgavefordelingen mellem faggrupperne på en ny og mere kvalitativ og økonomisk rationel måde, således at udnyttelsen af ressourcerne i sundhedsvæsenet optimeres.

Det er ikke noget nyt inden for sygehusvæsenet, at man som medarbejder på en hospitalsafdeling skal indhente og opsamle oplysninger omkring patienten på en systematisk og struktureret måde. Det er heller ikke noget nyt, at man som medarbejder på en hospitalsafdeling skal dokumentere sine aktiviteter og kliniske beslutninger på en systematisk og struktureret måde i patientjournaler. Og endelig er det ikke et nyt fænomen, at der skal være en klar ansvars- og opgavefordeling imellem de enkelte faggrupper, om hvem der må træffe hvilke beslutninger omkring patienten og, deraf afledt, hvem der må dokumentere hvilke oplysninger omkring patienten i journalen. Med EPJ er der imidlertid skabt en ny patientjournalteknologi, og dermed potentielt nye måder at tilrettelægge arbejdsgangene på, med de dertil hørende beslutninger omkring patienten. Et forhold, der skaber potentielt nye måder for medarbejderne, og de forskellige faggrupper, at samarbejde på, og nye måder at lede og organisere arbejdet på.

*”Der lægges således op til, at sygehusejerne (amterne og H:S – de fremtidige regioner) skal sikre og understøtte, at de IT-strategiske temaer integreres og forankres i ledelsesarbejdet på alle niveauer i sygehusvæsenet(...) (og at) EPJ bør understøtte kommunikation og samarbejde på tværs af afdelinger sygehuse, amter og sektorer, (og at) EPJ bør være patientens journal og skal understøtte information til patienten, (og at) EPJ bør understøtte den faglige og organisatoriske udvikling.”<sup>57</sup>*

---

<sup>56</sup> Det forløbsbaserede Landspatientregister (LPR) skal være tilgængeligt online for alle sygehuse via den fælles offentlige sundhedsportal. På denne måde vil det forløbsbaserede LPR kunne danne udgangspunkt for ”et nationalt patientindeks”. Via indberetninger fra de enkelte sygehuses informationssystemer samles basisoplysninger om igangværende og tidligere sygdomsforløb”. Kilde: National strategi for IT i sundhedsvæsenet 2003-2007; s.46.

<sup>57</sup> National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002, s. 7-16.

## **Sammenfatning af EPJ-diskursen i de nationale strategier for IT i sygehusvæsenet**

De centrale sundhedsmyndigheders forestillinger om EPJ udtrykt i form af forventninger til EPJ i de nationale IT-strategier er struktureret gennem tre perspektiver: 1) patientens, 2) de sundhedsprofessionelles og 3) det samfundsmæssige perspektiv. Nedenfor opsummerer jeg essensen af forestillingerne og forventningerne til EPJ.

1) Essensen af de centrale sundhedsmyndigheders forestillinger om EPJ inden for patientens perspektiv er, at patientforløbet og dets understøttelse betragtes som "krumtappen" i opfattelsen af, hvad EPJ er og skal kunne. Patientforløb står for et helhedssyn på diagnostik, behandling og pleje af patienter på tværs af sektor- og afdelingsgrænser og på tværs af sundhedsfaglige grupperinger, hvor EPJ skal være en teknologi, der sikrer en ensartet forståelse for og dokumentation af patientforløb. Med andre ord skal patienten opleve, at EPJ understøtter patienten og de sundhedsprofessionelle undervejs i patientforløbet. EPJ skal sikre patienten den nødvendige information om patientens undersøgelse, behandling og pleje undervejs i patientforløbet, og i EPJ skal de sundhedsprofessionelle præsenteres for de informationer, der er nødvendige som beslutningsstøtte og gensidig kommunikation omkring patientens undersøgelser, behandling og pleje. Disse forventninger synes at afstedkomme af, at det i dag er muligt at diagnosticere og behandle for stadig flere sygdomme. Det har betydet, at informationsmængden i patientjournalen gennem de senere år er øget voldsomt. Og da papirjournalen er kendetegnet ved at være papirbaseret, monofaglig, ustandardiseret og ikke problemorienteret, er det kommet til udtryk i diskursen, at der på grund af det relativt dårligere overblik over den stadig stigende informationsmængde i papirjournalen let ville kunne opstå problemer med hensyn til fejl i dokumentationen af patientdata. Sådanne fejl vil igen betyde dårlig kvalitet af ydelserne, som følge af fejl i behandlingen, men vil tillige være årsag til en dårlig kommunikation de sundhedsprofessionelle imellem, og imellem patienten og den sundhedsprofessionelle, fordi de utilgængelige og mangelfulde patientdata vil vanskeliggøre de sundhedsprofessionelles arbejde med at planlægge og koordinere patientens videre behandlingsforløb. Med EPJ skabes der forventninger om færre fejl i dokumentationen af patientdata i journalen, og dermed forventninger om færre fejl i patientbehandlingen, da samme data kun tastes én gang samme sted ved kilden, dvs. i det øjeblik, hvor data skabes.

2) Essensen af de centrale sundhedsmyndigheders forestillinger om EPJ inden for de sundhedsprofessionelles perspektiv er, at EPJ effektivt kan understøtte tværfagligt kvalitetsbetonet arbejde, hvor data kan deles imellem de forskellige faggrupper. EPJ skal udgøre de sundhedsprofessionelles indgang til de relevante informationer i den konkrete situation, hvor intelligente værktøjer sørger for det optimale overblik og udnyttelse af allerede eksisterende information fra flere forskellige kilder, og hvor udfordringen for de sundhedsprofessionelle bliver at sørge for, at der ikke med EPJ opstår informationsoverflow. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle skal sortere data og vælge, hvilke informationer der skal målrettes og skrives i EPJ, for igen at få mulighed for at finde informationerne frem. En forudsætning for disse forestillinger om EPJ er, at der udvikles fælles standarder og begreber for journaler og IT-systemer, således at der kan udvikles integrerede informationssystemer baseret på fælles standarder.

Den store vision med EPJ er, at dokumentationen skal være tværfaglig og tage udgangspunkt i patientens problemer. En tværfaglig journal skal indeholde de

professionelles viden om det samlede patientforløb til glæde og gavn for patienten, samtidig med at den skal være med til at opløse faggrænser. Den papirbårne dokumentation har typisk været monofaglig, hvor læger og sygeplejersker har skrevet og læst i hver deres journal. Med andre ord giver de centrale sundhedsmyndigheder udtryk for en forestilling om, at EPJ skal være et tværfagligt redskab, som kan præsentere data problemorienteret i en sådan form, at de kan støtte de forskellige beslutningssituationer i klinikken. Derudover skal EPJ være et smidigt kommunikationsredskab, som letter det daglige arbejde i planlægning af patientforløb, rekvirering af ydelser etc. Endelig skal EPJ have et effektivt samspil med andre systemer i sygehuset, således at alle relevante data om patienter er tilgængelige. I diskursen blev det udtrykt, at det har været et problem med den monofaglige dokumentationspraksis i papirjournalen i forhold til at imødegå det stadigt stigende pres om at udvise høj faglig kvalitet, fordi den monofaglige dokumentationspraksis ikke giver den enkelte sundhedsprofessionelle muligheden for at få andre faggruppers perspektiver på patientbehandlingen. Den sundhedsprofessionelle får herved ikke det fulde overblik over patientforløbet. Omvendt udtrykte de centrale aktører i diskursen store forventninger til EPJ om at imødekomme det stadigt stigende krav om at udvise høj faglig kvalitet gennem en sikring af det sammenhængende patientforløb med patienten i centrum, netop fordi EPJ er elektronisk, tværfaglig, standardiseret og problemorienteret. Disse egenskaber ved EPJ skaber store forventninger blandt de centrale aktører i sundhedsvæsenet om, at EPJ vil kunne være med til at sikre en bedre dokumentation, kommunikation og koordination på grund af stor datatilgængelighed, alt sammen til gavn for den samlede planlægning og dermed kontinuiteten og sammenhængen i patientforløbet. Da EPJ er elektronisk, tværfaglig, standardiseret og problemorienteret vil det være muligt at planlægge sammenhængende patientforløb uden flaskehalse og deraf afledte ventetider for patienten. Der er forventninger til EPJ om, at data altid vil være tilgængelige, hvorfor den sundhedsprofessionelle ikke behøver at taste de samme patientdata mere end én gang, stille patienten de samme spørgsmål mere end én gang, samtidig med at patienten ikke behøver at få taget den samme undersøgelse mere end én gang. Kort sagt har de centrale sundhedsmyndigheder store forventninger om et øget tværfagligt samarbejde på afdelingerne afledt af forventningerne om den tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ, hvilket igen forventes at give de sundhedsprofessionelle et bedre overblik over patientforløbet.

3) Essensen af de centrale sundhedsmyndigheders forestillinger om EPJ inden for det samfundsmæssige perspektiv er, at regionerne skal sikre og understøtte, at de IT-strategiske temaer integreres og forankres i ledelsesarbejdet på alle niveauer i sygehusvæsenet, således at EPJ kan understøtte kommunikation og samarbejde på tværs af afdelinger, sygehuse og regioner. EPJ skal være patientens journal, hvor EPJ skal understøtte den nødvendige information til patienten, samtidig med at EPJ skal understøtte den faglige og organisatoriske udvikling.

Som det er fremgået i nærværende kapitel, har de centrale sundhedsmyndigheder mange og store forventninger til EPJ. Det betyder, at regionsledelserne i de nye regioner stilles over for nogle store udfordringer i forhold til visionerne i EPJ-diskursen i det danske sundhedsvæsen om strukturering af EPJ-information ud fra en standardisering af dataindhold og datastruktur i de forskellige EPJ-systemer, således af en integration af EPJ-informationen vil være mulig imellem EPJ-systemerne. En sådan standardisering og integration af patientdata vil være en forudsætning for, at patientdata vil være tilgængelige for de sundhedsprofessionelle på de enkelte sygehuse, og dermed en forudsætning for, at de sundhedsprofessionelle kan genbruge patientdata. Udfordringerne bliver ikke mindre af,

at sundhedssektoren er en kompleks og informationstung sektor. På den baggrund er de ledelsesmæssige udfordringer store til udbredelsen og implementeringen af EPJ på de danske sygehusafdelinger. Udfordringerne i relation til EPJ synes især at knytte sig til følgende ledelsesmæssige og organisatoriske implikationer i forbindelse med EPJ-implementeringen:

- Eksponere forskelligheder både internt og imellem stærke og veletablerede fagkulturer
- Lægge op til forandringer i arbejdsgange
- Stille store krav til fornyet registreringspraksis blandt klinikere

Disse udfordringer må håndteres ledelsesstrategisk for at imødegå forventningerne i EPJ-diskursen til implementeringen i det danske sygehusvæsen.

Hvad der er kommet frem i dette kapitel i forhold til afhandlingens problemformulering, er, at der specielt er en stor vision med den nye journalteknologi om, at dokumentationen i EPJ skal være tværfaglig og tage udgangspunkt i patientens problemer. De centrale sundhedsmyndigheder giver udtryk for forventningerne om en tværfaglig journal, der skal indeholde de professionelle viden om det samlede patientforløb til glæde og gavn for patienten, og som på den måde skal være med til at opløse faggrænser. Den papirbårne dokumentation har typisk været monofaglig, hvor læger og sygeplejersker har skrevet og læst i hver deres journal. Med andre ord giver de centrale sundhedsmyndigheder udtryk for en forestilling om, at EPJ skal være et tværfagligt redskab, som kan præsentere data problemorienteret i en sådan form, at data kan støtte de forskellige beslutningssituationer i klinikken. Derudover skal EPJ være et smidigt kommunikationsredskab, som bl.a. letter det daglige arbejde i planlægning af patientforløb og i rekvirering af ydelser.

En væsentlig iagttagelse i dette kapitel er, at de centrale sundhedsmyndigheder i deres udsagn giver udtryk for en rationalitet, der direkte kobler EPJ som forandringsteknologi til tværfaglighed som styringsprogram på sygehusene. Andre væsentlige iagttagelser er, at de centrale sundhedsmyndigheder direkte giver udtryk for, at EPJ's vigtigste funktioner er at kunne agere som henholdsvis beslutningsstøtte- og kommunikationsteknologi for de sundhedsprofessionelle. Endelig er det en væsentlig iagttagelse og pointe, at de centrale sundhedsmyndigheder tilbyder en teknologi, der forstås teknisk og uskyldigt, da ingen kan have noget imod effektiviseringer og bedre kvalitet. EPJ pakkes ind og sælges i et tayloristisk image.

På den baggrund er det sporene: 1) EPJ som tværfaglig dokumentationspraksisteknologi, 2) EPJ som beslutningsstøtte teknologi og 3) EPJ som kommunikationsteknologi, jeg forfølger i anden del af min teknologianalyse i næste kapitel. Disse spor vil jeg også forfølge i kapitlerne 5 og 6 i min analyse af EPJ i Børneafdelingen. I første del af kapitel 4 vil jeg foretage en teknologianalyse på et mere generelt plan, hvorefter jeg vil foretage en teknologianalyse af EPJ.

## Kapitel 4

# Patientjournalen, en grundlæggende teknologi på sygehuset

### Indledning

Som det fremgår af kapitlets overskrift, påstår jeg, at patientjournalen er en grundlæggende teknologi i sygehusvæsenet. Patientjournalen er en teknologi, der er et udtryk for en konfiguration af dispositiver, der tilsammen er et udtryk for den rationalitet, den lægevidenskabelige viden baserer sig på. Det er den påstand, jeg har en ambition om at sandsynliggøre i dette kapitel. På den baggrund har jeg tre formål med kapitlet.

Da jeg hævder, at patientjournalen er en teknologi, der samtidigt er et udtryk for en konfiguration af dispositiver, vil jeg relatere teknologibegrebet til Foucaults dispositivbegreb. Dispositiver er kort fortalt et udtryk for de anordninger, som det sociale ordner og kategoriserer verden ud fra. Fordi jeg senere i afhandlingen anvender min forståelse af patientjournalteknologien til at studere organisatoriske forandringer – forandringerne i indhold og betydning af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker – finder jeg det nødvendigt at supplere udredningen af min teknologiforståelse med en udredning af, hvordan jeg mener, man med fordel kan forstå samspillet mellem teknologi og organisatorisk forandring. Derfor præsenterer jeg nogle grundantagelser omkring teknologi i forhold til organisatorisk forandring inden for ANT. Efter gennemgangen af centrale tankegange inden for ANT foretager jeg, som afslutning på første del af kapitlet, en opsamlende diskussion, hvor jeg redegør for min generelle teknologiforståelse.

Fordi patientjournalen er den specifikke teknologi, der er omdrejningspunktet i min afhandling, ønsker jeg i anden del af kapitlet, gennem min diakrone og synkrone fortælling om patientjournalen, at redegøre for den rationalitet, jeg mener patientjournalen baserer sig på. Det er min påstand, at den diakrone og den synkrone fortælling om patientjournalen samtidig er fortællingen om, hvordan relationerne mellem sygdomslæren (nosologien) eller den lægevidenskabelige viden, erfaring og institution har udviklet sig og institutionaliseret sig inden for sygehusvæsenet.

Endelig ønsker jeg for det tredje og afslutningsvis i kapitlet gennem en opsamlende diskussion omkring patientjournalen at lægge op til min senere analyse i afhandlingens kapitel 6, hvor jeg analyserer afhandlingens problemstilling, den betydning og det indhold EPJ som katalysator giver det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Det gør jeg ved at sandsynliggøre, at patientjournalen er en teknologi, der udtrykker en konfiguration af dispositiver, der tilsammen er et udtryk for den lægevidenskabelige medicinske faglighed. Patientjournalen disponerer forskellige tilbøjeligheder for en bestemt adfærd og bestemte hændelser på hospitalsafdelingen i forhold til organiseringen af de arbejdsgange og opgavefordelinger, der skal udføres i forbindelse med helbredelse af og herunder behandling og pleje af patienten. Tre formål, der tilsammen skal gøre det muligt at forstå sammenhængen mellem teknologi og organisatorisk forandring, hvor den pointe, jeg gerne vil skrive frem i kapitlet, er, at forsøger man at forandre patientjournalen,

rører man ved nogle fasttømrede forestillinger om virkelighedsskabelse og faglighed på et hospital.

Udgangspunktet for min tilgang til teknologibegrebet er den distinktion, hvor man kan vælge at anskue journalteknologi som værende enten et neutralt arbejdsredskab i forbindelse med den kliniske praksis på et hospital eller en ikke-neutral form for ledelsesteknologi, ledere og medarbejdere på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet vil kunne benytte sig af i forhold til at give de forskellige medarbejdergrupper på hospitalerne forskellige rettigheder i forbindelse med at læse og skrive patientens ("krops")historie i journalen. Patientjournalen konstituerer de enkelte medarbejdere gennem disciplinering og kontrol af medarbejdernes arbejdsgange i den kliniske praksis på hospitalet<sup>58</sup>.

Jeg mener, den nye journalteknologi har en overordentlig stor indflydelse på konstitueringen af identiteter og selvforståelser, subjektpositioner og objektpositioner på en hospitalsafdeling, og dermed på fordelingen af magt og indflydelse på afdelingen, fordi journalteknologien er omdrejningspunktet for den kliniske praksis. Det er journalteknologien, der er mediet for opsamling, opbevaring, bearbejdning og formidling af de kliniske data, der er den viden, den kliniske praksis baserer sig på. Da EPJ bliver en central vidensdistributør, bliver måden, hvorpå EPJ implementeres på, afgørende for de fremtidige magtrelationer i afdelingen.

## Teknologi

Et af Foucaults hovedanliggender igennem hans forfatterskab har været at illustrere de forskellige måder, hvorpå mennesket har udviklet en bestemt viden omkring sig selv i bestræbelserne på at forstå sig selv. En viden, der er udviklet igennem en række forskellige videnskaber som økonomi, biologi, psykiatri, medicin etc.<sup>59</sup> De specifikke videnskaber kommer til at fremstå som bestemte måder, hvorpå mennesket udvikler bestemte sandhedsspil i bestræbelserne på at forstå sig selv. Foucault hævder, at der især findes fire forskellige teknologier.

Den ene kategori af teknologier kalder Foucault produktions-teknologier, med hvilke det bliver muligt for mennesker at producere, forædle og transformere ting. Eller som Foucault udtrykker det, at manipulere med ting<sup>60</sup>. Den anden kategori af teknologier er tegnsystem-teknologierne, der gør det muligt for mennesker at skabe en bestemt mening gennem anvendelse af bestemte tegn og symboler. Den tredje kategori af teknologier er magt-teknologierne, som er teknologier, der er determinerende for menneskers adfærd i den forstand, at teknologierne virker styrende i forhold til de mål, mennesker forfølger for at opnå dominans. Endelig er der den fjerde kategori, selv-teknologierne, der er teknologier, ved hjælp af hvilke mennesker kan styre deres egne liv gennem tanke og handling, i deres

---

<sup>58</sup> I *Overvågning og straf* bevæger Foucault sig, med sit "bio-power"-begreb, hinsides sin analyse af de diskursive strukturer mellem arbejde og befolkning, hvor han pointerer at bio-power er en moderne tilgang til at analysere, hvordan magten udspiller sig, nemlig ved at organisere den samlede befolkning og dennes produktivitet på en måde, der vil optimere den samlede samfundsvelfærd. I Dreyfus & Rabinow: *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*, The University of Chicago Press 1982, s. 7-8.

<sup>59</sup> Jf. bl.a. Anders Fogh Jensens gennemgang af Foucaults forfatterskab i sin bog *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005.

<sup>60</sup> *Technologies of the Self, A Seminar with Michel Foucault*, edited by Luther Martin, Huck Gutman, Patrick H. Huttun, The University of Massachusetts Press 1998.

måder at være på, så de opnår en tilstrækkelig grad af lykke, visdom, perfektion og udødelighed.

*"I wish to discuss the subject not only in theory but in relation to a set of practices in late antiquity. These practices were constituted in Greek as 'epimelesthai sautou', 'to take care of your self', 'the concern with self', 'to be concerned, to take care of yourself' (...). Epimelesthai expresses something much more serious than the simple fact of paying attention. It involves various things: taking pains with one's holdings and one's health. It is always a real activity and not just an attitude."*<sup>61</sup>

Foucault har været inspireret af de antikke grækere, der så det som et vigtigt princip i styringen af bystaten, at den enkelte borger aktivt tog vare på sig selv, gennem en styring af sig selv, for herigennem at lære sig selv at kende.<sup>62</sup> Grunden til, at dette princip ansås for at være så vigtigt, var, at man mente, at en forudsætning for, at man ville være i stand til at "leve det gode liv" ved at være noget for andre (staten, organisationen), var, at man kendte sig selv. Så ved at lære sig selv at kende gjorde man samtidig noget godt for kollektivet. På den måde blev det ligefrem moralsk forpligtigende for den enkelte borger i bystaten at lære sig selv at kende. Citatet synes at illustrere, at det vigtigste i forbindelse med at lære sig selv at kende er selve den proces, hvor man som borger aktivt forsøger at nå ind til sig, der er afgørende for, at man kan være en god samfundsborger, snarere end det er ens aktuelle sundhedstilstand og aktuelle holdninger.

En vigtig pointe hos Foucault i forhold til de fire forskellige teknologityper er, at de aldrig vil virke isoleret set, men vil indgå i et kontinuerligt samspil, hvor de forskellige teknologityper på skift kan være dominerende på forskellige tidspunkter og i forskellige rum. Samtidig vil Foucault hævde, at for at kunne håndtere de forskellige teknologier kræves der bestemte færdigheder og bestemte holdninger hos individet.

Foucault har været mest optaget af at studere, hvordan interaktionen mellem magt-teknologierne og selv-teknologierne, mellem kollektivet og det enkelte individ, igennem historien har organiseret en bestemt viden. Eller med andre ord, hvordan samspillet har været mellem de teknologier, ved hjælp af hvilke nogle har søgt at styre andre, og de teknologier, ved hjælp af hvilke de enkelte individer har forsøgt at styre sig selv. Interaktionen mellem de to kategorier af styringsteknologier kalder Foucault "governmentality".<sup>63</sup>

## Dispositivet

Jeg vender senere mere uddybende tilbage til Foucaults teknologitypologi, men vil først præsentere Foucaults dispositivbegreb, da dette begreb har en central plads i Foucaults

---

<sup>61</sup> Foucault 1998, s. 19.

<sup>62</sup> Foucault refererer til denne proces med begrebet: the Delphic principle, "Know yourself". "To take care of oneself consist of knowing oneself. Knowing oneself becomes the object of the quest of concern for self. Being occupied with oneself and political activities are linked".

<sup>63</sup> *Technologies of the Self. A Seminar with Michel Foucault*, edited by Luther Martin, Huck Gutman, Patrick H. Hutton, The University of Massachusetts Press 1998.

samlede forfatterskab, der groft sagt havde det overordnede formål at studere de problematiseringer, der blev mulige gennem bestemte dispositiver.<sup>64</sup>

Et eksempel herpå er nedenstående reference til bogen *Klinikkens fødsel*, der beskriver den patologiske anatomis gennembrud inden for den moderne lægevidenskab, hvor lægen i stedet for at spørge patienten om symptomer åbner ligenes kroppe for gennem øjet selv at se, hvordan kroppens mange organer ser ud og er forbundet med hinanden.

*”En dag begyndte menneskene at sprætte lig op. Hånden og kniven fik til opgave at sprede organerne, så det menneskelige øje kunne se ned i kroppen. Man stirrede på alle organerne for at få noget at vide om det levende legeme, ganske som man havde udsurgt den syge for at kende den raske.”*<sup>65</sup>

Historien er et eksempel på Foucaults gennemgående ambition med sin filosofi, at illustrere, hvorledes der op gennem historien skabes nye måder at gøre og tænke tingene på. Det betyder, at Foucault havde fokus på det anderledes i studiet af, hvordan det anderledes blev et anderledes anderledes.

Foucaults fokus på, hvordan menneskene begynder at tænke og gøre tingene anderledes, betyder, at Foucaults filosofi kommer til at handle om, hvordan mennesker har ledet hinanden på forskellige tidspunkter i historien. Dette tema kan kaldes for styresystemernes historie. Men styresystemernes historie må være styret af nogle mere grundlæggende bagvedliggende historier, nemlig de historier, der fortæller, hvordan mennesker op gennem historien har tænkt og forestillet sig verden indrettet. Historier, der er blevet kaldt tankesystemernes historier<sup>66</sup>. Foucaults gennembrudsværk fra 1966, *Ordene og tingene*, handler bl.a. om, hvordan mennesker på forskellige tidspunkter har ordnet og kategoriseret verden på forskellige måder.

Det har været en antagelse hos Foucault, når han studerede, hvordan de forskellige tanke- og styresystemer har ordnet og kategoriseret verden forskelligt på forskellige tidspunkter, at ikke alle spørgsmål kan stilles til alle tider, men at historien skal opfattes som en række sociale rum styret af hver sin specifikke rationalitet og ledelsesform. Foucaults filosofi kommer derfor til at handle om brud mellem forskellige tanke- og styresystemer i forhold til det sociale.

Foucaults grundlæggende interesse for at undersøge tankesystemernes historie, for hvordan det i en given tid og et givent rum var muligt at stille bestemte spørgsmål, og ikke andre, skal ses i lyset af, at Foucault mente, at tanken og dermed de bestemte spørgsmål, man på baggrund af tanken er i stand til at stille, er styrende for blikket, og derfor gør det muligt at opdage og problematisere noget, og ikke andet, på givne tidspunkter og steder i historien.

*”Problemativering vil ikke sige at repræsentere et forud eksisterende objekt, heller ikke at skabe et objekt i diskursen, der ikke eksisterer. Det er sammenhængen af diskursive og ikke-diskursive praktikker, der indfører noget i spillet om sandt og falsk og konstituerer det som objekt for tanken*

---

<sup>64</sup> Jf. Anders Fogh Jensen (2005) eller Sverre Raffnsøe (2002) for en uddybende diskussion af Foucaults forfatterskab.

<sup>65</sup> Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 7.

<sup>66</sup> Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 8 f.



(det være sig som moralsk refleksion, videnskabelig viden, politisk analyse etc.).”<sup>67</sup>

Citatet synes at illustrere, at det hos Foucault er tanken, der realiserer de ting, øjet kan se, ved at tænke dem som mulige og sandsynlige løsninger på problemerne. Tanken skaber med andre ord en bestemt praksis, der igen skaber bestemte oplevelser og erfaringer. Foucaults erfaringsbegreb ”experience” bliver et begreb, der dækker over måder at opleve verden på gennem de specifikke problematiseringer og den specifikke håndtering af problemerne. Det er igennem erfaringen, at subjektet kontinuerligt opløses og opbygges til noget nyt. Subjektet konstitueres kontinuerligt på ny gennem sammenbrud, som følge af dets nye erfaringer. Foucault opfatter derfor ikke subjektet som en form i en krop, men som noget, der kontinuerligt skabes på ny igennem specifikke oplevelser, der igen er bestemt af de specifikke problematiseringer. Med andre ord synes der at eksistere to parallelt kørende systemer med hver sine begrænsninger inden for Foucaults filosofi. Tankesystemernes, der er styrende for, hvad der kan tænkes, siges og ses på et givent tidspunkt i et givent samfund. Og styresystemernes, der er bestemmende for, hvad man bør tænke, sige og se på et givent tidspunkt i et givent samfund. Det betyder, at normativiteten repræsenteres i styresystemet, der er styrende for det, der bør siges, og det, der ikke bør siges, hvem der må skrive hvad, og hvem der ikke må skrive noget i en given sammenhæng på et givent tidspunkt, eksempelvis i patientjournalen. Analysen af de to parallelle systemer fortæller os historien om reguleringer af mennesker, om herskere og undersåtter, læger og patienter, læger og sygeplejersker etc., der på givne tidspunkter er underlagt forskellige styreformere.

Historierne om styresystemerne bliver en del af tankesystemernes historie, nemlig historierne om, hvordan man inden for forskellige epoker og gennem historien har indrettet det sociale forskelligt, således at det har været muligt at styre mennesker på forskellige måder inden for de forskellige epoker, og på samme måde inden for forskellige sociale rum på et givent tidspunkt, jf. Foucaults diakrone (historiske) analyser for at forstå historien og dermed samtiden, og Foucaults synkrone (samtidige) analyser for at forstå samtiden.<sup>68</sup> Foucault analyserer brud i historien, der ikke synes at have vist sig som enkeltstående brud, men som inkrementelle og gradvise opbrydninger. Ifølge Foucault kommer historien til at bestå af kontinuerlige transformationer, der baner vejen for transformationer i tanke- og styresystemer, hvor Foucault spørger sig selv, hvorledes det blev muligt at tænke således.<sup>69</sup> Det er det samme spørgsmål, jeg stiller mig i min teknologianalyse af patientjournalen. Hvorledes bliver det muligt at spørge, tænke og udtale sig, at problematisere med transformationen af patientjournalen fra papirjournal til EPJ?

Den sociale teknologi i Foucaults optik synes at være en teknologi, mennesker tager i anvendelse, når de står over for et problem, hvor den sociale teknologi da bliver den løsning på problemet, der foreslås af mennesket på et givent tidspunkt i et givent rum. Den sociale teknologi bliver hermed et udtryk for menneskers måde at håndtere givne problemer på. Grundlæggende er Foucaults filosofi en filosofi om problemer.

---

<sup>67</sup> (DE350-IV 670) i Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 21.

<sup>68</sup> Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005.

<sup>69</sup> Sverre Raffnsøe (2002).

*”Når Foucault møder et problem, går han den modsatte vej. Han tager problemet som et svar, og spørger efter et spørgsmål bag problemet, som problemet er et svar på: ’Hvad er svaret på spørgsmålet? Problemet’.”*<sup>70</sup>

Til et givent problem relateres med andre ord ikke alene de spørgsmål, som problemet er svar på, men også de mulige løsninger, der synes at være på problemet. Foucault mente, at der på bestemte tidspunkter i historien var bestemte løsninger, folk var tilbøjelige til at vælge som svar på problemerne. Disse tilbøjeligheder i forhold til bestemte løsningsmodeller kaldte Foucault dispositiver. Dispositiverne bliver et udtryk for menneskers problematisering og håndtering af de problemer, de står over for, hvor den løsningsmodel, der vælges, vil være bestemt af de gældende tanke- og styresystemer på det givne tidspunkt i historien, afhængig af hvad man tænker, og hvad der praktisk er til rådighed. En vigtig pointe hos Foucault er, at den specifikke løsning, man vælger på et givent problem, og dermed den måde, man vælger at håndtere sine problemer på, altid vil skabe bestemte oplevelser og bestemte subjektiver. Foucault beskriver dispositivet som et begreb, der indeholder forskellige fænomener som diskurser, institutioner, arkitektoniske arrangementer, forordninger, love, administrative tiltag, videnskabelige udsagn, filosofiske forslag, moralitet, filantropi etc.<sup>71</sup>

*”Dispositivet disponerer relationer mellem mennesker til at forløbe på en given måde. For eksempel sætter et lægebesøg forskellige talepositioner i spil, indenfor et historisk betinget blik på sygdommen og en værdi, der er tilskrevet patientens eget udsagn, der alt sammen disponerer besøget til at forløbe på bestemte måder. Det sociale byder positioner til, som man må indtage for at gennemføre vellykkede handlinger, f.eks. et lægebesøg. Sådanne positioner benævner Foucault som ’sujets’, subjekter.”*<sup>72</sup>

Dispositivet er en anordnet anordning i den forstand, at det er gennem dispositivet, at der finder en rationel organisering af måder sted, hvorpå man ønsker at håndtere problemer. Denne organisering involverer og sammensætter oplevelser, viden, teknologi og institutioner på bestemte rationelle måder, der derved tillige kommer til at virke normdannende. Dispositivet er et styresystem, fordi det er gennem dispositivet, adfærden organiseres regelmæssigt og systematisk.

Foucaults dispositivhistorie bliver en historie om transformationerne i de regelmæssige relationer mellem problemer, løsninger og de dertil knyttede oplevelser, hvor Foucaults tilgang i dispositivanalysen er at lokalisere regelmæssigheder eller mønstre i den sociale praksis, for derefter at gå bag om regelmæssigheden for at afdække den norm, der er styrende for regelmæssigheden i den sociale praksis. Foucault undersøger udvekslings- og samkvemsformer mellem mennesker i sine analyser af sociale teknologier.

Gennem den dispositionelle analyse kan man så belyse regelmæssigheden i forskellige tilblivelses- og forandringsprocesser. Disse regelmæssigheder er med til at organisere en bestemt socialitet. Sverre Raffnsøe og Marius T. Gudmand-Høyer udtrykker det med afsæt i en Foucault-replik til Habermas således:

---

<sup>70</sup> (DE80-II 90/103) i Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 19..

<sup>71</sup> Foucault i Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyer: *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, 2004, s. 3.

<sup>72</sup> Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 47.

*”Den (dispositivanalysen) er fortællingen om hvordan forskellige aspekter af vores tilværelse udfoldes og uddifferentieres som selvstændige samvirkeformer i en multipel og principielt endeløs udspaltning.”<sup>73</sup>*

En grund til, at Foucault sættes i forbindelse med strukturalisterne og poststrukturalisterne, kan være, at dispositiverne tilsammen skaber en eller anden form for struktur i det sociale samspil. En struktur, der ikke må opfattes som noget statisk, men som en dynamisk struktur, da den hele tiden vil ændre sig gennem dens egne byggestene, der netop er det sociale i form af forskellige hændelser, begivenheder og interaktioner i den sociale praksis gennem de tilbøjeligheder, dispositiverne eller anordningerne disponerer. Hermed er en væsentlig pointe i forhold til teknologier, at de altid kun vil være retningsvisende i forhold til løsning af bestemte konkrete problemstillinger, og det derfor aldrig vil være muligt at forudsige de konkrete tilblivelser eller forandringer i form af givne adfærdsmønstre og i form af en given socialitet, netop fordi dispositiverne kontinuerligt indgår i interaktion med andre dispositive, der igen baserer sig på andre dominerende strategier og magtkonstellationer. De enkelte dispositive indgår med andre ord i et komplekst netværk med andre dispositive, hvor der skabes visse tilbøjeligheder, afhængigt af det enkelte dispositivs strategiske position, men hvor der stadig er plads til vilkårlighed. De enkelte individer foreskrives således at handle på en bestemt måde i forhold til en given social teknologi. En bestemt måde, der vil basere sig på erfaringer fra tidligere handlinger i en given situation, og det er med denne tilbøjelighed til en given social adfærd i bestemte situationer. Sverre Raffnsøe beskriver med begrebet ”common sense” en bestemt rationalitet i en given situation baseret på erfaringer fra lignende situationer. Pointen er, at et individ, der står i en bestemt situation med en række valgmuligheder for adfærd, vil vælge den adfærd, der virker mest rationel i forhold til en kalkuleret af resultaterne ved de respektive handlingsalternativer. Igen vil der kun være tale om tilbøjelig adfærd i forhold til den kalkulerede målrationalitet, som ”common sense”-begrebet i virkeligheden er udtryk for, hvor individet opstiller en målsætning for efterfølgende at kalkulere sig frem til det bedste middel til forfølgelse af målet i form af en bestemt adfærd.

Rationalitetsbegrebet, eller ”common sense”-begrebet hos Sverre Raffnsøe<sup>74</sup>, anviser en tilbøjelighed eller disposition for en given adfærd, fordi dispositiverne kontinuerligt ændrer strategisk position som følge af deres samspil i netværket af dispositive, og fordi det er i den konkrete adfærd, at dispositive fremtræder. Den sociale adfærd er vores eneste indgangsnøgle til dispositive, der ontologisk ikke har nogen essens, men træder frem i diskursive som ikke-diskursive praksisser. Det betyder så igen, at dispositive kan forstås som en kollektiv produceret og forpligtende idé, da det i forhold til konkrete hændelser og begivenheder anviser en række af handlingsalternativer for det enkelte individ. Anordningen dikterer, hvad der er ”common sense” eller rationel handling for det enkelte individ i konkrete situationer. Når der så opstår et mønster – en regelmæssighed i uregelmæssighederne – i forhold til en given ”common sense”, er det, Foucault taler om en transformation af dispositive, om tilblivelse og forandring. Pointen er, at en given common sense eller en given rationalitet i forhold til en given social teknologi træder frem i regulariteten af de diskursive som ikke-diskursive praksisser, og dermed kun kan erfares retrospektivt. Kritikere af dispositivanalysen vil derfor, med rette, kunne hævde, at en svaghed ved dispositivanalysen er, at den meget let vil kunne opfattes som en slags

---

<sup>73</sup> Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyer: *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, 2004, s. 15-17.

<sup>74</sup> Sverre Raffnsøe: *Sameksistens uden common sense – en elliptisk arabesk*, bind 1-3, Akademisk Forlag 2002.

historisk efterrationalisering af en given tids logik eller rationalitet, hvor problemet herved vil være, at den historiske logik eller "common sense" analyseres i forhold til den nyere tids rationalitet, i en anden strategisk sammenhæng.

Den sociale teknologi er hermed på en gang er et håndgribeligt objekt, som eksempelvis patientjournalen, Grundloven, De ti bud i Det gamle testamente etc., samtidig med at social teknologi er en mere uhåndgribelig og "manipulerende" størrelse, der virker bestemmende på vores måder at opfatte verden, og dermed det sociale, på. Den sociale teknologi er med til at bestemme den måde, hvorpå vi kategoriserer verden, fordi spørgsmålet om social teknologi, på et ideologisk plan, bliver et spørgsmål om, hvordan "man" kan manipulere med "folks" opfattelse af det sociale, dvs. folks opfattelser af sig selv og andre, og dermed også af folks opfattelse af, hvilken relation eller position de selv har i forhold til andre i det komplekse netværk af relationer og strategier og taktikker, der i Foucaultsk forstand kaldes det sociale.

*"The interest driving the study of technology is a desire to know how technologies can be said to be instrumental in the reconfiguration of our conceptions of the social and of nature (...). They challenge our existing understandings of who 'we' are, what society is."*<sup>75</sup>

Foucault opererer med tre dispositivmodaliteter som tre overordnede dispositivtyper, der virker ind på socialiteten i en given tid-og-rum-sammenhæng. Det er loven, disciplinen og det sikkerhedsskabende dispositiv<sup>76</sup>. De tre dispositivtypers fremtrædelse skal ikke ses som en seriel historisk udvikling. De vil altid på et givent tidspunkt i historien indgå i et samspil, eller i en interaktion, og på den måde til stadighed påvirke hinanden samtidigt. De tre dispositivtyper vil så tilsammen fremtræde som anordninger, der ikke ligefrem bestemmer vores adfærd, men de vil disponere en bestemt adfærd, ved at de vil skabe visse tilbøjeligheder, der så igen vil sandsynliggøre en bestemt organisering af det sociale, en bestemt socialitet.

Lovgivningen, der har en vigtig plads i socialitetens historie, fordi den meget direkte og tydeligt tegner en streg i sandet mellem, hvad der er forbudt, og hvad der er tilladt i en organisation eller et samfund. Lovgivningen bliver således en forebyggende eller dispositionel teknologi, idet den på forhånd foreskriver, og dermed disponerer, en bestemt adfærd. Håndteringen og adfærden omkring patientjournaler synes også at være reguleret ud fra lovgivning på området: patientsikkerhedsloven, persondataloven, loven om håndtering af patientfølsomme data etc., der vil virke determinerende for, hvem der har adgang til journalen, og til hvem, hvor og hvordan der må skrives og læses i journalen. Det vender jeg tilbage til i min analyse.

Disciplinen, som den anden vigtige dispositivmodalitet, disponerer gennem forebyggende indsats, ligesom lovgivningen, en bestemt type ønskelig adfærd, måske mere indirekte end lovgivningen, idet disciplinen disponerer den ønskede adfærd ved at eliminere eller dæmpe op for den uønskede adfærd. I forhold til de sundhedsprofessionelles omgang med

---

<sup>75</sup> Mike Michael 2000 s. 3 i Søren Buhl Pedersen (2005).

<sup>76</sup> For en grundigere og meget uddybende redegørelse for og definition af dispositivbegrebet henviser jeg til Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyers artikel *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, hvor de to forfattere med afsæt i forskellige leksikale betydninger, blandt andet i Le petit Robert, redegør for termens oprindelse tilbage til 1314 i Frankrig, hvor begrebet allerede dengang havde tre betydninger, en militær, en juridisk og en teknisk.

patientjournalen synes der at være tale om et samspil mellem loven og disciplinen, fordi der eksisterer en række standarder og procedurer for, hvordan journalen bør håndteres. Disciplinen skaber visse tilbøjeligheder blandt de sundhedsprofessionelle til en bestemt ønsket adfærd i arbejdet med patientjournalen.

Det sikkerhedsskabende dispositiv er, til forskel fra både lovgivningen og disciplinen, ikke en foreskrivende eller forebyggende anordning, men et ”reparerende” dispositiv, idet formålet med det sikkerhedsskabende dispositiv er at sikre en bestemt adfærd, når skaden er sket, når en bestemt adfærd, bestemte hændelser eller begivenheder har fundet sted, som det lovgivende og disciplinerende dispositiv ikke har kunnet forhindre. Det sikkerhedsskabende dispositiv søger at minimere skadens omfang.

Det er vigtigt at holde sig for øje, at de tre dispositive udspiller sig i en gensidig interaktion. Samtidig vil der kunne være elementer, der kan forekomme i mere end ét af dispositiverne, da Foucault beskriver dispositive som en bestemt anordning, der igen består af en række enkeltdele, hvor enkeltdelene i min undersøgelse er EPJ, læger, sygeplejersker, ledere, patienter, hospitalet, behandlingsformer, plejeformer etc. Positioner, der gennem dispositive og de strategier og taktikker, der som følge af bestemte magtvidens-relationer udspiller sig inden for anordningen, arrangeres på en bestemt måde i forhold til hinanden, og som igen virker bestemmende på, hvordan anordningen virker.

## **Distinktionen mellem teknologi og teknik**

### **Teknologi**

Med sin analyse af sociale teknologier ser Foucault dispositive i et meget bredt samfundsmæssigt og globalt perspektiv. Foucault indfører så et nyt begreb, teknikbegrebet, til at forklare, hvordan de implementeres lokalt og historisk. Eksempelvis i hvilket omfang man lokalt bestemmer sig til, at patientjournalen skal være elektronisk eller papirbaseret, om den skal være stationær eller mobil etc. Dette vil være beslutninger om forskellige konkrete teknikker inden for den sociale teknologi, der determinerer forskellige handlingsmuligheder og adfærdsmønstre. På den måde bliver teknologihistorien ifølge Foucault en analyse af forskellige fremgangsmåder eller teknikker, der i en gensidig interaktion udvikles og ændres, og som på den måde til stadighed udvikler og ændrer individers adfærdsmønstre og sociale samspil. Men analysen af de konkrete teknikker må relatere sig til en bagvedliggende styrende rationalitet, der må findes i samspillet mellem dispositiverne. De enkelte teknikker kan forstås som enkeltdele inden for en samlet struktur eller en helhed, dispositive.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Da Foucault ligesom Heidegger foretager distinktionen mellem teknikbegrebet og teknologibegrebet, finder jeg det nærliggende at perspektivere Foucaults dispositionelle teknologihistorie en smule i forhold til Heideggers opfattelse af teknikken og teknologien og disses indflydelse på menneskets ”væren”, hvor centrale spørgsmål er, hvorvidt teknikken og teknologien i tid og rum påvirker og ændrer menneskers selvopfattelse, og om det er teknikken og teknologien, der styrer mennesket eller omvendt. Kort fortalt, opfatter Heidegger (i *Vorträge und Aufsätze*, p. 24 i Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyer) teknik, som ”ge-stell”, en organiseringsform, der rækker ud over blot det at være et middel til at forfølge et mål, som til gengæld er den opfattelse omkring teknik og teknologi, som Foucault abonnerer på. Heidegger mener, at teknologien kan være med til at frembringe verden i sin væren eller essens. Teknologien kan vise mennesket, hvordan verden virkelig er. Et synspunkt, der ontologisk strider grundlæggende mod perspektivet i denne analyse (jf. kapitel 2). For en mere nuanceret og grundig udredning af forskellen mellem Foucault og

*”Teknologien er brugen af teknik med et rationale, en mening og et formål. For eksempel viser Foucault, hvorledes en snurremaskine, der i 1804 var tiltænkt en sandheds- og helbredelsesteknologi – at bringe melankolien ud af kroppen og det maniske ind i kroppen ved maskinens agitation – pludselig i 1818 anvendtes til at straffe med ved at igangsætte voldsomme bevægelser. Teknikken bevares, men rationaliteten udskiftes, hvorved en ny teknologi kommer i stand.”*<sup>78</sup>

Foucault opfatter en teknologi som en procedure til at bearbejde verden eller et udsnit af denne. Det vil sige, at Foucault tager udgangspunkt i forskellige praksisser for at forstå rationaliteten bag disse. I forhold til sociale teknologier og disses bestemmelse af ”den sociale orden” ser jeg en tæt relation mellem et ideologisk og ledelsesmæssigt plan, hvorfor jeg finder det oplagt at analysere journalteknologien ved hjælp af Foucaults optik omkring ”gouvernement-rationalitet”.

*”The issue of ideology essentially concerns the question of social order and, I will argue, of management in the sense of the ordering of the social, even in the direct way, akin to the Foucauldian notion of government with the aim to produce self-governance. With the reference to Foucault the notion of (...) technology becomes intrinsically linked to the practical, historical and sociological, issue of how the social becomes an object of knowledge.”*<sup>79</sup>

Et nærliggende spørgsmål at stille sig er, hvordan patientjournalen som social teknologi skaber en bestemt socialitet. Dette spørgsmål kan kun besvares ved at forholde sig til det grundlæggende spørgsmål, hvad teknologi er for en størrelse.

Foucault er af den overbevisning, at teknologi ikke er neutral, da teknologi gør noget ved virkeligheden. Med sit dispositivbegreb er Foucaults tilgang til teknologi, hvordan teknologien skaber orden og arrangerer det sociale. Med andre ord analyserer Foucault med sine dispositivanalyser, hvordan teknologi skaber, ordner og arrangerer socialiteten. Det er min overbevisning, at Foucault vil mene, at teknologi altid vil konstituere bestemte magtrelationer, hvor positioneringen af teknologien, og dermed af dens omgivelser, vil være bestemt af strategiske styrkeforhold. På den måde vil den sociale teknologi på en gang virke bestemmende for skabelsen af givne objekter og være bestemmende for objekternes positionering i forhold til givne subjekter og disses genside positionering i bestemte subjekt-objekt-relationer. Samtidig hermed bliver den sociale teknologi selv konstitueret af omgivelserne. der er tale om en gensidig påvirkning af og i det sociale rum, hvorfor det kan hævdes, at den sociale teknologi selv er en part af det sociale. En

---

Heideggers teknologiforståelse henviser jeg til Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyers artikel *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, s. 11-12.

<sup>78</sup> (GE 342/333) i Anders Fogh Jensen: *Mellem ting. Foucaults filosofi*, Det lille Forlag 2005, s. 43 og i Sverre Raffnsøe: *Sameksistens uden common sense – en elliptisk arabesk*, Akademisk Forlag 2002, bind 1, s. 81.

<sup>79</sup> Søren Buhl Pedersen i sin afhandling: *Making Space – An outline of place branding*, Copenhagen Business School (CBS) 2005.

konsekvens af de gensidige påvirkninger er, at den sociale teknologi konstitueres og formes på baggrund af tidligere erfaringer i det sociale rum, således at den sociale teknologi altid på bedst mulig måde instrumentelt vil være et effektivt middel til at opnå de opstillede målsætninger med teknologien. Hermed kommer det strategiske aspekt i forbindelse med teknologi til syne, hvor den sociale teknologi bliver synonymt med magtteknologi. Tilgangen til virkeligheden bliver ikke ontologisk, men strategisk. Det er min opfattelse, at Foucaults tilgang til virkeligheden med social teknologi er strategisk, og at Foucault vil hævde, at det kræver en refleksiv praksis at gebærde sig i virkeligheden, fordi det kontinuerligt stiller krav om, at ”man” er i stand til at foretage de bedst mulige strategiske beslutninger, at man hele tiden er i stand til at prioritere de bedst mulige målsætninger og finde de bedst mulige midler, den bedste teknologi, til at forfølge disse målsætninger. Der må finde en løbende refleksiv praksis sted i det sociale rum i form af en løbende evaluering og korrigerende af mål-middel-sammenhænge, og dermed af den anvendte teknologi.

Udviklingen af den sociale teknologi kan i et historisk perspektiv sammenlignes med biologiens evolutionsproces, og det vil samtidig være relevant at tale om forskellige ordre af teknologier, første, anden og tredje orden af socialteknologi, forstået på den måde, at anden ordens teknologien kan betragtes som en evaluering og korrigerende af første ordens teknologien og så fremdeles. Denne strategiske tilgang til social teknologi, hvor teknologiens ”præstationer” hele tiden bliver evalueret og korrigeret, har fået samfundsforskere til at sammenligne en historisk analyse af social teknologi med biologiens evolutionsteori, da den historiske analyse af teknologien er et udtryk for den samlede akkumulerede erfaringsbase.

## Teknik

I relation til betragtningerne omkring forskellige ordener, eller udvikling, af teknologien vil det være relevant at se lidt nærmere på begrebet teknik, idet dette begreb ofte bruges synonymt med teknologibegrebet, bl.a. af Foucault.<sup>80</sup> Det, de to begreber i hvert fald har til fælles, er, at de begge kan betragtes som en form for ”vidensbase for den praktiske viden”, der knytter sig til bestemt adfærd i det sociale rum, eksempelvis til at helbrede patienter, køre bil, flyve en flyvemaskine etc.<sup>81</sup>

Søren Buhl Pedersen gør i sin afhandling *Making Space – An outline of place branding* (2005) op med denne synonyme anvendelse af begreberne teknologi og teknik, og betragter i stedet teknologi som en mere abstrakt størrelse end teknikken, hvor teknologien bliver en refleksiv og systematisk vidensdatabase omkring givne konkrete og instrumentelle teknikker, der anvendes i en bestemt praksis. Eksempelvis kan booking-modulet, medicin-modulet, PACCS-modulet etc. i patientjournalen betragtes som forskellige instrumentelle teknikker til forfølgelse af specifikke og konkrete målsætninger omkring effektiv booking, medicinering og arkivering af røntgenbilleder inden for den samlede teknologi patientjournalen. De forskellige instrumentelle teknikker kan hermed opfattes som en delmængde af en samlet teknologi patientjournalen. Men hvorfor nu denne distinktion mellem teknologi og teknikker? Søren Buhl Pedersen redegør for, at ved at

---

<sup>80</sup> Foucault i Faubion 2002, s. 364, Law 2000, Clegg and Wilson 1991 i Søren Buhl Pedersen: *Making Space – An outline of place branding*, Copenhagen Business School (CBS) 2005, s. 53.

<sup>81</sup> Søren Buhl Pedersen: *Making Space – An outline of place branding*. Copenhagen Business School (CBS) 2005, s. 52.

skelne eksplicit mellem teknologier og teknikker tillader det en i sin analyse at skelne imellem teknologi på forskellige ontologiske og epistemologiske niveauer, hvorfor det samtidig giver analytikeren en kategori, teknologien, til at være en reflektiv kategori omkring den mere spontane og instrumentelle adfærd i de konkrete teknikker.

Kendetegnende for teknologien er, at den gennem sine instrumentelle teknikker baserer sig på bestemte standarder og procedurer, hvilket gør den eksakt, troværdig og forudsigelig. Teknologien determinerer ikke konkrete beslutninger, men teknologien skaber en anordning, hvorigennem teknologien skaber tilbøjeligheder for, at bestemte beslutninger bliver truffet inden for et afgrænset mulighedsrum. Dette forhold betyder ikke, at der ikke kan træffes kreative beslutninger ved hjælp af sociale teknologier, men blot at disse kreative beslutninger nødvendigvis må befinde sig inden for et afgrænset mulighedsrum. Der bliver tale om standardiserede og formaliserede kvalitetskrav, der er kendetegnende for arbejdsprocesserne og dermed output med anvendelse af social teknologi, uanset hvilken specifik kontekst den sociale teknologi indgår i, hvor der bliver gjort en dyd ud af, at beslutningsprocesser og adfærd skal standardiseres og formaliseres. Et kendetegn ved den sociale teknologi er, at beslutninger og adfærd synes at være bestemt ud fra generelle principper, snarere end ud fra ”sund fornuft” i den konkrete, specifikke og lokale situation. Det giver social teknologi et tayloristisk image.

Ole Thyssen diskuterer forskellen mellem kunsten og teknikken som forskellen mellem det irrationelle og det rationelle i samfundet. Det irrationelle repræsenteres af det sublime og uforudsigelige, alt det, man ikke kan tilegne sig igennem hård disciplin, bondeflid og udholdenhed alene. Det irrationelle personificerer Ole Thyssen i kunstneren. Det rationelle, effektive, entydige og forudsigelige personificerer han i teknikeren, ingeniøren eller programmøren. Gennem hård disciplin og flid kan den gode tekniker gennem en programmering af teknikker maksimere sine effektive, entydige, stabile og standardiserede procedurer, der skaber gode, men forudsigelige præstationer. Pointen hos Ole Thyssen er, at teknikeren gennem sit fokus på de standardiserede procedurer og ensartethed aldrig overskrider grænserne for teknikken, hvor kunsten begynder. Kunsten, der kendetegnes ved det sublime, som må hentes ude i personers grænseland, på grænsen af den personlige opløsning.

*”Den leder, som hele tiden må tænke på, hvad en god leder bør gøre i denne (i den givne) situation, er endnu ikke en god leder.”<sup>82</sup>*

En vigtig pointe i forhold til distinktionen mellem teknologi og teknik er, at den reflektive praksis og videnopsamling, der knytter sig til teknologien, gør det muligt at benytte de samme teknikker, den pågældende teknologi består af, i forskellige kontekster. Det gør det eksempelvis muligt at implementere den samme patientjournal både på Hvidovre Hospital og Skejby Sygehus. De meget specifikke dispositiver, der ud fra ganske bestemte procedurer bearbejder givent input på en maskinel og ensartet måde, kaldte Foucault ”mekanismer”. Et begreb Sverre Raffnsøe og Marius T. Gudmand-Høyer behandler, og hvor det væsentligste ved mekanismerne i forhold til dispositivet er, at det på grund af sine maskinelle og ensartede karaktertræk er mere uflexibelt end dispositivet, der er en anordning, inden for hvilket det også er muligt at håndtere uventede problemstillinger.<sup>83</sup>

<sup>82</sup> Ole Thyssen: *Teknokosmos – om teknik og menneskerettigheder*, Gyldendal 1985, s. 65-66.

<sup>83</sup> Sverre Raffnsøe og Marius T. Gudmand-Høyer illustrerer forskellen mellem et traditionelt dispositiv som loven over for en mekanisme som grønthøstermaskinen, der uanset hvad man putter i maskinen, om det er grønt eller andet, behandler det på fuldstændig samme måde. De to forfattere kritiserer i øvrigt Foucault for



I forhold til patientjournalen bliver det interessant at analysere, hvilket mulighedsrum ændringen af journalteknologien skaber for ledelse i Børneafdelingen, og dermed hvilket rum der skabes for medarbejderne i Børneafdelingen til at foretage det, Foucault i sin "gouvernement-rationalitet" giver betegnelsen "self-gouvernance", der måske bedst oversættes med selv-ledelse. Eller med andre ord, i hvilken grad skabes der med indførelsen af EPJ i Børneafdelingen teknologier, ledere og medarbejdere i afdelingen vil kunne benytte sig af i fællesskab, i en fælles konstruktion af overbevisninger og værdier som afledte teknologier i bestræbelserne på at danne en stærk organisationskultur i afdelingen, med stærke selvforståelser blandt ledere og medarbejdere?

Foucault beskrev selv dispositivanalysen som en analyse af en anordning bestående af forskellige elementer som erfaringer, videnskab og institutioner inden for et givent område. I en beskrivelse af eksempelvis sundhedsvæsenet, som Foucault foretager i sin bog *Klinikkens fødsel*, vil de erfaringer, man gør sig, omhandle kliniske dysfunktioner, som man forholder sig til inden for den kliniske videnskab, hvor man, gennem klinisk dokumenteret arbejde, bestemmer sig for, "hvad der kan hævdes", og "hvad der kan fastslås", og endelig "hvad der kan gøres" inden for den kliniske medicin. Dette foregår inden for rammerne af nogle institutioner, der dermed også, gennem specifikke organisationsformer, vil være bestemmende for "hvad der kan lade sig gøre". Pointen i dispositivanalysen er, at de tre elementer erfaring, videnskab og institution kun vil kunne forklares gennem det fjerde og bagvedliggende, gennem dispositivet, der er den magtteknologi, der lader de tre andre registre indgå i et samspil, og dermed binder dem sammen. Det interessante bliver således ikke alene at opstille en liste over anordnede elementer inden for et givent socialt område for derefter at beskrive dem hver for sig. Det interessante bliver også at beskrive deres gensidige samspil eller den sammenhæng, hvori de indgår med hinanden. Foucault beskriver i *Klinikkens fødsel* helbredelsesteknologiens tre elementer, den somatiske dysfunktion, den kliniske medicin og klinikken. I bestræbelserne på at finde frem til de selvfølgheder, eller den rationalitet, der styrer den sociale omgang inden for helbredelsesteknologien, antager jeg, at Foucault ville hævde, at det ikke vil være nok eksempelvis at analysere hospitalets organiseringsform alene, men at man må gå bagom for at finde frem til den magtteknologi (dispositivet), der binder enkeltdele sammen. Det er i bestræbelserne herpå, at jeg mener, patientjournalen som dokumentationsværktøj kan være særdeles formålstjenlig, idet det er i denne, at den kliniske og organisatoriske aktivitet mødes.

## **Teknologi i forbindelse med organisatorisk forandring**

Det leder mig frem til det nødvendige spørgsmål, hvad sammenhængen er mellem teknologi og organisatorisk forandring. Inden for organisationssociologien har der været givet mange bud på sammenhængen mellem organisatorisk forandring og teknologi, især fra perioden efter samlebåndets indførelse i slutningen af forrige århundrede, hvor det med fremkomsten af Scientific Management-teorien<sup>84</sup> og andre organisationsteorier blev interessant at undersøge, hvordan man bedst udnytter de organisatoriske potentialer i

---

at være for løs i sin omgang med begreberne mekanisme og dispositiv. Jf. Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyer: *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, s. 20.

<sup>84</sup> Inden for Scientific Management-teorien fokuseredes der på organisationens produktionskerne, hvor man havde fokus på tilrettelæggelsen af produktionsprocesserne, således at de enkelte operationer i den samlede produktionsproces blev tilrettelagt mest rationelt og effektivt for herigennem at opnå den højeste mulige produktivitet (Leavitt 1970).

forhold til en bestemt teknologi. Groft sagt vil jeg påstå, at diskussionen mellem de mange organisationssociologiske perspektiver på sammenhængen mellem organisering og teknologi har haft sit omdrejningspunkt i spørgsmålet om, hvor stærk teknologi er, og deraf afledt i spørgsmålet omkring, hvor neutral teknologi er i forhold til organisering af det sociale. Eller med andre ord i spørgsmålet om, hvorvidt det er teknologien, der er styrende for organiseringen af det sociale, eller det sociale, der styrer teknologien. En diskussion, der derfor hurtigt kommer til at dreje sig om magtstrukturer eller magtrelationer. Hvorvidt det er teknologien, der skal tilpasses det sociale i form af ledere og medarbejderes visioner, drivkraft, færdigheder og kompetencer, over for synspunktet, hvorvidt dette er muligt, fordi det altid vil være det sociale, der tilpasser sine visioner, færdigheder og kompetencer efter teknologien. En sådan diskussion er styret af ens syn på sammenhængen mellem begreberne teknologi, magt og organisering af forandringer i det sociale (jf. mere uddybende i afhandlingens kapitel 6).<sup>85</sup> To forskellige perspektiver på teknologi og organisationer, der dog har det til fælles, at de betragter teknologi som en afgrænset og entydig enhed, samtidig med at man inden for de to perspektiver ligeledes betragter det sociale, dvs. det organisatoriske, som noget afgrænset, statisk og entydigt. Det betyder, at organisatoriske forandringer med teknologi inden for begge perspektiver, hvad enten man mener, at det organisatoriske er stærkere end det teknologiske eller omvendt, kommer til at handle om en styrkeprøve mellem de to forhold.<sup>86</sup>

Contingency-teorien og den socio-tekniske systemteori (STS)<sup>87</sup> er to klassiske perspektiver på organisationer og teknologier med forestillingen om teknologi som en forholdsvis entydig defineret variabel. Disse perspektiver hviler på en grundantagelse om, at det er nødvendigt for organisationen at tilpasse sig til sine omgivelser gennem forandringer for at overleve. De ledelsesmæssige udfordringer består i at foretage forandringer eller rekonfigurationer imellem organisationens (systemets) enkeltdeler. Burns og Stalker (1961) hævdede, at bestemte organisatoriske strukturer passer til bestemte grader af kompleksitet og stabilitet i omgivelserne. Organisatorisk forandring blev derfor inden for contingency-teoriene og STS et spørgsmål om at omstrukturere resten af organisationen, så organisationen passer i forhold til den nye teknologi, men hvor der slet ikke blev sat spørgsmålstegn ved, om og i så fald i hvilket omfang den nye teknologi selv vil forandre sig efter implementeringen i organisationen. STS fokuserede på potentialerne med teknologi og på de etiske dimensioner i forhold til anvendelsen af bestemte teknologityper

---

<sup>85</sup> Diskussionen er klart trukket op i polerne, hvor teknologi på den ene side opfattes som værende styrende for organiseringen af det sociale i og med, at det er teknologien, der er bestemmende for menneskers liv i en bestemmelse af magtstrukturer og magtrelationer, i disponeringen af bestemte frigørende mulighedsrum for handlen (jf. Foucaults dispositiv- og teknologiforståelse). Over for på den anden side synspunktet, som kommer til udtryk i store dele af implementeringslitteraturen og i litteraturen omkring computerstøttet samarbejde (CSCW), der primært er optaget af, hvordan teknologi bør tilpasses til menneskers færdigheder og kognitive processer.

<sup>86</sup> For en mere uddybende redegørelse henviser jeg til Signe Svenningsen: *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*, Handelshøjskolens Forlag 2004.

<sup>87</sup> STS udspringer af undersøgelser, der blev foretaget af forskere ved Tavistock Institute of Human Relations, hvor forskerne undersøgte teknologiers indvirkning på mennesker i forskellige produktionsenheder blandt kulminearbejdere. De enkelte produktionsenheder blev betragtet som socio-tekniske systemer, hvor man studerede de interaktive mønstre mellem den anvendte teknologi i form af maskiner og organiseringsformer i form af organisering af arbejdet i smågrupper, inden for hvilke man studerede arbejderens faglige roller, arbejdsopgaver, holdninger og relationer til hinanden. Undersøgelserne illustrerede, at kulminearbejderne bedst kunne lide, at arbejdet blev organiseret på en bestemt måde, som man tidligere forbandt med håndudvindingsmetoder, i smågrupper med anvendelse af maskiner. Undersøgelsen viste, at det kan betale sig at eksperimentere med måderne, hvorpå man sammensætter teknologi og det sociale (Trist et al. 1963).

og disses interaktion med komponenterne i organisationens sociale struktur som sammensætningen af arbejdsgrupper, ledelsessystemerne, de faglige roller, kulturen i organisationen etc. STS analyserede, hvordan man gennem en eksperimenterende organisationskultur kunne optimere potentialerne med en bestemt teknologi, samtidig med at man sikrede den højeste grad af arbejdsglæde blandt medarbejderne i organisationen.<sup>88</sup> STS's bidrag til forståelsen af samspillet mellem teknologi og organisering var 1) en forståelse af, at der ikke kun var én bestemt, men flere potentielt rigtige måder at organisere teknologi på i forhold til det sociale, hvorfor det kan betale sig at eksperimentere med sammensætningen af teknologi og det sociale, jf. Tavistock Institutes undersøgelse af kulminearbejderne, 2) forståelsen af, at anvendelsen af teknologi i organisationer ikke alene skal legitimeres ud fra præmissen om økonomisk bæredygtighed gennem øget effektivitet, men tillige ud fra en social bæredygtighed gennem en øget arbejdsglæde blandt medarbejderne.<sup>89</sup> Men da hverken contingency-teoriene, STS eller Leavitt har fokus på den mulighed, der er for, at både organisationens opgaver, teknologi, arbejdsgange og opgavefordelinger kontinuerligt ændres gennem den gensidige og løbende interaktion, mener jeg, at disse perspektiver på organisationer og teknologi er for unuancerede.

## **Aktør-netværk-teori (ANT)**

På den baggrund vil jeg nuancere billedet på teknologi og organisationer med et perspektiv, der har den opfattelse, at mennesker og teknologi eksisterer og indgår i en kontinuerlig interaktion i bestemte netværk, hvorfor der til stadighed foregår en gensidig omformning og udvikling det sociale og teknologierne imellem. Det teknologiske og det sociale er ikke to statiske størrelser, som når man udskifter den ene størrelse, blot kan tilpasses den anden i en tilpasningsstrategi med intenderet udfald. Derudover forestiller jeg mig ikke, at det er muligt entydigt at adskille teknologi fra det sociale og omvendt, netop fordi den gensidige interaktion er så udtalt. Med andre ord har min forestilling omkring samspillet mellem teknologi og det sociale de konsekvenser i forbindelse med mit syn på eksempelvis forandring og implementering af ny teknologi i en organisation, at det ikke bliver et spørgsmål om, hvorvidt det er det sociale, der må tilpasse sig teknologien eller omvendt, men at det i stedet bliver et spørgsmål om, at der med den nye teknologi altid vil være tale om en mere eller mindre radikal rekonfiguration af relationer og positioner i det netværk, der er mellem forskellige elementer i organisationen. Disse elementer består både af mennesker og ikke-mennesker (ting og teknologier), som eksempelvis patientjournalen. Det betyder igen, at den bestemte kombination af artefakter som teknologier, materialer,

---

<sup>88</sup> I Skandinavien betød udbredelsen af IT, at der opstod en forskningstradition inden for den deltagerorienterede tilgang til systemdesign og arbejdspladsdemokrati, hvor pointen var, at brugerne af IT'en selv skulle være med til at udvikle den, for at medarbejderne (brugerne) på den måde udviklede et ejerskabsforhold til teknologien til gavn for produktivitet og arbejdsglæde (Borum & Bjørn Andersen 1977).

<sup>89</sup> Leavitts model med fire variable illustrerer dette perspektiv på organisationer, hvor organisationen beskrives ud fra fire enkeltdele, opgaver, struktur, aktører og teknologi, og hvor forestillingen er den, at forandrer man elementer i en af de fire kategorier, skabes der en umiddelbar ubalance i helheden, hvorfor det efterfølgende gælder om at tilpasse de resterende kategorier. Leavitts model med fire variable, Mintzbergs med de forskellige konfigurationer og contingency-teorien giver hver især udtryk for forestillingen om, at en organisation for at udvise effektivitet er nødsaget til at tilpasse sine strukturer efter ændringerne i omgivelserne, hvor sådanne strukturændringer indbefatter de forskellige enkeltdele af organisationens samlede struktur.

bygninger, kulturer, subkulturer, faggrupper etc. er afgørende for, hvordan den bestemte organisering med den nye teknologi falder ud. Pointen er, at jeg ikke mener, det er muligt at betragte hverken teknologier, medarbejdere i organisationer, bygninger etc. som adskilte variable, som man enkeltvis kan korrigere for efterfølgende at tilpasse de andre variable, fordi de hver især indgår i en kompleks og gensidig interaktion. Derimod betragter jeg inspireret af aktør-netværk-teorien (ANT) teknologi, de enkelte ledere og medarbejdere og andre artefakter som aktanter, der kun kan defineres ud fra deres relationer og positioner i forhold til de andre aktanter i det samlede netværk, der udgør det sociale. Med andre ord er den bestemte patientjournalteknologi, om den er af papir, eller om det er EPJ, bestemmende for den bestemte måde, lægen kan være læge på. Lægen konstitueres som læge bl.a. gennem sin relation til patientjournalen i det samlede netværk af menneskelige og ikke-menneskelige aktanter på en hospitalsafdeling. Den bestemte måde, hvorpå lægen skal dokumentere i patientjournalen, vil være afgørende for den bestemte kommunikation, lægen løbende har med sygeplejersker og andre faggrupper, og dermed igen afgørende for den bestemte selvforståelse, lægen får af sig selv, og for den bestemte identitet, lægen får blandt sygeplejerskerne og de andre faggrupper.

ANT's perspektiv på teknologi og organisatoriske forandringsprocesser forholder sig derfor kritisk til "den klassiske" organisationssociologs bestemte konfiguration af begreber i bestemte opstillinger af begreber over for hinanden, som eksempelvis social kontekst over for teknologisk indhold, eksternt over for internt i sondringen mellem organisation og dens omgivelser, mikroplan over for makroplan etc. Inden for ANT konfigureres de forskellige variable som værende ikke-adskilte og ikke-entydige aktanter i en gensidig interaktion i bestemte netværk. Organisatorisk forandring og tilpasning sker således gennem en rekonfiguration i relationerne mellem netværkets enkeltdele, aktanterne. Det betyder, at det er en kernetese i ANT, at virkeligheden ikke består af andet end aktanter i netværk, hvor det, der bliver interessant at undersøge, er relationerne imellem de forskellige aktanter og positioner i netværket. Det betyder, at man ikke inden for ANT foretager sondringen mellem teknologi og det sociale, dels fordi det er svært at adskille de to størrelser, dels fordi den ikke giver mening, fordi det sociale og det tekniske smelter sammen i den gensidige interaktion i netværket. ANT gør ikke brug af de samme tankefigurer som contingency-teoriene og STS, hvor fokus er på styrkeforhold mellem teknologi og det sociale, ANT fokuserer i stedet på den gensidige konfiguration og løbende rekonfiguration af samspillet imellem teknologi og det sociale. Med andre ord er det centralt inden for ANT-undersøgelser af samspillet mellem teknologi og organisering, at man ikke deler virkeligheden op i særskilte sfærer, men studerer de forskellige fænomener i et samlet netværk.

Latour udvikler den antropologisk inspirerede undersøgelsestradition, der arbejder ud fra et vokabularium og en metodologi, hvor der ikke skelnes mellem mennesker og ikke-mennesker i undersøgelser af fænomener og kulturer i den vestlige verden. Det er essentielt for Latour ikke at tildele mennesker og ikke-mennesker essentielle egenskaber, men i stedet at fokusere på deres handlinger, netop fordi det ikke er muligt, og derfor ikke giver mening, at analysere det sociale og det teknologiske som isolerede størrelser.<sup>90</sup> Latour foreslår, at man betragter alle entiteter, mennesker som ikke-mennesker, som kvasi-objekter, der i et gensidigt samspil konstituerer bestemte magtrelationer og -positioner.<sup>91</sup> De tilhører hverken kategorien natur eller samfund, men gennem deres samhandlen er de

---

<sup>90</sup> Latour, B., (1993, s. 103) *We have never been modern*. Harvard University Press.

<sup>91</sup> Et begreb, Latour henter fra den franske filosof Michel Serres, jf. Latour 1993, s. 51. For en mere uddybende udredning se Signe Svenningsen 2004, s. 48.

med til at konstruere virkeligheden. Latours pointe er, at mennesker og ting, herunder teknologi, ikke kan forstås uafhængigt af hinanden, hvorfor man som forsker af samspillet mellem mennesker og teknologier bør udforske rækkefølgen af aktanternes udsagn. Med andre ord er det forskerens udfordring at opsamle og fortolke udsagn i deres rækkefølge for herigennem at analysere de transformationer, udsagnet undergår. Et udsagn hos Latour refererer til ”alt som smides, sendes eller delegeres af en udsiger”, hvorfor et udsagn ikke refererer til lingvistik, men til hændinger, som bærer os fra ord til ting og fra ting til ord. Det betyder igen, at man som forsker af teknologier og organisering aldrig alene bliver konfronteret med objekter og subjekter, men med kæder eller relationer mellem objekter og subjekter, mellem mennesker og ikke-mennesker<sup>92</sup>.

## Opsummering

Jeg har nu redegjort for Foucaults forståelse af samspillet imellem dispositivet, teknologien, teknikken, magt og organisering. Foucaults teknologiforståelse består af de fire teknologitypologier og dispositivbegrebet, der dækker over bestemte handlemåder, som er styret af det dominerende tanke- og styresystem på det givne tidspunkt i det givne rum. Disse teknikker er et udtryk for, hvordan den bestemte teknologi implementeres lokalt på et bestemt historisk tidspunkt. Det betyder, at teknologien er brugen af teknik med et rationale, en mening og et formål. Ændrer man ved rationalet og bevarer den samme teknik, vil der være tale om en ny teknologi. Det er vigtigt at forstå dette samspil, når man som jeg vil analysere sammenhængen mellem dispositiv, teknologi og social praksis, hvor jeg hævder, at bestemte teknologier er et udtryk for bestemte selvfølgelige handlemåder, der spiller med og mod regimerne/dispositiverne. Med andre ord er en central pointe i min teknologiforståelse, at teknologi ”ikke er uskyldig”, men udtryk for bestemte rationaliteter. Det er min påstand, at patientjournalen er et udtryk for en lægevidenskabelig rationalitet, og jeg hævder, at denne sammenhæng kun kan studeres i praksis, hvilket jeg gør i min empiriske analyse i kapitlerne 5 og 6. Her vil jeg rette mit blik imod patientjournalen som beslutningsstøtte- og kommunikationsteknologi (jf. de centrale sundhedsmyndigheders forventninger til og forestillinger om EPJ i kapitel 3). På baggrund af min teknologiforståelse har jeg en antagelse om, 1) at patientjournalteknologien er stærk i forhold til at arrangere det sociale handlerum, 2) at patientjournalen gør noget ved virkeligheden, og 3) at EPJ som forandringsteknologi sætter tværfaglighed som styringsprogram i spil i det sociale handlerum i Børneafdelingen.

Nu, hvor jeg har redegjort for mit generelle perspektiv på teknologi og organisering, vil jeg nedenfor i sidste del af kapitlet gøre rede for det rationale, patientjournalen hviler på. På baggrund af de centrale sundhedsmyndigheders forventninger til og forestillingerne om EPJ er det min antagelse, at patientjournalen er et udtryk for den lægevidenskabelige rationalitet, hvor patientjournalen er en teknologi, der skal støtte lægen i beslutnings- og kommunikationsituationer. Disse antagelser ønsker jeg at få bekræftet, eller afkræftet, ved at jeg i en Foucault-terminologi vil foretage en diakron (historisk) og en synkronisk (samtidig) analyse af patientjournalen, for herigennem at få forståelse for dens indre logik i form af udviklingshistorien i dens ”raison d’être”. Kort sagt for at blive klogere på, hvad formålet med patientjournalen har været gennem tiderne, og hvad formålet med patientjournalen er i dag.

---

<sup>92</sup> Latour, B., (1991, s. 106). *Technology is Society Made Durable*, Sociological Review Monograph 38, Routledge.

## Patientjournalen i et historisk perspektiv

Jeg vil nu rette blikket bagud i tid i en historisk perspektivering af patientjournalen som teknologi, for endelig at redegøre for indhold og struktur i patientjournalen. Formålet hermed er, at fokusere på de begivenheder, der synes at have været med til at præge patientjournalens udvikling. En historisk udvikling, der har været bestemmende for den rationalitet, patientjournalen, også i dag med EPJ i Børneafdelingen, baserer sig på. I min analyse har jeg valgt at tage udgangspunkt i Sundhedsministeriets definition på en EPJ:

*”En elektronisk journal er en database med tilhørende programmel, som giver mulighed for at lagre og genfinde kliniske patientdata på en struktureret måde ved hjælp af et elektronisk medie. Den kan overføre og modtage data fra andre systemer og give beslutningsstøtte, påmindelser, alarmer mv. Den elektroniske patientjournal støtter og dokumenterer patientbehandlingen.”*<sup>93</sup>

I forbindelse med ovenstående EPJ-definition mener jeg, det er vigtigt at pointere, at det altid vil være problematisk at komme med en entydig definition af EPJ, netop fordi det er så komplekst et system, der har så mange interessenter, leverandørerne, politikere, patienter, skatteborgere, brugere, sygehusejere etc. Derudover er der mange forskellige funktionaliteter knyttet til EPJ, hvorfor definitionen altid vil afhænge af ”øjnene, der ser”, og i hvilken sammenhæng EPJ betragtes.<sup>94</sup> Eksempelvis vil det være hensigtsmæssigt at komme med en form for EPJ-definition, der kan anvendes i forbindelse med udfærdigelse af kravspecifikationen, hvis det er leverandørens IT-teknikere man står over for, mens det vil være mere hensigtsmæssigt at ryste op med en definition af EPJ, der omhandler dennes fordele i forhold til patientforløbet, hvis det er skatteborgere og politikere man står over for. De sundhedsprofessionelle, som jeg senere vil behandle i den empiriske analyse, vil også have en tendens til at opfatte EPJ forskelligt afhængigt af, hvordan EPJ optræder i deres daglige arbejde med patienterne. På den baggrund mener jeg, det er mere interessant at se på den specifikke struktur og det specifikke indhold af en EPJ, snarere end at hænge sig i en bestemt EPJ-definition, netop fordi definitionen aldrig vil være entydig.

For på fornuftig vis at kunne give en tilfredsstillende forklaring på det vigtige spørgsmål i forhold til problemstillingen i min afhandling, har jeg fundet det nødvendigt at sætte rationaliteten bag patientjournalen i relief i forhold til to begivenheder, hvor den ene knytter sig til den lægevidenskabelige udvikling i forhold til sygdomsbilledet,<sup>95</sup> udviklingen af den patologiske anatomi, og hvor den anden knytter sig til et mere strukturelt organisatorisk plan inden for sundhedsvæsenet, indførelsen af hospitalet.

Det er to udviklingstendenser, der må siges at være helt afgørende i forhold til den moderne lægevidenskab og det moderne sundhedsvæsen i Danmark, og derfor essentielle at forstå rationaliteten bag i forhold til at forstå rationaliteten bag patientjournalen. Derfor

---

<sup>93</sup> Sundhedsministeriet: *Elektroniske Patientjournaler – hvorfor og hvordan. Handlingsplan for Elektronisk Patientjournal*. København, 1996, s. 16.

<sup>94</sup> Jf. uddybende diskussion omkring vanskelighederne ved entydigt at definere EPJ i diverse af EPJ-Observatoriets årlige statusrapporter.

<sup>95</sup> Lægevidenskab: Den videnskab, hvis formål det er at udforske, diagnosticere, helbrede, lindre eller forebygge menneskets sygdomme. Nutidens lægevidenskab er delt op i talrige specialer med standardiserede behandlingsmetoder, som medicin, kirurgi, psykiatri, pædiatri, dermatologi, oftalmologi, otologi med flere (kilde: *Lademann Leksikon*).

et kort rids over den historiske udvikling inden for lægevidenskaben før/efter den patologiske anatomis og hospitalernes gennembrud i begyndelsen af 1800-tallet, hvor man ved at læse Michel Foucaults bog *Klinikkens fødsel* får et indblik i udviklingen af lægekunsten.

Foucault redegør for, at man i den klassiske ”medicine of species”, benyttede sig af et todimensionalt skema til at foretage optegnelser omkring sammenhængen mellem symptomer og den medicinske viden. Det var altså før den patologiske anatomis gennembrud, der betød, at man i klinikken eller inden for lægekunsten nu begyndte at åbne den døde krop op for at få et indblik i, et blik på, kroppen og dennes mange bestanddele i form af forskellige organer, og ikke mindst på sammenhængen mellem disse organer fx i form af årsags-virkningssammenhænge mellem organerne og kroppens forskellige blod- og nervebaner. Man søger inden for det kliniske arbejde at få et indblik i kroppens mange hulrum, hvor man indenfor lægevidenskaben ønsker at tegne et atlas over menneskets krop.<sup>96</sup>

Men afgørende er altså, at klinikerne før den patologiske anatomis gennembrud i begyndelsen af det 19. århundrede gennem en tabel forsøgte at artsbestemme forskellige sygdomme ud fra henholdsvis den medicinske viden og de symptomer patienten, gav udtryk for, og ud fra de symptomer, man objektivt kunne se på overfladen eller ydersiden af patientens krop. Det var altså ikke sygdommen i sig selv, man tog udgangspunkt i. Det var ikke en sygdom, der befandt sig inde i kroppen, men symptomerne fra sygdommen, som man benyttede som pejlemærker i en søgen efter ”sandheden” eller essensen af en given sygdom. Fortolkningerne af de givne symptomer blev så foretaget ud fra et todimensionalt skema eller en todimensional tabel, der derfor vil kunne betegnes som en primitiv første udgave af patientjournalen.

Foucault peger på, at der efter den patologiske anatomis gennembrud og dermed ved den moderne kliniske praksis’ opståen ikke længere er brug for sådanne todimensionale skemaer til at beskrive generelle essenser og sandheder omkring en klinisk sygdomslære. Det er der ikke, fordi den nye teknologi inden for lægekunsten, den patologiske anatomi, gav forståelsen for, at det ikke er muligt at lave generelle optegnelser omkring en klinisk sygdomslære, udtrykt i sammenhænge mellem sygdommes essenser og symptomer, netop fordi denne sammenhæng er så individuel fra individ til individ og dermed fra patient til patient. Man opgiver tanken om ”the medicine of species” eller om en ”grand theory” inden for nosologien (sygdomslæren) i en erkendelse af nødvendigheden af en patologisk proces, der indeholder et blik på hver enkelt patients krop, da denne altid vil være unik.

Patologiens gennembrud betyder samtidig et gennembrud for den moderne lægevidenskab, da lægevidenskaben først herved baserer sig på en såkaldt empirisme som grundlag for diagnose og behandling. En empirisme, der opstår som følge af, at lægerne nu, med åbningen af den døde krop, får muligheden for, gennem blikket, at få et indblik i den menneskelige krop. Et indblik i, hvordan de forskellige organer, vævstyper, blodbaner og nervebaner er placeret i forhold til hinanden, og dermed også hvordan de virker ind og påvirker hinanden, eller som Michel Foucault udtrykker det i *Klinikkens fødsel*, et indblik i kroppens geografi, da det med patologien nu er muligt at tegne et atlas over kroppen, for på denne måde at kunne belyse kroppens mange skjulte hulrum.

---

<sup>96</sup> Michel Foucault (1973): *Klinikkens fødsel* (da. udgave 2000), s. 11.

Indførelsen af patologien var dermed et opgør med tidligere tiders praksis omkring diagnosticering og behandling. Diagnoser og behandlingsplaner opstod indtil da på baggrund af patientens symptombeskrivelse og lægens objektive undersøgelser af kroppens overflade, eller af sygdommens symptomer, som de kom til udtryk på kroppens overflade.

Med patologiens indførelse var det nu muligt for lægerne at sætte ord på fænomener som organer, væv m.m. i den menneskelige krop, som det tidligere kun var muligt at gisne om, da det lå uden for det synlige og dermed udsigelige. Det lå uden for øjets blik. Med den nye sansning, øjets blik, blev det nu muligt på en meget mere rationel måde at afdække sandheden omkring kroppen. En sandhed, lægerne nu også ville være i stand til at artikulere sprogligt på en mere præcis måde.

Patologien gjorde det muligt for lægerne at se og høre, eller som Foucault mere poetisk beskriver det i *Klinikkens fødsel*, bliver øjet opbevaringssted for og kilde til klarhed, der i det øjeblik, det åbner sig, er i stand til at trække sandheden frem i dagens lys. En overgang, der markerer et skift i sandhedsbegreb fra Oplysningstidens klassiske form for klarhed til det 19. århundredes, hvor lægevidenskaben får sit gennembrud som en positiv videnskab. En videnskab, der baserer sig på sansningen, det sete, eller det positive, som grundlag for sandheden og dermed videnskaben. En videnskab, der i det hele taget bliver afgørende for den måde, mennesket organiseres på i det 19. århundrede.<sup>97</sup> Men hvordan produceres og konstitueres den menneskelige krops geografi og historicitet i patientjournalen?<sup>98</sup>

En historie og geografi, der produceres i lægernes, sygeplejerskernes og de andre faggruppers notater, i laboratoriesvar, i røntgenbillederne og i epikriserne. I det hele taget i alle de skemaer, tabeller, koordinatsystemer og moduler, der er programmeret i EPJ. Udtrykt på en anden måde, hvordan beskrives patienterne igennem organer, blodtryk, væskebalancer, og gennem forskellige værdier i form af tal og grafer i EPJ? Er disse beskrivelser et resultat af en bestemt måde at se på patienten på, eller er det en bestemt måde at tale om patienterne på? Jeg hævder, at patientens krop opstår eller konstitueres i et stort samspil mellem mange forskellige artefakter på et hospital. Artefakter som læge- og sygeplejerutiner, operationsprocedurer, katetre m.m. Artefakter, der repræsenterer forskellige individuelle såvel som organisatoriske arbejdsgange og kulturer. Med andre ord knytter jeg mig til noget af den nyere forskning inden for "science and technology studies",<sup>99</sup> hvor der argumenteres for, at disse individuelle som organisatoriske artefakter tilsammen skaber det netværk eller det dispositiv, der konstituerer kroppens ontologi. Det er dette dispositiv, der skaber patientens krop. Inden for dette dispositiv mener jeg, at patientjournalen har en central placering, da det er her, at de kliniske aktiviteter udført af læger og sygeplejersker bestemmes, koordineres og dokumenteres på et givent sted og tidspunkt. Så akkumuleret set er det i patientjournalen, kroppens historie og geografi fortælles og kortlægges. Det samme vil kunne udtrykkes, som Marc Berg (1996) gør med reference til Latour (1994):

---

<sup>97</sup> Michel Foucault: *Klinikkens Fødsel*, s. 26-28.

<sup>98</sup> Berg, M & Bowker, G. (1996) benytter sig af en bred definition på EPJ: "(...) we will be using a broad definition of the medical record as all written, typed or electronically stored traces of an aspect of patient treatment that has official status within the hospital system and is in principle stored for a period of time."

<sup>99</sup> Bijker & Law 1992; Clarke & Fujimura 1992; Latour 1996; Star 1995 i Marc Berg: *Multiple Bodies of the Medical Record – Towards a Sociology of an Artifact*, 1996, s. 2.



*"The record mediates the relations that it organizes, the bodies that are configured through it."*

I forlængelse af ovenstående og inspireret af Foucault i *Klinikkens fødsel* hævder jeg, at en given notatlæsning og notatskrivning er afgørende for, ikke alene konstitutionen af patientens krop, men helt afgørende for en bestemt "krospolitik". Netop fordi patientjournalen, mediet for skrift og læsning, er så centralt et omdrejningspunkt for de forskellige faggruppers behandling og pleje af patientkroppen. Endvidere mener jeg ikke, det vil være muligt at adskille det billede, de respektive faggrupper giver af patientkroppen i journalen, fra den position, de enkelte faggrupper har på hospitalet. Deres beskrivelser er også fortællinger omkring de enkelte faggruppers aktiviteter.

Det er værd at notere sig, hvordan en umiddelbart ikke særlig synlig artefakt på et hospital, patientjournalen, gennem de historier, der fortælles i den, er omdrejningspunktet i produktionen af patientens krop og det organisatoriske hierarki mellem faggrupperne på Hvidovre Hospital. Kort sagt, hvordan skaber patientjournalen henholdsvis kroppen og den organisatoriske socialitet? Case-formen i patientjournalerne, læge- og sygeplejenotaterne i hver enkelt patients journal, bevirker, at der skabes adskillige beskrivelser af mange adskilte organsystemer, der endvidere kan visualiseres gennem røntgenbilleder i patientjournalen. Ved hjælp af røntgenbillederne belyses kroppens mange hulrum, dvs. at de enkelte organer og kropsdele, som eksempelvis lever, hjerte, brystkasse og abdomen (maven), lokaliseres og relateres til hinanden. Der skabes strukturer mellem kroppens forskellige bestanddele.<sup>100</sup> Eller som Latour (1987) udtrykker det i Marc Bergs artikel "The Multiple Bodies of the Medical Record":

*"The record thus also performs a dislocation in space; it performs an in-vivo dissection, fleshing out a map to the terrain that is hidden under the patient's skin. This map affords a linkage of anatomical realities analogous to the time travel."*

I forlængelse af ovenstående vil jeg beskrive patientjournalen som en teknologi, der er i stand til at opsamle og skildre forskellige lokaliteter på patientens krop på bestemte tidspunkter, samtidig med at det er i patientjournalen, de respektive lokaliteter og tidspunkter i første omgang er konstitueret. Det er i patientjournalen, at de kliniske arbejdsgange henholdsvis begynder og ophører, og det er i patientjournalen, at de samme undersøgelser bliver foretaget igen og igen med intervaller, der skitseres i koordinatsystemers grafer, tabeller, blanketter, ark, skemaer, prosatekst og tal, der tilsammen fortæller historien om den enkelte patients krop. Og helt afgørende for, at historien om patientens krop kan fortælles, er det, at de samme arbejdsgange og rutiner i form af lægernes stuegang og efterfølgende notatskrivning, sygeplejerskernes puls-, blodtryks-, væskebalance-, temperaturmålinger, målinger af bakteriekulturer m.m. bliver foretaget igen og igen efter samme mønster inden for de enkelte ottetimers vagter dag ud og dag ind. Netop ved gentagelserne skabes den historiske dimension i patientjournalen. Opsummeringerne i lægernes daglige notater er arbejdsgrundlaget for den følgende vagt og for den følgende dags kliniske aktiviteter på hospitalsafdelingen, og dermed det grundlag, interventionerne i patientens krop hviler på. Disse arbejdsgange og interventioner er stærkt bureaukratiserede på den måde, at de er skemalagt i forhold til en cyklus, der nøje følger døgnets og de deri tre indeholdende vagtrul å otte timers varighed. Fastlåsningen af

---

<sup>100</sup> Michel Foucault: *Klinikkens fødsel* i Marc Berg (1996) "The Multiple Bodies of the Medical Record", 1996, s. 5.

patientens krop efter døgnets rytme, hvor patienten eksempelvis spiser hver morgen mellem klokken XX og XX, bad og toiletbesøg hver morgen fra XX til XX, stuegang hver dag klokken 09.00-13.00, medicinering hver dag tre gange etc. betyder, at de mange forskellige tidszoner jf. senere, som de er repræsenteret i patientjournalen, bliver ”overruled” af de bureaukratiske rytmer i et hospitalsdøgn, som primært er styret af de tre vagtrul, hvor læger og sygeplejersker har vagtskifte, men også af operationstuers og laboratoriers åbningstider m.m.

I patientjournalen finder der ikke blot en faggruppebestemt (professional) aflæsning og fortolkning af kroppen sted, kroppen bliver så at sige konstitueret igennem skriften, talen og de dertil hørende kliniske aktiviteter omkring patienten i løbet af døgnrytmen på hospitalet. Ikke alene repræsenteres kroppen i patientjournalen, den ligefrem konstitueres eller produceres i journalen, hvor repræsentationen af kroppen så at sige indskrives i kroppen.<sup>101</sup>

*“We witness a convergence between body and representation: in its production, the representation inscribes itself in the body it represents.”*

I praksis bliver det derfor meningsløst at diskutere, i hvilket omfang de kliniske interventioner på hospitalet retter sig mod kroppen i sig selv eller mod repræsentationerne af kroppen, som de er fremstillet i patientjournalen, da det altid kun vil være repræsentationerne af kroppen, man har adgang til. Har en patient eksempelvis stigende temperatur, vil man givetvis forsøge at dæmpe denne med forskellige former for antibiotika. En intervention, der ved en ny temperaturmåling straks vil kunne ses som udslag i patientjournalens graf omkring temperatur, samtidig med at samme intervention vil kunne aflæses i grafen over organfunktion i laboratoriegraf, da denne vil påvirkes af et givent medikament. På den måde vil jeg hævde, at alle aktiviteter omkring en patient på en hospitalsafdeling igangsættes, afsluttes og evalueres ud fra patientjournalen og de tidsdimensioner eller tidsintervaller, denne udstikker for de forskellige værdier. Kirurgen vil eksempelvis, ved at orientere sig i patientjournalen inden en given operation, være i stand til at forberede operationen ved på overfladen af patientens hud at tegne et kort over det organ eller det væv, han under operationen skal i kontakt med under patientens hud. Dette organ eller dette væv kan han ikke umiddelbart ”objektivt” se, men han modellerer det ud fra et atlas eller et indre billede af, hvordan menneskekroppen er opbygget og struktureret.

På samme måde er mange af laboratoriesvarene i patientjournalen struktureret efter et atlas over menneskekroppen, hvor der eksempelvis foretages laboratorieundersøgelser omkring leverfunktion, hjertefunktion, mave/tarm-funktion m.m. Patientjournalen tegner et kort over menneskekroppen, der er bestemmende for de interventioner, der foretages i den syge krop, hvor eksempelvis doseringer af medicin mod dysfunktioner i leveren vil være afhængige af faldet i dennes funktionsevne, og hvor operationer planlægges ud fra størrelsen på tumorer, som kun vil kunne ses på røntgenbilleder i journalen. Patientjournalen ikke alene beskriver patientens krop, den er gennem de interventioner, den initierer, også bestemmende for, hvordan patientens krop beskrives i fremtiden.

Det vil ikke være rigtigt at sige, at patientjournalen løbende beskriver en sammenhængende og gennemsigtig historie over patientens krop ud fra ensartede eller

---

<sup>101</sup> Star & Bowker (1994) i Marc Berg: “The Multiple Bodies of the Medical Record”, s. 6.

standardiserede bio-medicinske enheder, fordi der i patientjournalen optræder mange parametre med hver sin hastighed. Temperaturen måles i timer, røntgenbilleder måles i dage og måske i måneder for nogle diagnosers vedkommende. Samtidig hermed følger lægens stuegangsnotater sin egen bestemte døgnrytme. Alt sammen forhold, der gør, at det vil være rimeligt at påstå, at der udspinder sig en mangfoldighed af historier omkring patientens krop i journalen. Disse historier er i virkeligheden bygget op omkring deres egen tidsmæssige rytme og logik, og fremstår dermed som lukkede systemer, hvor de eksempelvis illustreres og fortælles ud fra enhederne på koordinatsystemernes forskellige x-akser i journalen, og hvor der figurerer separate historier om væskebalance, temperatur, puls, blodtryk, hæmoglobinværdi etc. Det eneste sted i journalen, hvor de faktisk bindes sammen, er i lægens notater i continuationerne, da det netop her vil være relevant og naturligt, at lægen skriver notat omkring sammenhængen mellem temperatur, væskebalance, dehydrering og forskellige laboratorieværdier.

Der er stor forskel mellem den tidsmæssige rytme og logikken bag notaterne i continuationerne i forhold til de forskellige grafers tidsmæssige rytme og logik. Eksempelvis opererer man i temperatur-, puls- og blodtryksgraferne med en lineær tid, hvor man altså analyserer en udvikling over tid, hvorfor alle værdierne vil være relevante. Det forholder sig anderledes med oplysninger fra temperaturkurven, hvor en given temperatur på tidspunkt x kan være ligegyldig i lægenotatet på tidspunkt y, man selekterer altså relativt mere i lægenotaterne, hvor alle værdierne på graferne benyttes til at analysere og beskrive en udvikling, eksempelvis temperatur, puls eller blodtryk. Ligeledes vil det være forkert at påstå, at der i patientjournalen præsenteres et utvetydigt tredimensionelt billede eller beskrivelse af patienten krop. Tværtimod præsenteres der et mangefold af forskellige historier omkring patientkroppen, hvis man i journalen rejser igennem kroppens rum for at få dennes geografi beskrevet. Således kan beskrivelser af røntgenbilleder eksempelvis fortælle os historien om store organer som hjerte, lever, lunger eller nyrer, hvor blodprøverne kan fortælle os meget detaljerede historier omkring blodtype, blodtykkelse, celler etc. Det afgørende at notere sig er, at disse beskrivelser, selvom de er struktureret geografisk oppefra og ned, fra hoved til tå, i forhold til kroppen, stadig vil indeholde undladelser, dvs. der vil stadig være lokaliteter af kroppen, der ikke beskrives, samtidig med at man måske ikke har relateret de forskellige værdier til hinanden, måske fordi der ofte også vil være modsigelser eller konflikter heri i forhold til en given diagnose.<sup>102</sup>

*"The medical record is an abomination. (...) It is a disgrace to the profession that created it. More often than not, the chart is thick, tattered, disorganized, and illegible; progress notes, consultant's notes, radiology reports, and nurses' notes are all co-mingled in accession sequence. The charts confuse rather than enlighten; they provide a forbidden challenge to anyone who tries to understand what is happening to a patient."*<sup>103</sup>

---

<sup>102</sup> I 1970'erne opstod der en vision omkring patientjournalen, nemlig at man i denne kunne få direkte og nøjagtig adgang til lægens overvejelser omkring patienten, hvorfor man også siden ved udviklingen af EPJ har set med skepsis på det forhold, at man har placeret henholdsvis en sekretær og en computertekniker imellem lægen og computeren. Sekretæren til at transskribere lægens diktafonbånd og computerteknikeren i processen omkring kravspecifikation til computeren i programmeringsøjemed (Marc Berg: "The Multiple Bodies of the Medical Record", 1996, s. 9).

<sup>103</sup> Bleich (1993) i Marc Berg: "The Multiple Bodies of the Medical Record, 1996, s. 9.

Et andet eksempel, der illustrerer, hvordan patientjournalen skaber patientens krop, er i forbindelse med lægens arbejdsgange omkring stuegang, hvor noget af det første, selv den mest erfarne læge vil tage fat i og orientere sig i inden mødet med patienten, er dennes journal, da denne i forhold til stuegangen vil fungere som lægens hukommelse. I journalen vil være oplyst forhold omkring tidligere sygdomsmæssig status, diverse behandlingsmæssige interventioner, diverse værdier omkring patienten m.m. På den måde er patientjournalen med til at strukturere lægens viden omkring patientens krop, hvor patientjournalen er det medie, hvori lægerne på en struktureret og standardiseret måde kommunikerer omkring patienten og dennes sygdom. Det er på den baggrund, at jeg hævder at rationaliteten bag indførelsen af den strukturerede og standardiserede patientjournal nødvendigvis må ses i tæt relation til patologien, hvor sansningen gennem ”øjets blik” muliggør nye artikulationer eller en ny diskurs, i ord og prosatekst, omkring menneskets krop. Samtidig nødvendiggør arbejdsdelingen og fremmedgørelsen imellem læge og patient på det speciale- og vagtopdelte hospital, at læger og plejepersonale har et medie, hvori de på en struktureret og standardiseret måde kan kommunikere med hinanden. Patientjournalen bliver dermed helt central som artefakt og teknologi på de moderne hospitaler, da den bliver det medie, hvori patientens krop skitseres i tid og rum, den bliver på en gang en historiebog og et atlas over den menneskelige krop. Den strukturerede og standardiserede patientjournal gør det nu muligt for klinikerne at beskrive patienternes kropshistorie ud fra udvalgte værdier som temperatur, puls, blodtryk, åndedræt, væskebalance m.m. Denne kropshistorie opstår, fordi det nu er muligt på en standardiseret og struktureret måde hos hver enkelt patient at opstille tidsmæssige serier over de samme værdier, der kan have relativt forskellige tidsintervaller mellem hver måling, men kontinuerlige målinger inden for hver enkelt værdi. Således tages der måske temperatur og måles væskebalance én gang pr ottetimersvagt, det vil sige to til tre gange i døgnet, hvor der måske kun tages blodprøver, røntgenbilleder eller andre laboratorieundersøgelser et par gange om ugen. Det afgørende er imidlertid, at det inden for hver værdi er muligt for lægen, i diagrammer eller koordinatsystemer, at opstille tidsmæssige serier over udviklingen inden for den enkelte værdi i patientjournalen. Samtidig hermed sker der en tidsmæssig beskrivelse af patientens sygdomsforløb i lægens notater i kontinuationsarket. Denne beskrivelse lagres i kronologisk rækkefølge og er med til at give den enkelte kliniker et tidsmæssigt overblik over patientens sygdom. Dermed gør den det muligt for klinikerne løbende at holde de forskellige værdier op mod hinanden, eksempelvis væskebalancen med blodtrykket og blodsukkeret, for på den måde at gøre sig klogere på årsags-virkningssammenhænge værdierne imellem over tid med henblik på diagnosticering og opstilling af behandlingsplaner. Patientjournalen gør det muligt for klinikerne at få et kronologisk, time for time, dag for dag og uge for uge, indblik i udvalgte værdier. Et lineært, konstant og stabilt tidsmæssigt klinisk blik på patienten krop. Et blik, som Foucault betragtede som en helt afgørende innovation inden for lægevidenskaben og det moderne hospital.<sup>104</sup> Et blik, det inden for de udvalgte værdier også er muligt at accelerere ved eksempelvis at gøre tidsintervallerne imellem hver laboratorieundersøgelse eller hvert røntgenbillede mindre.

Det interessante ved patientjournalen var ifølge Foucault, at journalen blev et medie, der beskrev forskellige værdier ud fra forskellige tidsmæssige intervaller, samtidig med at den blev et medie, der var i stand til at samle disse intervaller i én fælles tidsenhed, ”textbook time”, der vel bedst oversættes til læsehastighedstid. Patientjournalen kommer hermed til at producere læsehastighedstid, hvor læsehastighedstiden bliver udtryk for den tid, det

---

<sup>104</sup> Michel Foucault: *Klinikkens fødsel* (1973).

tager den enkelte kliniker at danne sig et overblik over de forskellige værdimålinger, der hver især følger deres egen tidsmæssige logik, som igen er baseret på de patologiske processer inden for hver værdi. Lægen kan på få minutter danne sig et overblik over flere ugers lægenotater, temperaturmålinger, røntgenbilleder m.m. Foucault eksemplificerer de forskellige tidsintervaller ved at redegøre for den hastighed, hvormed en tumor vokser i patientens krop. Denne vækst er betinget af en kamp mellem mikroorganismer og forskellige regimer af antibiotika samt af en samtidig stigen og falden i patientens blodceller som følge af kemoterapi. Der er tale om processer i patientens krop, der ikke følger samme tidsinterval som en arbejdsdag på et hospital; hvor det først giver mening at analysere blodcelleforandringer efter adskillige dage, og hvor det måske først giver mening at se på ændringer i en tumors størrelse efter et antal ugers forløb, og hvor der måske er blevet taget røntgenbilleder hver anden måned i måske et år. Alle disse data og værdier er omkring patientens krop i journalens mange forskellige tidsmæssige tempi og forløb, som patientjournalen er i stand til at rumme, samtidig med at den gør det muligt for klinikerne, der skal forholde sig til de mange værdier, at sammenfatte disse i et ensartet tempo, til læsehastighedstid.<sup>105</sup>

Opsummeringerne af årsags-virkningssammenhænge af de enkelte værdier som grundlag for de enkelte diagnoser og behandlingsplaner vil også være tidsmæssigt forbundet i journalen, da lægen inden stuegang automatisk vil tage udgangspunkt i den sidste opsummering med foreslået behandlingsplan, hvorfor der over tid foretages stadige genskrivninger af gamle lægenotater, som følger patientens aktuelle tilstand med dertil hørende beskrivelse af nye begivenheder eller nye kritiske øjeblikke for patienten. Disse nye begivenheder er med til at fortælle historien om den samlede patologiske proces med diverse diagnoser og behandlingsplaner, som vil være sammenflettet med bestemte rutiner og arbejdsgange på hospitalet.

Pointen er, at samtidig med at det vil være umuligt at skitsere kroppen fuldstændigt, som den er, uden undladelser i journalen, vil der ydermere altid være en vis grad af "bias" fra lægens tanker omkring patienten til det, der kommer til at stå omkring lægens tanker i patientjournalen, fordi der sker forskellige oversættelser i mellemliggende arbejdsgange, hvor en lægesekretær forsøger at danne grammatisk korrekte sætninger i journalen ud fra lægens hurtigt, og måske til tider sjuskede, dikterede bånd etc. Jeg mener, at data i patientjournalerne, ud over at være den ovenfor beskrevne geografiske beskrivelse af patientens krop, er en historisk beskrivelse af patientens sygdom samt en historisk beskrivelse af de organisatoriske aktiviteter på hospitalet, der er sat i værk for at helbrede patienten for sygdommen. Kort sagt bliver patientjournalen en beskrivelse af kroppen i tid og rum, samtidig med at den implicit beskriver de organisatoriske og faggruppebestemte arbejdsgange på hospitalet, da patientjournalen er det redskab hvormed lægen beskriver og dokumenterer patientens sygehistorie, undersøgelser og resultater, og hvori han tidligere ved hjælp af diktafon, og nu på skrift, giver udtryk for og meddeler sine synspunkter og konklusioner omkring patienten til sine kollegaer. Kollegaen, der læser journalen på den efterfølgende vagt, kan så orientere sig i den foregående læges strategier og planer for behandlingsforløbet. Det er det sidstnævnte perspektiv på patientjournalen, som et medie for beskrivelse af de organisatoriske og faggruppebestemte arbejdsgange på hospitalet, der ligger til grund for min analyse af EPJ som program for ledelse. Det afgørende er, at en patientjournal altid vil beskrive historiske data omkring sygdom og dertil hørende organisatoriske aktiviteter, og den vil gøre det på en måde, der er fastlagt efter bestemte

---

<sup>105</sup> Michel Foucault: *Klinikkens fødsel* i Marc Berg: "The Multiple Bodies of the Medical Record", 1996, s. 4.

narrative strukturer, som er med til at konstituere den organisatoriske kontekst eller socialiteten i den organisation, hvor journalen fungerer.

Ud over at journalen konstituerer socialiteten på hospitalet, er patientjournalen samtidig et juridisk dokument, hvorfor det på den baggrund er vigtigt, at der overholdes nogle ”gyldne regler” for, hvorledes man som læge, og nu også sygeplejerske, skriver i journalen. Det er vigtigt, at den sundhedsprofessionelle skriver kort, præcist og entydigt, og undgår at skrive nedsættende samt irrelevante aspekter omkring patienten, netop fordi det nedsættende (om kollegaer) og irrelevante kan ødelægge både socialiteten og det præcise og entydige, der er så vigtigt for et velfungerende og veldokumenteret patientforløb.

## Hospitalets indførelse

Samtidig med indførelsen af patologien sker der med oprettelsen af hospitalet<sup>106</sup> en radikal ændring i måden, hvorpå man socialt eller institutionelt organiserer sundhedsvæsenet. Argumenterne for, eller rationaliteten bag, indførelsen af hospitalet var, at man ved at samle patienterne var i stand til at samle en ”uendelig kilde” til viden omkring disse, da det nu var muligt at undervise de lægestuderende direkte ved patientens seng. En teknologisk udvikling, der samtidig åbnede muligheden for en ny måde at betragte patienten på. En måde, hvorpå patienten eller individet på en gang bliver subjekt og objekt for den lægevidenskabelige viden, og hvorpå det ved at sammenholde store mængder af data omkring mange patienter bliver muligt at sammenstille hver enkelt patient i forhold til det generelle eller det ”normale”. Ved på den måde at være i stand til at holde det enkelte individ op imod det generelle eller normale bliver den moderne lægevidenskab ifølge Foucault et magtinstrument eller en overvågningsinstans i forhold til det enkelte individ. Det er måske også grunden til, at Foucault kan udtrykke, at den primære målsætning for den moderne lægevidenskab og hospitalet aldrig har været at helbrede, men snarere at kunne forklare, hvorfor den enkelte patient er syg. En fuldendt forklaring kan man først få, når patienten er død, og man derved har mulighed for at skære liget op for med øjets blik at gennemgå de forskellige organer og vævstyper.

*”I 20 år kan man fra morgen til aften tage noter ved sygesengen om hjerte-, lunge- og mavelidelser, uden at der kommer andet ud af det end en rodet samling symptomer uden forankring, der fremstår som en serie usammenhængende fænomener. Åbn i stedet nogle kadavere: Straks forsvinder det mørke, som observationen i sig selv ikke kan sprede.”*<sup>107</sup>

---

<sup>106</sup> Hospital (latin) sygehus: Oprindeligt en stiftelse for fattige syge og gamle, f.eks. middelalderens Sankt Jørgens gårde. Det første egentlige sygehus i Danmark var Frederiks Hospital fra 1757, det senere Rigshospital. Det offentlige sygehusvæsen i Danmark grundlagedes i begyndelsen af det 19. århundrede, i dag betales også de formelt private hospitalers drift ved tilskud fra det offentlige. De mindre sygehuse afløses efterhånden af store centralsygehuse med mange specialafdelinger, der hver har sin stab af læger. Hospitalets administration forestås oftest af en hospitalsdirektør. Specialhospitalet er kysthospitalet for tb-patienter, amtshospitalet for psykiatriske patienter, og børnehospitalet, samt dag- og nathospitalet (kilde: Lademann Leksikon).

<sup>107</sup> (Bichat: *Anatomie générale*, forordet, s. XCIX, som citeret i *Klinikkens fødsel*, s. 204).

Døden bliver hermed omdrejningspunkt mellem liv og sygdom, det syge og det raske og mellem det normale og det afvigende inden for den moderne lægevidenskab, og dermed inden for det moderne vestlige menneskesyn.

Hospitalernes indførelse betyder samtidig en ændring i læge-patientforholdet, hvor det tidligere var sådan, at landsby- eller familielægen langt bedre kunne overskue sine patienter. Lægen kendte som oftest sine patienter personligt, og han havde langt færre patienter, end tilfældet blev med lægerne på hospitalerne. Hospitalerne blev hurtigt specialeopdelt ud fra en logik om at optimere både kvalitet og effektivitet i de kliniske ydelser, hvor man fik specialister og dermed eksperter inden for centrale lægevidenskabelige områder som medicin, kirurgi, psykiatri, pædiatri, gynækologi, øre-næse-hals m.m., idet man samtidig foretog en arbejdsdeling ved at etablere tre vagtrul i løbet af et døgn. Alt i alt betyder dette, at den enkelte patient nu møder flere læger i løbet af sit patientforløb. I forhold til læge-patientforholdet med familielægen i det lille landsbysamfund sker der nu med oprettelsen af hospitalet, og de dertil knyttede stordriftsfordele, en fremmedgørelse den enkelte læge og den enkelte patient imellem. Det gør det nødvendigt, at det større antal læger om hver patient har et medie, hvori de kan kommunikere omkring patienten.

Med patologien, og den moderne lægevidenskab, sker der samtidigt en væsentlig ændring inden for lægevidenskaben, måske ikke så meget på det indholdsmæssige plan som på det formmæssige og det syntaktiske plan. Der opstår et nyt sprog, der formulerer et nyt princip for den artikulation, hvori man bedriver moderne positiv videnskab. Denne videnskab er baseret på sanserne, altså på det empiriske og det positivt beviselige. Ændringen i det lægevidenskabelige sprog omkring menneskekroppen skyldes netop benyttelsen af det kliniske blik på hver enkelt patients krop, der igen kan ses som et resultat af en anden teknologisk udvikling, udviklingen af skriften. Den skulle nu benyttes af klinikerne til at beskrive de kliniske iagttagelser, man gjorde sig gennem den patologiske proces på hver enkelt patient. Skriften gjorde det muligt for lægen at beskrive hver enkelt patient, hvilket betød, at patienten nu kunne blive opfattet som en unik case, det var værd at rapportere om i bestræbelserne på at blive klogere på den pågældende sygdom ved en erfaringsopsamling og udvikling af viden på området. Man akkumulerede den viden, man gjorde sig ud fra afrapporteringen i de enkelte patienters journaler. Samlingen af patientjournalerne, "the bodies of knowledge", begyndte at blive grundlaget for sygdomslæren (nosologien).<sup>108</sup> Skriften bliver altså en helt afgørende forudsætning for blikkets betydning for den kliniske sygdomslære. Foucault redegør for denne udvikling ved i *Klinikkens fødsel* at påpege:

*"Modern medicine could not be imagined without that other object of consultation: The medical record."*<sup>109</sup>

Det er på denne baggrund, at jeg hævder, at patientjournalen er en helt afgørende teknologi i forståelsen af den menneskelige krop, og dermed i forståelsen af den kliniske sygdomslære i et givent samfund på et givent tidspunkt. Patientjournalen bliver et vigtigt medie for den kliniske sygdomslære i dagens danske sygehusvæsen anno 2007. Foucault beskriver det således:

*"a body which hides the essences of the disease in the pathological processes taking place in its tissues; where the symptoms and signs attest to a reality"*

<sup>108</sup> Marc Berg: "The Multiplie Bodies of the Medical Record", 1996, s. 2.

<sup>109</sup> Michel Foucault (1973): *Klinikkens fødsel*.

*which is never completely accessible in life and to the everyday production of the organizations which enact and treat it.”<sup>110</sup>*

Men hvad der helt præcist skrives og dermed dokumenteres i en patientjournal, kan bedst besvares ved en systematisk beskrivelse af den måde, patientjournalen er struktureret på.

## **Patientjournalens indhold og struktur**

Det er kendetegnende for en patientjournal, at den vil være opdelt i en primærjournal, som er den journal, der optages på patienten ved indlæggelsen, hvorefter lægens efterfølgende notater vil blive foretaget i et kontinuationsark. Primærjournalens funktion er at være det medie, hvori lægen kan redegøre for årsagen til patientens indlæggelse, hvor der typisk vil være tale om, at lægen redegør for aspekter omkring patientens aktuelle lidelse og baggrunden for denne. Redegørelsen vil være et kort resume af den af patienten afgivne sygehistorie. En primærjournal vil ofte være struktureret med et journalhoved, hvor man, som oftest lægesekretæren eller en sygeplejerske, kan notere patientens personlige data og indlæggelsestidspunktet. Under journalhovedet vil der være et felt, hvori lægen, i arbejdet med at finde frem til den rigtige diagnose, vil kunne skrive patientens sygehistorie i en punktvis ordnet form, den såkaldte anamnese. En anamnese skal indeholde lægens vurdering af årsagen til indlæggelsen, som i en Børneafdeling fx kunne være *”otteårig dreng med insulinkrævende diabetes indlægges via skadestuen efter fald på legeplads”*, og hvis der er tale om en patient med en kronisk lidelse, der genindlægges, skriver lægen en kort tidsmæssig oversigt over patientens sygdomme, ligesom han skriver om interkurrente sygdomme, der kan være komplikationer i forhold til den grundlæggende eller *”egentlige”* sygdom.

### **Anamnesen**

Lægen vil derefter i anamnesen skulle redegøre for dispositioner hos patienten i form af arvelige lidelser, der som i eksemplet med den otteårige dreng, der var faldet på legepladsen, kunne være diabetes, men det kunne lige så godt være alt lige fra sygdomme i hjertet, kredsløbet eller i tarmen til psykiske lidelser, eller en eventuel konstateret arvelig cancer i familien. Efter at have redegjort for patientens dispositioner, skal lægen i anamnesen redegøre for eventuelle ekspositioner, som er smitsomme sygdomme eller toksiske påvirkninger de forløbne år. Disse sygdomme eller påvirkninger kan være kommet fra skolen, hjemmet, andre institutioner, hvor patienten færdes, eller fra eventuelle udlandsrejser. Sygehistorien skal tillige indeholde lægens udredning af eventuelle allergier hos patienten, der kan manifestere sig ved, at patienten vil være overfølsom over for bestemt medicin, eksempelvis penicilliner eller morfika. Hvis patienten har en allergi, skal udredningen indeholde begyndelsestidspunkt for allergien, samt hvor og hvordan allergien viser sig på patientens krop, dvs. symptomerne, fx i form af udslæt på bestemte steder af kroppen med tilhørende kløe, åndenød, besvimelser m.m. I anamnesen vil der også være mulighed for, at lægen, hvilket han også bør gøre, vil kunne redegøre skriftligt for tidligere sygdomme og indlæggelser, og præcise årstal for disse, hos patienten. Denne information bør være efterfulgt af navnet på det pågældende sygehus, diagnosen og den eventuelle

---

<sup>110</sup> Ibid..



operation, samt om der var komplikationer i forhold til forløbet. En sådan skriftlig redegørelse kunne for en læge i en børneafdeling være:

*”1998 Hvidovre Hospital. Cancer xx. Hø. sidig mastektomi. Efterfølgende kemoterapi samt regionalstråling på rigshospitalet. Regelmæssigt kontrolleret uden tegn til recidiv.”*

I tilfælde af komplikationer vil redegørelsen kunne indeholde noget om tidligere børnesygdomme, specielt skarlagensfeber (nyresygdom), difteri (hjertelidelse), polio (muskel og knoglesygdom) og giftfeber (hjerteklappidelse). I anamnesen vil lægen også skulle redegøre for kønssygdomme, herunder hiv/aids, hvilket ikke er almindeligt på en børneafdeling, samt for om patienten har haft tuberkulose, og i positivt tilfælde, hvilket organ der har været angrebet, behandlingens varighed og kontrollernes hyppighed. Lægen vil også skulle redegøre for kroniske sygdomme hos patienten, som kunne være diabetes, leddegigt, bronkitis, hjerte- eller nyrelidelser, forhøjet blodtryk m.m., og for om patienten lider af alvorlige traumer med senfølger (sequelae) af den ene eller anden art. Først efter ovenstående redegørelse, når historikken over patientens sygdomsforløb således er på plads, kan lægen, i anamnesens hovedafsnit, i detaljer beskrive patientens aktuelle tilstand eller nuværende lidelser, hvilket vil være, hvad der var årsagen til indlæggelsen. Her er det vigtigt, at lægen ikke benytter sig af eget ordvalg og lægejargon, men benytter sig af patientens eget ordvalg. Beskrivelsen skal kortlægge patientens krop i tid og rum, hvilket en typisk udspørgen i forbindelse med udfærdigelse af anamnese fra en læge omkring hovedsymptomet smerter hos en patient kan illustrere. Lægen kan følge følgende faste køreplan, hvor han først spørger til, hvornår smerterne opstod hos patienten, hvilket han noterer med dato, klokkeslæt eller tidspunkt i journalen. Ved eventuelle smerteanfald kan lægen spørge til varigheden af disse, og ved de kroniske smerter kan han spørge om, hvornår i døgnet smerterne er særligt store og i forbindelse med hvilke begivenheder, anstrengelser, måltider, afføring, vandladning m.m. Efterfølgende vil lægen kunne spørge til, hvorledes smerterne er opstået. Er de opstået som følge af et traume, er de kommet snigende, er de kommet spontant, eller er de kommet akut? Lægen vil derpå have en interesse i at få at vide, hvilke faktorer i form af måltider, hvile, varme, medicin, sengeleje m.m., der virker henholdsvis provokerende eller lindrende. Lægen har selvfølgelig også en interesse i at spørge patienten om, hvor på kroppen smerten synes at befinde sig. Er smerterne diffuse, og hvordan kommer de til udtryk, er de trykkende, sviende, brændende, borende eller turevise (kolikagtige), og er der ledsagesymptomer i form af kvalme, opkastninger, feber, blødninger, diarre m.m.? Er patienten ikke selv i stand til at fortælle lægen sygehistorien, det kan typisk være børn, psykisk syge eller demente, da skal lægen tydeligt i anamnesen redegøre for, hvor han har oplysningerne fra. Det kan være fra pårørende, patientens egen læge, tidligere journal m.m. Med til anamnesen hører også en af lægen systematisk gennemgang af patientens øvrige organsystemer. Den har tre formål, nemlig 1) at sikre alle vigtige symptomer, altså også dem, patienten eventuelt måtte have glemt, undertrykt eller fortrængt i sin egen fortælling, 2) at sikre, at ”patienten i øvrigt er rask”, og endelig 3) at få et overblik over patientens daglige funktionsniveau i forhold til, om der skulle være opblussen i eventuelle kroniske lidelser eller symptomer af betydning.

### **Den objektive undersøgelse**

Lægen foretager nu en systematisk undersøgelse af patientens organsystemer, først skal han have undersøgt centralnervesystemet, der består af hjernen og de perifere nerver, hvor

symptomerne hos patienten kan være hovedpine, svimmelhed, synsforstyrrelser, styringsbesvær, lammelser, besvimelser, kramper, føleforstyrrelser m.m. En objektiv undersøgelse består af en inspektion, hvor lægen alene bruger blikket og sin sunde fornuft i vurderingen af, hvad patienten fejler, og af en palpation, hvor lægen føler ”skånsomt og i dybden”. Hvis der eksempelvis er tale om mavesmerter, vil lægen massere eller føle skånsomt omkring det område, der er udpeget af patienten til at gøre mest ondt, og under massagen vil lægen nærme sig det følsomme punkt mere og mere for at vurdere, hvad der kan være årsagen til ømheden. Den objektive undersøgelse består yderligere af en auskultation, hvor lægen lytter til hjerte, lunger, tarmlyde og til pulsen i halsen og lysken, og af en eksploration, der kan være vaginal og rektal.

Efter undersøgelsen af centralnervesystemet skal lægen have undersøgt patientens kardiopulmonale system, organsystemet bestående af hjerte, lunger og kredsløb, hvor han undersøger for funktionsdyspnø, hviledyspnø (evt. natlige anfald), prækordiale smerter (evt. udstråling), ødemer, hoste, ekspektoration m.m. Herefter undersøger lægen det gastrointestinale system, hvilket er maven og tarmen, for abdominalsmerter og eventuel udstråling. Dernæst undersøger han det urogenitale system, der er organsystemet bestående af urinveje og kønsorganer, hvor der fokuseres på urinens udseende og lugt, og for kvinders vedkommende foretages også en gynækologisk undersøgelse, hvor der fokuseres på eventuelle blødninger og udflåd, samt på mængden og udseendet af dette.

Når lægen har foretaget en undersøgelse af organsystemerne, noterer han patientens almene tilstand i anamnesen, han vurderer om patienten er selvhjulpne, og hvis ikke, om patienten har mulighed for at få hjælp fra en eventuel ægtefælle, familie eller hjemmehjælp. Lægen vurderer derefter patientens appetit, og om patienten giver udtryk for, at maden smager unormalt, hvorefter han spørger patienten om dennes nuværende vægt i forhold til den normale vægt, nuværende træthed og søvn i forhold til de normale tilstande.

Lægen danner sig efterfølgende et indtryk af patientens forbrug af alkohol, tobak og medicin, og i forhold til medicinforbruget vurderer lægen, efter gennemgang af patientens eventuelle medicinlager, om der er behov for præparat- eller dosisændringer tilpasset patientens aktuelle tilstand. Endelig skal en anamnese indeholde en beskrivelse af patientens sociale forhold, dvs. hvordan er de familiære forhold som ægtestand, børn, og hvordan er relationerne imellem familiemedlemmerne? Disse forhold kan have været direkte årsag til patientens indlæggelse, men har også en væsentlig betydning i forhold til en eventuel efterbehandling i hjemmet. Derudover spørges der til boligforhold, der bliver målt på størrelse og kvalitet, samt om der er de nødvendige hjælpefaciliteter som elevatorer og andet, og der spørges til patientens erhverv og generelle økonomi. Det er faktorer, der skal give lægen et helhedsindtryk af patientens livskvalitet, og tilsammen en indikator, lægen holder op mod potentielle behandlingsplaner i forbindelse med sine lægelige vurderinger og prioriteringer.

## **Resumé og konklusion**

På baggrund af anamnesen og den objektive undersøgelse udfærdiger lægen et resumé og en konklusion i forhold til indlæggelsesårsag og i forhold til de relevante fund, hvorefter lægen opstiller foreløbige diagnoser i prioriteret rækkefølge i et diagnosehierarki, og hvis patienten eventuelt tidligere har været igennem operation, anføres dette af lægen, der på

baggrund af det opstillede diagnosehierarki opstiller en behandlingsplan eller en strategi for udredningen af diagnosen. Lægen bør her nøje redegøre for de overvejelser, han har gjort sig i forbindelse med den opstillede plan, således at kollegaer nemt kan sætte sig ind i patientforløbet, og endelig bør lægen redegøre for patientens medicinstatus og orientere den ansvarshavende sygeplejerske omkring behandlingsplanen, når patientjournalen er skrevet.

Formålet med denne – delvise – gennemgang af lægens arbejde i patientjournalen i forbindelse med en patientindlæggelse har været at illustrere, hvad jeg ovenfor har redegjort for, nemlig at patientjournalen på én gang er en systematisk og struktureret historisk og geografisk beskrivelse af kroppen i tid og rum, hvor lægen gennem den objektive undersøgelse gennemgår patientens krop fra ”top til tå” som supplement til patientens sygehistorie, samtidig med at det er i forbindelse med udfærdigelsen af strategien for patientbehandlingen i lægens behandlingsplan, at aktiviteterne, og dermed også rammerne for det tværfaglige samarbejde på en hospitalsafdeling, bestemmes.

### **Patientjournalen som et juridisk dokument**

Patientjournalen er samtidig et juridisk dokument, hvor der skabes en enhed mellem patienten og staten, eller hvor borgeren i staten konstitueres, og hvor journalen da bliver det dokument, hvori klinikerne dokumenterer deres aktiviteter med de dertil hørende omkostninger. En dokumentation, det desuden er nødvendigt for de enkelte hospitaler og læger at bevare for senere at kunne dokumentere, at ”alt det, der var muligt”, blev gjort for den pågældende patient, og at det blev gjort på den ”rigtige” og den ”billigste” måde. Hospitalet, eller mere overordnet sundhedsvæsenet, er, gennem patientjournalen og kravene om dokumentation heri, indlejret i det juridiske system. På den måde bliver lægen samtidig gjort til den overordnede ansvarlige for de beslutninger, der træffes på hospitalerne, mens sygeplejerskerne bliver reduceret til at være en af de faggrupper, der udfører plejen efter behandlingsplaner, lægen fastlægger, og til at tage temperatur, blodtryk og puls og andre rutineopgaver. Disse forhold er uhyre vigtige i relation til det faggruppebestemte hierarki og det tværfaglige samarbejde, ja, i det hele taget for socialiteten på hospitalet, da de forskellige faggrupper og medarbejdere konstitueres i patientjournalen. Lægen konstitueres til at være den, der har ansvar og tager beslutninger omkring diagnose og behandling, mens sygeplejersken konstitueres til at være den omsorgsfulde, der følger op med pleje i forhold til de af lægen udstukne linjer.

Det bliver lægens opgave og ansvar dokumenterende at rekonstruere patientforløbet i patientjournalen, og det på trods af, at sygeplejerskerne er mere sammen med patienten under indlæggelsen. Patientjournalen bliver mediet, hvori man kan se, ”hvad der rent faktisk skete” i patientforløbet i forhold til, hvad der burde være sket. Det i notatresumeerne dokumenterede hændelsesforløb følger logikken, hvor et tegn bliver til en diagnose, der igen udløser en behandlingsplan, der igen udløser et produkt i form af en patient, der er ”helbredt eller lindret i et eller andet omfang”. Patientjournalen bliver det medie, hvori man konstituerer og løbende reproducerer den til en given tids meget komplekse ”kropspolitik”.<sup>111</sup> Lige såvel som patientjournalen tidligt var mediet, hvori man konstituerede og kontinuerligt rekonstruerede patientens krop, blev journalen også hurtigt mediet, hvori hospitalets kropspolitik blev konstrueret og løbende blev rekonstrueret. En

---

<sup>111</sup> Marc Berg: ”The Multiple Bodies of the Medical Record”, 1996, s. 18.

organisatorisk kropspolitik, der blev struktureret ud fra sygeplejerskernes løbende målinger af kroppens tilstand, temperatur, puls, blodtryk m.m. i løbet af et døgn på hospitalet. Hospitalets kropspolitik blev endvidere formet af lægens løbende notater, i hvilke der blev taget beslutninger om givne behandlingsplaner. Disse planer er bestemmende for de følgende dages aktiviteter på hospitalet, hvor fx lægesekretærene og laboranterne kan se, hvilke medicinpræparater der skal bestilles hjem, og hvor sygeplejerskerne kan se, hvilke medicinpræparater og doseringer de skal give patienterne i løbet af døgnet. Kort sagt fungerer patientjournalen som en løbende distributør af arbejde på en hospitalsafdeling.

## **Sammenfattende diskussion af patientjournalen som teknologi**

Patientjournalen har gennem tiderne været kildeorienteret og monofaglig. Kildeorienteret, fordi den har været opdelt i forskellige sektioner, der omhandler forskellige kilders data. Der er eksempelvis et afsnit for lægenotater, et afsnit for mikrobiologsvar, et afsnit for radiografisvar, et afsnit for svar fra forskellige specialer m.m. En fysisk og intellektuel opdeling af journalen. Monofaglig i den forstand, at journalen tidligere alene har været lægens dokumentationsværktøj, hvor det eneste, sygeplejerskerne dokumenterede i patientjournalen, var værdier som temperatur og blodtryk. Sygeplejerskerne havde deres eget dokumentationsværktøj Kardex i forhold til de plejemæssige data.

På baggrund af min analyse af patientjournalen er det min påstand, at den fysiske og intellektuelle opdeling i journalen symboliserer, og udstikker retningslinjerne for, det organisatoriske hierarki på et hospital, hvor de behandlende læger rangerer højest, da de også har adgang til at notere og skrive, i fri prosatekst, på centrale steder i journalen omkring centrale aspekter i patientforløbet. Det er lægerne, der ligefrem bestemmer patientforløbet gennem de opstillede diagnoser og behandlingsplaner, samtidig med at lægerne har ubegrænset adgang til at skrive i alle journalens afsnit, måske lige sygeplejenotaterne undtaget, og hvor sygeplejerskerne omvendt kun har adgang til at skrive sygeplejenotater og enkelte andre rutineprægede værdier, temperatur, puls, væskebalance og blodtryk m.m., i journalen. Det er lægerne, der bestemmer det overordnede patientforløb, da det er beskrivelsen af patientens kropshistorie og klinikerens vurdering af symptomer i forhold til bestemte lokaliteter i kroppen, der er det grundlag, hvorpå der stilles diagnose og behandlingsplan. Derfor er patientjournalen et helt centralt medie i forbindelse med bestemmelse af de enkelte patientforløb, samtidig med at den bliver et udtryk for en dybtliggende rationalitet, der hviler på lægernes positivistiske og naturvidenskabelige medicinske faglighed. Sygeplejersker og andre faggrupper har dog haft mulighed for at skrive i journalen på bestemte områder, men der har typisk været tale om relativt kortfattede noter og konklusioner på diverse undersøgelser.

Patientjournalen, med de forskellige faggruppers flere eller færre rettigheder til at skrive om patientforløbet, udstikker altså et hierarki imellem faggrupperne. Dette hierarki er faggrupperne på hospitalet selv bevidste om, hvorfor udviklingen og implementeringen af patientjournalen er blevet en meget politisk sag i forhold til måden, hvorpå man vælger at designe og indholdsbestemme journalen. Hvilke dokumentationsbeføjelser der gives til hvilke faggrupper, er afgørende for faggruppernes styrkeforhold på en hospitalsafdeling. Det er min antagelse, at det er en kamp om styrkeforhold, der også i høj grad udkæmpes i forbindelse med udviklingen af EPJ på Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor det, der synes at være på spil for lægerne, er deres lægelige faglighed. Med andre ord mener jeg, at patientjournalen kan opfattes som en vigtig katalysator, og bestemmende faktor, i

forhold til ledelse, og i forhold til skabelse af den faglige viden, der vil være nødvendig for at skabe symboler, som grundlag for en stærk organisationskultur og faglig identitetsdannelse på en hospitalsafdeling. Patientjournalen er en teknologi, der producerer hospitalet ud fra de historier, den producerer omkring læger, sygeplejersker ud fra arbejdsgange, lægevidenskaben og effektiviteten af sygeplejerskernes omsorgsarbejde. Historier, der kan fortælles igen og igen (jf. mere uddybende i kapitel 7).

Gennem min historiske perspektivering af patientjournalen har jeg sandsynliggjort, at patientjournalen via de optegnelser, den patologiske anatomi muliggør, både er et atlas og en historiebog omhandlende patientens krop, hvor patientjournalen på den måde kommer til at konstituere og producere patientens krop. Samtidig har jeg sandsynliggjort, at patientjournalen efter hospitalets indførelse bliver en optegnelse over de organisatoriske, og dermed ledelsesstrategiske, aktiviteter i form af bestemte kliniske arbejdsgange og faggrupperelaterede opgavefordelinger, der finder sted på et hospital, hvor den kan anskues som en optegnelse over døgnrytmen. Den historiske analyse af patientjournalen har givet et indblik i dens store organisatoriske og ledelsesstrategiske betydning på et hospital.

Patientjournalen bliver på den baggrund et medie for ”gouvernementaliteten”, eller den ledelsesrationalitet, der virker ind på den sociale adfærd i sundhedsvæsenet. Den bliver i min analyse opfattet som en ledelsesteknologi, der er udtryk for et dispositiv, der får indflydelse på, hvordan der ledes i sundhedsvæsenet. Patientjournalen betragter jeg som en teknologi, der inden for gouvernement-dispositivet bestemmer, hvordan der indføres en bestemt orden i forhold til det at lede ledere og medarbejdere på en hospitalsafdeling.

*“Basically power (...) is a question of government. This word must be allowed the very broad meaning which it had in the sixteenth century. ‘Gouvernement’ did not refer only to the political structures or to the management of states; rather it designated the way in which the conduct of individuals of groups might be directed (...). To gouverner is (...) to structure the possible field of action of others.”<sup>112</sup>*

Patientjournalen bliver et udtryk for en bestemt teknologi bestående af forskellige teknikker, ledelsen kan benytte sig af til at styre den sociale adfærd og de enkelte aktiviteter på forskellige organisatoriske niveauer i sundhedsvæsenet. Et teknisk redskab, der på en gang vil blive styret af og styre ledelsesrationaliteten, og dermed den konkrete ledelsespraksis på de forskellige organisatoriske niveauer, herunder Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, fordi det i høj grad er i patientjournalen, at ledelsespraksis er indlejret. I patientjournalen kan man udlede, hvilke aktiviteter der er overladt til ledelsen på forskellige niveauer og medarbejderne selv, og på hvilken måde de er overladt til ledelsen og medarbejderne. Det er tillige muligt at analysere i patientjournalen, hvilke ledelsesmæssige disciplinerings-, kontrol- og sikkerhedsskabende mekanismer der forefindes på en hospitalsafdeling i forbindelse med det kliniske arbejde. Det kan man udlede alene af at se på, hvad der skal dokumenteres, hvordan og hvornår og af hvem.

Jeg betragter patientjournalen som en teknologi, der på en gang er bestemt af og implementeret af IT-folk, læger og sygeplejersker i fællesskab, men samtidig som en teknologi, der efterfølgende har sit eget liv som aktør eller subjekt i den samlede struktur eller i det samlede netværk, fordi det er i patientjournalens strukturer og funktionalitet,

---

<sup>112</sup> Michel Foucault: *The Subject of Power*, s. 221, i Sverre Raffnsøe & Marius T. Gudmand-Høyer: *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*, s. 34.

man kan analysere, hvilken faglig viden i form af symboler, overbevisninger og værdier, og dermed hvilken adfærd ("performance"), der foretrækkes i afdelingen. På en mere abstrakt måde kan man i patientjournalen analysere, på hvilken måde læger og sygeplejersker konstitueres, da man i patientjournalen vil kunne se, hvilken adfærd der kræves af de forskellige faggrupper. Eksempelvis kan man se, efter hvilken struktur og hvilke standarder henholdsvis lægerne og sygeplejerskerne forventes at skulle udarbejde deres notater, og man kan se, hvem der må dokumentere omkring hvilke forhold i patientjournalen. Man kan se, at det kun er lægerne, der må stille diagnoser, udarbejde behandlingsplaner og ordinere medicin. Man kan se, at sygeplejerskerne "kun" gør notater omkring plejemæssige forhold og rutineprægede handlinger, som notater omkring værdier på temperatur, blodtryk etc. Man kan se, hvad der skal dokumenteres, og hvad der dermed potentielt kan ligge til grund for ledelsesmæssige beslutninger etc. Patientjournalen kan derfor ses som et højt specialiseret dokumentations- og ledelsesmæssigt styringsværktøj, som bliver et udtryk for afdelingens faglighed (skills), de samlede aktiviteter for organiseringen, samtidig med at der i patientjournalen vil være værdifulde oplysninger i forhold til ledelsespraksis i Børneafdelingen. Med ambitionerne om at ændre i dokumentationspraksis med implementeringen af EPJ, fra den tidligere monofaglige lægelige dokumentation i papirjournalen til en tværfaglig dokumentationspraksis i EPJ, vil lægernes faglighed blive sat på spil, hvorfor det ikke bør tolkes som hysteri, men snarere som sund fornuft fra lægernes side, når de brækker sig over denne ændring i dokumentationspraksis i patientjournalen (jf. mere uddybende i kapitlerne 5 og 6, der omhandler den empiriske analyse af EPJ i Børneafdelingen).

Det er min påstand, at patientjournalen er en central politisk faktor (aktør) i Børneafdelingen, da den meget eksplicit, i form af bestemmelserne omkring dokumentationspraksis, vil være bestemmende for den samlede socialitet i afdelingen, herunder de forskellige delmængder heraf i form af subkulturer. Dokumentationspraksis i afdelingen kan da ses som forskellige ledelsesmæssige teknikker til at bestemme socialiteten i afdelingen. I politiske termer vil jeg hævde, at patientjournalen som social teknologi kan analyseres som et "vidensregime", der på en gang afspejler og er med til at skabe, og dermed bestemme, en specifik adfærd baseret på bestemte overbevisninger og værdier, der igen er udtryk for den ønskede adfærd baseret på de ønskede overbevisninger og værdier i et moderne kapitalistisk samfund. Eller som det kan udtrykkes med en lille omskrivning fra Søren Buhls afhandling *Making Space – An outline of place branding*:

*"Like other management fads, the patient record belongs to what Thrifts has labelled 'soft technologies', regimes of knowledge that shape and develop the symbolic economy of capitalism" (Thrift 1998a, 1998c, 2001).<sup>113</sup>*

Patientjournalen er et medie, der på en gang former, opbevarer og kontrollerer mangeartede mønstre af faglig viden omkring patienten og om den medicinske praksis inden for specialet, her pædiatrien. Dvs. at patientjournalen anordner og disponerer en bestemt klinisk og ledelsesmæssig adfærd, samtidig med at den er disponerende i forhold til dokumentationspraksis. Derfor synes patientjournalen at være så vigtig en social teknologi i forståelsen af den meget komplekse og mangefacetterede socialitet på en hospitalsafdeling.

---

<sup>113</sup> Søren Buhl Pedersen: *Making Space – An outline of place branding*, Copenhagen Business School (CBS) 2005, s. 50.

På baggrund af min gennemgang af Foucaults perspektiv på dispositivet, og dettes samspil med teknologi- og teknikbegreberne, har jeg ved at perspektivere min generelle teknologiforståelse i forhold til patientjournalen som teknologi sandsynliggjort, at patientjournalen er en grundlæggende teknologi i sygehusvæsenet. Jeg har gennem min diakrone og synkrone analyse af patientjournalen sandsynliggjort, at patientjournalen er en teknologi, der er udtryk for en konfiguration af dispositiver, der tilsammen er et udtryk for den rationalitet, den lægevidenskabelige viden baserer sig på. Jeg har sandsynliggjort, at patientjournalen er en teknologi, der er et udtryk for et lægevidenskabeligt dispositiv, hvor formålet med patientjournalen har været at støtte primært lægerne i beslutningssituationer omkring udarbejdelse af diagnoser og opstilling af behandlingsplaner (jf. gennemgangen af anamnesen og den objektive undersøgelse), og i kommunikationssituationer med andre læger, sygeplejersker eller patienter, hvor de lægevidenskabelige data indgår (jf. min analyse af patientjournalen som en historiebog og et atlas over patientens krop). Med andre ord er det en væsentlig pointe i min teknologiforståelse, at teknologi ikke er "uskyldig", og at den er "skyldig" ved, at den er udtryk for en lægelig rationalitet, der især kommer til udtryk i de beslutningssituationer og kommunikationssituationer, lægen agerer i. Jeg hævder, at denne sammenhæng kun kan studeres i praksis, hvilket jeg vil gøre i de næste kapitlers empiriske analyser. På den baggrund vil jeg i næste kapitel rette mit blik imod patientjournalen som beslutningsstøtte-teknologi og som kommunikationsteknologi, hvor jeg vil forfølge min antagelse om, at teknologi er stærk i forhold til at arrangere det sociale handlerum. Min antagelse er, at patientjournalen gør noget ved virkeligheden, hvor jeg i næste kapitel ser på, hvordan EPJ som forandringsteknologi påvirker lægens beslutningssituationer og kommunikationssituationer, og hvor jeg i kapitel 6 iagttager, hvordan tværfaglighed som program kommer i spil i det sociale handlerum.

## Kapitel 5

# EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi i Børneafdelingen

### Indledning

Med dette kapitel indleder jeg min analyse af EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor jeg i tidligere kapitler har analyseret patientjournalen ud fra EPJ-diskursen, som den er blevet formuleret af de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne (jf. kapitel 3). Derudover har jeg i kapitel 4 på et mere generelt plan gennem en diakron analyse analyseret patientjournalen historisk og gennem en synkron analyse analyseret indholdet og strukturen på patientjournalen i dag. Som afslutning på diskursanalysen i kapitel 3 opsummerede jeg i punktform nogle af de mange forestillinger, de centrale sundhedsmyndigheder og sygehusejerne har formuleret om EPJ. Det er disse forestillinger, jeg i den resterende del af afhandlingen vil analysere i den lokale kontekst Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, hvor jeg vil analysere de mange forestillinger i en perspektivering i forhold til de to formål, jeg opstillede i afhandlingens problemformulering: 1) hvilken betydning EPJ har for, hvordan begrebet tværfagligt samarbejde udkrystalliseres og indholdsbestemmes, og 2) hvilken betydning den bestemte udkrystallisering og indholdsbestemmelse af det tværfaglige samarbejde har for det ledelsesstrategiske rum i Børneafdelingen. I en afgrænsning af min analyse i forhold til afhandlingens problemformulering har jeg valgt at forfølge de spor om patientjournalen, der blev lagt i kapitel 4, hvor jeg redegjorde for, at patientjournalen har to vigtige formål, at fungere som lægernes og sygeplejerskernes henholdsvis beslutnings- og kommunikationsteknologi. Jeg vil med udgangspunkt i en udkrystallisering og indholdsbestemmelse af begreberne om EPJ som lægernes og sygeplejerskernes beslutnings- og kommunikationsstøtte analysere, hvordan EPJ i Børneafdelingen bliver sprogliggjort i kravspecifikationen til EPJ, og af brugerne af EPJ, de udvalgte læger og sygeplejersker i afdelingen. Det er min antagelse, at den bestemte sprogliggørelse er disponerende for konstitutionen af EPJ, læger, sygeplejersker og for faglighedernes forskellige samarbejdsrelationer. Den bestemte sprogliggørelse vil konstituere bestemte subjektformer, objektformer, handleformer og sandhedsformer, og dermed være disponerende for, hvad det vil sige at være læge, sygeplejerske, leder og EPJ i Børneafdelingen. Det betyder, at min analyse af EPJ i forhold til begrebet om tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker baserer sig på en række fortællinger fra ledere, læger og sygeplejersker i Børneafdelingen, hvor EPJ fungerer som beslutnings- og kommunikationsstøtte i lægernes og sygeplejerskernes arbejdsgange før, under og efter stuegangen. Det er min påstand, at EPJ er en teknologi, der tvinger ledere, læger og sygeplejersker til at forme deres egen forestilling om EPJ, også i forhold til EPJ som beslutningsstøtte- og kommunikationsstøtteteknologi, samt i forhold til EPJ som program for det tværfaglige samarbejde i afdelingen. Jeg foretager en analyse af, hvordan begrebet om tværfagligt samarbejde udkrystalliserer sig og får indhold fra forskellige talepositioner i afdelingen, hvor omdrejningspunkterne i fortællingen er EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi. Derudover er det min påstand, at afdelingsledelsen kan benytte EPJ som anledning til at styre lægerne og sygeplejerskerne til at anerkende en bestemt rationalitet og en bestemt måde at træde i forhold til hinanden og deres patienter på. Som flere respondenter har udtalt, så er der med implementeringen af den tværfaglige EPJ i afdelingen tale om et paradigmeskift i forhold til, hvordan læger og



sygeplejersker hidtil har dokumenteret i patientjournalen. Essensen af paradigmeskiftet har været den, at man tager ”lægernes patientjournal fra lægerne” og gør den tværfaglig.

Hermed bliver EPJ et program, og dermed en reflektiv begivenhed. EPJ som program befinder sig i brændpunktet mellem forskellige rationaliteter. Mit mål med den følgende analyse af udsagnene fra udvalgte læger og sygeplejersker er at afdække de forskellige rationaliteter, der diskursivt knytter sig til EPJ som program, og som diskursivt knytter sig til begreberne omkring kommunikations- og beslutningsstøtte for her igennem at påvise, hvordan EPJ påvirker det tværfaglige samarbejde i Børneafdelingen. Mine interviews er således bygget op over en bestemt idé, idet jeg har forsøgt at fremelske eller fremprovokere argumenter for bestemte rationaliteter for dermed tydeligere at kunne se forskelle og ligheder. På baggrund af mine interviews har jeg fundet nogle centrale omdrejningspunkter i programmets rationalitet, men også i modstandens rationalitet. Disse har dannet grundlag for temaer og uddybende spørgsmål i interviewet. Min interviewguide har været struktureret omkring fire temaer, omgivelserne, afdelingskulturen, forandringer med EPJ og ledelse. Disse temaer er valgt ud fra en forestilling om, at de bestemte forestillinger fra omgivelserne, kulturen i afdelingen og de bestemte ledelsesstrategiske beslutninger i relation til implementeringen vil have stor betydning for de specifikke forandringer med EPJ, hvor jeg i min afhandling har afgrænset mig til at se på, i hvilket omfang implementeringen af EPJ kan være en anledning til at indholdsbestemme begrebet om tværfagligt samarbejde i afdelingen gennem en problematisering af EPJ som beslutningsstøtte- og kommunikationsstøtte teknologi. Efter udsagn fra brugerne følges dette op af nogle udvalgte eksemplificerende arbejdsgange i patientjournalen før/efter implementeringen af EPJ. Hvor der ikke er direkte citater med kursiv, er fortællingen min omskrivning af respondenternes udsagn. For at bevare en vis grad af anonymitet er den enkelte respondent kun angivet i parentes med faggruppebeskrivelse, og om vedkommende er leder eller menig medarbejder, som indledning til fortællingens forskellige afsnit. Den samlede fortælling er med andre ord sammensat af flere læger og sygeplejerskers udsagn. På den måde har det været min hensigt at lade de forskellige lægers og sygeplejerskers udsagn komme til udtryk i en samlet fortælling om deres skrive- og læseaktiviteter i EPJ før, under og efter stuegang. Fortællingen er min sammenskrivning af forskellige brudstykker af udsagn fra tre mellemledere (områdeledere) i afdelingen, og fra en række læger i kursusstillinger og sygeplejersker i afdelingen. Jeg har bevidst valgt at foretage en sammenskrivning af de mange udsagn fra de forskellige talepositioner for at sikre en ensartethed i fortællingens udtryksform.

De undersøgelsesmetodiske risici forbundet herved er, at jeg flår udsagnene ud af deres strategiske sammenhæng, og at jeg i min omskrivning bliver fortolkende eller får ændret ved meningsindholdet af udsagnene i deres oprindelige form og sammenhæng. Det kan nok ikke helt undgås, at nogen mening går tabt eller fordrejes en smule ved denne fremgangsmåde, men jeg har igennem omskrivningsprocessen været bevidst om at minimere mine indgreb. Det er min hensigt at analysere EPJ som anledning til omorganisering af beslutningssituationer og kommunikationssituationer i sporingen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Jeg analyserer, hvordan EPJ opleves som anledning til tværfagligt samarbejde fra et medarbejderperspektiv, hvor jeg har ladet lægerne og sygeplejerskerne, de daglige brugere af EPJ, komme til udtryk. I min udvælgelse af respondenter har jeg fundet det relevant at skelne imellem, om respondenterne tilhører afdelingsledelsen, EPJ-projektledelsen, mellemlederne eller, om respondenterne er ”menig” medarbejder. Derudover har jeg på hvert af niveauerne fundet det nyttigt at skelne mellem, om vedkommende tilhører læge- eller sygeplejegruppen. For at bevare illusionen

om anonymitet vil jeg igennem kapitlet gøre opmærksom på, hvorvidt det er en afdelingsleder, mellemlider, projektleder eller medarbejder, der udtrykker sig, og jeg vil redegøre for, om det er en læge eller en sygeplejerske på hvert af niveauerne.

I kapitel 4 sandsynliggjorde jeg, at patientjournalen er en teknologi, der benyttes til at opsamle, opbevare, bearbejde og videredistribuere den medicinske lægevidenskabelige viden. Patientjournalen er en teknologi, der er et udtryk for et lægevidenskabeligt dispositiv, hvor formålet med den er at støtte lægerne i beslutningssituationer omkring udarbejdelse af diagnoser og opstilling af behandlingsplaner, såvel som i kommunikationssituationer med andre læger, sygeplejersker eller patienter, hvor de lægevidenskabelige data indgår. Det er på den baggrund, at jeg hævder, at patientjournalteknologien er et udtryk for en lægelig rationalitet, der især kommer til udtryk i de beslutnings- og kommunikationssituationer, lægen agerer i. Jeg hævder, at denne sammenhæng kun kan studeres i praksis, hvilket jeg vil begynde med at gøre i dette kapitels empiriske analyse, hvor jeg vil rette mit blik imod patientjournalen som beslutningsstøtte- og kommunikationsteknologi. Nedenfor vil jeg forfølge min antagelse om, at teknologi er stærk i forhold til at arrangere det sociale handlerum. Min antagelse er, at patientjournalen gør noget ved virkeligheden, hvor jeg nu vil analysere, hvordan EPJ som forandringsteknologi påvirker lægens og sygeplejerskens beslutnings- og kommunikationssituationer i løbet af en dagvagt i Børneafdelingen.

Min analyse i dette kapitel baserer sig på en fortælling i tre lag, hvor det første lag er forestillinger om EPJ, som de kommer til udtryk i kravspecifikationen til EPJ. Jeg vil indlede hvert af fortællingens tre afsnit, der består af lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ før, under og efter stuegang med at præsentere nogle af mig udvalgte eksemplificerende arbejdsgange i EPJ. Forestillingerne om EPJ i kravspecifikationen vil jeg spore i fortællingens andet lag, interviewudsagnene fra 15 sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen, hvor der blandt de interviewede er lægelige områdeledere, læger i kursusstilling og sygeplejersker. Jeg har valgt at organisere interviewdata ud fra respondenternes logik, dvs. ud fra den måde, hvorpå respondenterne selv har organiseret deres fortælling om EPJ. Respondenternes fortælling om EPJ synes at være organiseret ud fra to ordningsprincipper, patientforløbstankegangen og vagtrykmetankegangen, hvor de konkrete arbejdsgange er bestemt af, hvor patienten er i forløbet visitation, indlæggelse og udskrivning, og en organisatorisk dagrytmelogik, der er bestemt af de faste rutiner på en hospitalsafdeling, som jeg har valgt at kategorisere i lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter før, under og efter stuegang. I min analyse af lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ indleder jeg de tre afsnit i min analyse med konkrete eksempler fra kravspecifikationen til EPJ. Disse eksempler beskriver de ledelsesmæssige forestillinger om lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ og illustrerer forestillingerne om, at EPJ kan være en anledning til at omorganisere lægernes og sygeplejerskernes beslutnings- og kommunikationssituationer. Det er i forhold til de konkrete eksempler på ledelsesmæssige forestillinger om ændringer i arbejdsgange med EPJ fra kravspecifikationen, at jeg perspektiverer lægernes og sygeplejerskernes efterfølgende udsagn omkring deres læse- og skriveaktiviteter i EPJ. Det er min hensigt at undersøge, hvorvidt de ledelsesmæssige forestillinger om EPJ i kravspecifikationen kan spores i lægernes og sygeplejerskernes udsagn om EPJ som beslutningsstøtte- og kommunikationsstøtteteknologi i den kliniske praksis i afdelingen. Kravspecifikation har den status i min analyse, at den er udarbejdet af en intern EPJ-arbejdsgruppe, som afdelingsledelsen har sammensat. Det er derfor min overbevisning, at kravspecifikationen er et udtryk for de forestillinger, afdelingsledelsen

har gjort sig om formålet med EPJ-teknologien i afdelingen. Medlemmerne af EPJ-projektgruppen har interviewet udvalgte repræsentanter fra de forskellige faggrupper, hvor respondenterne er blevet bedt om at beskrive deres nuværende arbejdsgange med papirjournalen og deres fremtidsvision med EPJ. Kravspecifikationen består af en gennemgang af de forskellige faggruppers arbejdsgange udarbejdet ud fra et ”aktordiagram”. Det betyder, at det er hovedaktøren (eksempelvis speciallægen eller sygeplejersken), der er placeret i centrum i en subjektposition, hvor han eller hun i den enkelte arbejdsgang beskriver sine opgaver, arbejdsgange og samarbejdspartnere i relation til den pågældende arbejdsgang. Kravspecifikationen er en systematisk gennemgang af samtlige arbejdsgange i patientjournalen, der i min afhandling som tidligere nævnt er afgrænset til de arbejdsgange, der er forbundet med lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i patientjournalen. Samtlige arbejdsgange er beskrevet i en før/efter EPJ-situation, dvs. en beskrivelse af arbejdsgangene, som de fandt sted, da man havde papirjournalen, samt en beskrivelse af den ønskede arbejdsgang i EPJ. Det gør det muligt for mig at analysere, hvordan ændringen i patientjournalteknologien skaber ændringer i forestillingerne om positionerne og relationerne imellem subjektformerne, objektformerne, handlerummet og sandhedsrummet. Jeg vil ikke analysere slavisk på alle arbejdsgangene, men vil i stedet analysere på af mig udvalgte arbejdsgange, som er udvalgt, enten fordi de udgør en vigtig arbejdsgang for lægerne eller sygeplejerskerne, eller fordi arbejdsgangen og relationerne mellem faglighederne synes at blive særligt påvirket med ændringen i journalteknologi.<sup>114</sup> Jeg vil analysere, hvilken betydning patientforløbstankegangen og døgnrytmetankegangen har i forhold til, hvad lægerne og sygeplejerskerne udpeger som henholdsvis beslutnings- og kommunikationsudfordringer med EPJ. Jeg vil åbent forholde mig til diverse udsagn fra lægerne og sygeplejerskerne, men i forbindelse med EPJ som beslutningsstøtte- og kommunikationsstøtteteknologi er det tværfaglighed i form af tværfaglige samarbejdssituationer i patientforløbet med EPJ, jeg vil opspore i min analyse af udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationen. Jeg vil forsøge at opspore beslutnings- og kommunikationssituationer med EPJ, hvor den tværfaglige samarbejdssituation synes at blive forstærket i forhold til den monofaglige samarbejdssituation. Det er min overbevisning, at de udvalgte arbejdsgange, jeg analyserer på, synes at være repræsentative for de sandhedsformer og den rationalitet, der er forbundet med de respektive journalteknologier. Hensigten med mine analytiske kommentarer til udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationen er at spore, hvordan lægerne og sygeplejerskerne konstitueres som fagligheder (subjekter) gennem de specifikke handlerum og gennem de specifikke relationer og positioner, faglighederne konstitueres i, og som synes at være bestemt af

---

<sup>114</sup> Patientforløbstankegangen sætter patienten i centrum ved at fokusere på patientens vej gennem sygehuset, dvs. ud fra begivenhederne indlæggelse, undersøgelse, diagnostisering, behandling og udskrivning, Vagtrytmetankegangen følger en logik baseret på lægernes og sygeplejerskernes arbejdsgange på en vagt, som i min analyse for overskuelighedens skyld er kategoriseret inden for kategorierne ”lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ før stuegang”, ”lægernes og sygeplejerskernes beslutningsaktiviteter under stuegang”, og ”lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ efter stuegang”. Jeg er klar over, at læger og sygeplejersker henholdsvis skriver, læser og træffer beslutninger løbende i løbet af en vagt, hvorfor min afgrænsning til at se på læse- og skriveaktiviteter i EPJ før stuegang, beslutningsaktiviteter under stuegang og læse- og skriveaktiviteter efter stuegang kan virke kunstig, men jeg har alligevel valgt afgrænsningen, fordi de fleste læseaktiviteter i EPJ typisk vil finde sted inden stuegangen som forberedelse til denne, mens lægerne typisk vil træffe de fleste beslutninger i forhold til patientbehandlingen i forbindelse med undersøgelsen af patienten på stuegangen, og de fleste skriveaktiviteter typisk vil finde sted i umiddelbar forlængelse af stuegangen som en dokumentation i EPJ omkring beslutningerne truffet på stuegangen. Derudover er mit valg af kategorisering truffet i et forsøg på at strukturere og skabe overblik over mit meget omfattende empiriske materiale ud fra den logik, respondenterne synes at have talt om EPJ i mine interviews.

bestemte sandhedsformer med henholdsvis papirjournalen og EPJ.<sup>115</sup> De udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationerne er alle forbundet med henholdsvis læsning og skrivning af læge- og sygeplejenotater, hvor jeg afslutningsvis ved hver enkelt arbejdsgang vil foretage en analyse af, hvordan EPJ konstituerer subjektformer, objektformer, handlerum og sandhedsformer. Det tredje lag i fortællingen udgøres af mine kommentarer til de udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationen og af mine kommentarer til interviewpersonernes udsagn. Hvert afsnit i fortællingen vil blive rundet af med en opsamling, der er et koncentrat og en sammenfatning af det meget omfattende og meget lidt læsevenlige datamateriale, som respondenternes udsagn og forestillingerne om EPJ i kravspecifikationen udgør. På den baggrund anbefaler jeg, at de læsere, der ikke er meget interesserede i detaljen, springer læsningen af det omfattende datamateriale over, for i stedet at gå direkte til læsningen af opsamlingen i de respektive afsnit. Læserne vil også med fordel kunne læse kapitlets indledning, der består af en kort historisk præsentation af EPJ-projektet i Børneafdelingen og af en beskrivelse af en typisk dagvagt i Børneafdelingen. Endelig er der en samlet analyse og konklusion i kapitlet, som læseren også med fordel vil kunne læse. For at kunne håndtere de mange data i fortællingen i forhold til at spore EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi har jeg struktureret min analyse ud fra en bestemt optik eller ud fra en bestemt analysemodel, som jeg i det efterfølgende vil præsentere, og som er et udtryk for mit blik på, hvordan det sociale rum skabes. Det er vigtigt for mig at understrege, at jeg ikke benytter analysemodellen som et kassesystem, jeg slavisk følger, men at den alene har haft den funktion at organisere mit blik, sådan at jeg gennem fortællingen hele tiden er opmærksom på, hvem der gør hvad under hvilke strategiske betingelser. Jeg præsenterer analysemodellen nedenfor. Næste gang, jeg eksplicit benytter mig af dens terminologi, er i kapitlets opsamlende diskussion.

## **Analysemodellens fire analytiske begreber<sup>116</sup>**

### **1. Objektformerne**

En analyse af objektformerne bliver en analyse af, hvad der bliver gjort til objekt for handling, og hvordan bestemte objekter konstitueres som objekter. Det bliver også en analyse af, hvilke egenskaber det bestemte objekt har, for på den måde at kunne analysere, hvordan de bestemte objekter konstrueres som styrbare. Informationer, der er nødvendige i en analyse af, hvordan subjektet kan handle på objektet, og for en analyse af, hvilke subjekt-, sandheds- og handleformer objektet frembringes af. Den bestemte objektform determinerer subjektet ved at benytte sig af bestemte underkastelsesformer materialiseret gennem anvendelse af bestemte magtteknologier i bestræbelserne på at handle ud fra en bestemt etik. Objektformen handler om genstandsgørelse, hvor også subjektet kan gøre sig selv til objekt gennem selvstyring, hvor den bestemte måde, hvorpå subjektet styrer sig selv, er bestemt af en bestemt viden (en bestemt sandhedsform) omkring social praksis og i forhold til den bestemte viden, subjektet har omkring sig selv som objekt. Den bestemte viden er et udtryk for en norm omkring henholdsvis den sociale praksis og det selvforhold,

---

<sup>115</sup> Den argumentation, de forskellige fagligheder konstitueres ud fra, kommer til udtryk i de arbejdsgange, jeg har valgt at beskrive. Argumentationen synes at gå igen inden for stort set alle arbejdsgangene med EPJ i kravspecifikationen. Derfor vil jeg i min analyse af de udvalgte arbejdsgange komme med sidehenvisning til den samme argumentation i relation til andre arbejdsgange i kravspecifikationen.

<sup>116</sup> Den optik eller analysemodel, jeg anvender, er inspireret af den analysemodel, Lisa Dahlager har udviklet i sin ph.d.-afhandling *I samtalens rum – en magtanalyse i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*, Københavns Universitet 2005, s. 71.

subjektet tilstræber. Normen gør det efterfølgende muligt for subjektet at styre sin praksis (handlen) og sit selvforhold med henblik på at efterleve normen.

I min empiriske fortælling vil jeg lade de respektive objektformer udkrystallisere sig ved at spørge til og svare på følgende spørgsmål.

- Hvad er objekt for handling?
- Hvordan konstrueres objektet?
  - Hvilke egenskaber har objektet?
- Hvordan konstrueres objektet som styrbart?
  - Hvordan kan objektet handles på?
- Hvilke sandheds- og handleformer, og især hvilke subjektformer, frembringes objektet af?

## 2. Subjektformerne

Subjektformerne er udtryk for de former, det enkelte subjekts identitet kan tage, men også for de former, en gruppe af subjekters identitet kan have, eksempelvis en faggruppes identitet. Subjektets identitet er den bestemte måde, hvorpå subjektet gøres til genstand for styring. En vigtig pointe er her, at subjektet ikke kun objektgøres eller styres ét sted fra, men at det tværtimod er genstand for multiple former for objektgørelse. Foucault vil hævde, at subjektet styres og formes gennem en objektgørelse. Dvs. at der på én og samme tid er tale om såvel en subjektgørelse som en objektgørelse af subjektet, hvor subjektet ved at genstandsgøre sig selv forbinder sig selv med bestemte egenskaber, der er etiske i forhold til en bestemt rationalitet (sandhedsform).

I min empiriske fortælling vil jeg lade de respektive subjektformer udkrystallisere sig ved at spørge til og svare på følgende spørgsmål.

- Hvilke subjekter eller identiteter formes og forudsættes, og hvilke former for transformation søger man at opnå?
  - Hvilken status, hvilke kapaciteter og kvaliteter tillægges der henholdsvis dem, der styrer, og dem, der styres?
  - Hvilke pligter og rettigheder har de?
  - Hvem udelukkes?
- Hvilke subjektpositioner skabes der (position som retten til at handle på bestemte måder)?
  - Hvilke egenskaber skal subjekterne have for at indtage disse positioner?

- Hvad er indholdet mellem identitet og position?
- Hvilke handle-, sandheds- og objektformer er subjektet konstrueret ud fra?

### 3. Sandhedsformerne

Sandhedsformer er systematikker til at ordne det sociale, der har tre aspekter. De er klassificerende og normsættende med et argumentatorisk aspekt.<sup>117</sup> Sandhedsformerne er klassificerende derved, at de er en måde, hvorpå virkeligheden gennem fremsættelse af udsagn og påstande kan ordnes. Sandhedsformerne skaber kausaliteter (årsags-virkningssammenhænge) imellem bestemte subjekter og objekter, samt i disses respektive egenskaber og i relationerne imellem disse. Sandhedsformerne skaber med andre ord teori. Det er gennem sandhedsformerne, at vi ordner den måde, vi kan erkende objekter og subjekter og relationerne imellem disse på ved at tillægge de enkelte subjekter og objekter bestemte egenskaber. Det er gennem sandhedsformerne, der skabes mening, og det er gennem sandhedsformerne, der opstilles kriterier for, hvordan subjekter og objekter kan gøres til genstand for undersøgelse og regulering. Foucault tillagde de forskellige former for ekspertviden, som eksempelvis medicin og sygepleje, en stor betydning i forhold til styring af de enkelte subjekter, netop ved at den bestemte ekspertviden gør subjektet til objekt for en bestemt normativ social praksis, der er den sociale praksis den enkelte professionelle vil blive defineret ud fra. Det er igennem praksis, at den professionelle, lægen og sygeplejersken, kan differentieres fra hinanden, da den bestemte sociale praksis synliggør det enkelte subjekt på en bestemt måde og lader de enkelte subjekter indgå i en bestemt orden i forhold til hinanden. Endelig skaber sandhedsformerne gennem bestemte diskurser en bestemt argumentativ orden ved at være bestemmende for de argumenter, der dømmes legitime, og de argumenter, der dømmes illegitime. Med andre ord vil sandhedsformerne være bestemmende for styrkeforholdene og talepositionerne i bestemte diskurser.<sup>118</sup>

I min empiriske fortælling vil jeg lade de forskellige sandhedsformer udkrystallisere sig ved at spørge til og svare på følgende spørgsmål.

- Hvilke former for tænkning, viden og ekspertise trækkes der på og etableres der?
- Gennem hvilke sandhedsformer gøres objektet styrbart?
  - Hvilke former for tænken, viden og ekspertise trækkes der på for at etablere og regulere objekter?
- Gennem hvilke sandhedsformer gøres subjektet styrbart?
- Hvilke former for tænken, viden og ekspertise trækkes der på og etableres der i forhold til subjektet?
- Hvilke sandhedsformer skal subjektet underkaste sig?

---

<sup>117</sup> Lisa Dahlager 2005, s. 73.

<sup>118</sup> Niels Åkerstrøm Andersen 1994.

#### 4. Handleformerne

De bestemte handleformer er de specifikke praktikker og teknikker, eksempelvis i form af instrukser, procedurer og organiseringsformer, der anvendes for at forme henholdsvis subjekter og objekter. Det kan eksempelvis være forholdet mellem læge og patient med EPJ i forbindelse med visitation af patienten. Den samtale, der finder sted mellem læge og patient ud fra de specifikke teknikker og procedurer i EPJ, er udtryk for en særlig handleform. Den bestemte handleform er tæt relateret til en bestemt sandhedsform (rationalitet), hvor man kan sige, at handleformen er oprationaliseringen af sandhedsformen. Handleform og sandhedsform bliver to sider af samme sag.

I min empiriske fortælling vil jeg lade de forskellige handleformer udkrystallisere sig ved at spørge til og svare på følgende spørgsmål.

- Hvilke handleformer i form af kravspecifikation til EPJ, instrukser, procedurer og organiseringsformer bringes i spil?
  - Hvilke egenskaber har disse handleformer?
- Hvilke subjekter og objekter knyttes til hvilke handleformer?
- Hvilke handleformer forventes af hvilke subjekter?
  - Hvordan er bestemte handleformer problematiseret?
- Hvordan er disse handleformer formet af henholdsvis objekt-, subjekt- og sandhedsformer?

Analysemodellen baserer sig på den logik, at subjekt-, objekt-, sandheds- og handleformerne former hinanden i en gensidig og kontinuerlig interaktion, der tilsammen former og konstituerer det sociale rum. Med andre ord betyder det, at ingen af formerne er autonome, men at de indgår i et netværk, hvor de derfor bliver hinandens mulighedsbetingelser. En vigtig pointe er, at de spørgsmål modellen består af, alle spørger til hvad, hvordan, hvilke og til hvem, men aldrig til hvorfor. Det vil sige, at jeg ikke forsøger at gøre mig klog på motiverne eller hensigten bag givne handlinger, men at jeg alene ønsker at analysere, hvordan givne fænomener, eksempelvis subjekter og objekter, formes og konstitueres.

Jeg finder det her relevant at opsummere, at et bestemt program, som i min empiriske fortælling er EPJ, er udtryk for en bestemt problematisering, der igen er et udtryk for ”en slagmark”, hvor forskellige rationaliteter kommer i spil. Det vil være gældende, at når den bestemte problematisering gør en bestemt rationalitet gældende, vil det kollidere med andre rationaliteter. Med andre ord, da EPJ er en ny teknologi, tvinger det alle til at forholde sig til EPJ, hvilket betyder, at alle former deres egen forestilling om EPJ. Afslutningsvis i dette kapitel er det min hensigt at analysere kampen mellem de bestemte rationaliteter og forestillinger om EPJ. Disse forestillinger sætter EPJ som program i spil blandt de sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen. Jeg iagttager denne kamp, dels ud fra en tekstanalyse af udvalgte arbejdsgange fra kravspecifikationen til EPJ, dels ud fra udsagnene i de interviews, jeg har foretaget af de 15 sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen. Ud over at jeg strukturerer min empiriske fortælling ud fra

analysemodellen, har jeg tillige udfoldet analysemodellen, for at jeg senere i kapitel 7 kan foretage en magtanalyse af EPJ som program, hvor jeg reflektivt forholder mig til, hvordan magt udspiller sig i forbindelse med implementeringen af EPJ i Børneafdelingen. Mere konkret vil jeg iagttage de konstituerende (tale)handlinger, der udspiller sig. Dvs. at analysemodellen kan opfattes som min analysestrategi, der er bygget op omkring en gensidig interaktion imellem fire begreber. For det første på bestemte sandhedsformer, der sætter bestemte rationaliteter i spil. For det andet på bestemte handleformer, der er udtryk for anvendelsen af bestemte teknologier. Den eller de bestemte rationaliteter, der sættes i spil, er bestemmende for den bestemte måde, hvorpå EPJ som program problematiseres, og dermed for den bestemte måde, hvorpå EPJ bliver et program for styring (program of conduct). Det er hermed min påstand, at teknologien baserer sig på bestemte sandhedsformer, der konstitueres på bestemte måder i bestemte subjekt-, objekt-, sandheds- og handleformer, der kan handles på og styres ud fra. Det er konstitutionen af disse former, jeg vil iagttage og analysere i den resterende del af afhandlingen. Nu til den empiriske fortælling om EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital.

Det er min påstand, at omgivelsernes forestillinger om EPJ, og omgivelsernes forventninger til den nye journalteknologi, er forestillinger, der har sat rammen for og præget de af mig udvalgte lægers og sygeplejerskers forestillinger om og forventninger til EPJ. Derfor indleder jeg fortællingen med et citat fra *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, hvor der diskursivt gives udtryk for følgende rationalitet omkring implementeringen af EPJ i forhold til i første omgang relationerne mellem de sundhedsprofessionelle, lægerne og sygeplejerskerne, og deraf afledt i relationerne mellem de sundhedsprofessionelle og patienten:

*”IT vil være et velegnet redskab i forbindelse med forbedringer af arbejdsgangene (...) IT bør derfor være et integreret led i sygehusenes fortsatte arbejde med at optimere arbejdstilrettelæggelsen med henblik på at kvalitetsudvikle patientbehandlingen og optimere ressourceanvendelsen. IT både forudsætter og medfører organisatoriske forandringer. Derfor kræver en optimal IT-anvendelse, at der ved implementering af nye IT-løsninger tages højde for organisatoriske aspekter. Sker det ikke, vil man sjældent høste de fordele, som IT-projektet kunne medføre. Arbejdsgangsanalyser, der kortlægger aktuelle rutiner og ser på, hvilke der bør bevares, og hvilke der bør ændres, bør derfor være et centralt element i forbindelse med implementering af nye IT-løsninger.”*<sup>119</sup>

Citatet bygger på den rationalitet, at ledere på sygehusafdelingerne bør benytte implementeringen af EPJ som anledning til at få kortlagt rutinerne og arbejdsgangene i afdelingen for hermed at få afdækket, om det er muligt at tilrettelægge disse mere hensigtsmæssigt med den nye journalteknologi. Jeg vil undersøge, i hvilket omfang det kan påvises, at det har været en rationalitet, der har været styrende for de forestillinger, afdelingsledelsen og EPJ-projektledelsen har gjort sig omkring implementeringen af EPJ i Børneafdelingen.

Rationaliteten i den nationale strategi for IT i sygehusvæsenet bygger videre på, at både patienterne og de sundhedsprofessionelle vil opleve en række fordele med EPJ, hvor:

---

<sup>119</sup> *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*, s. 35.



*”(Patienterne) vil opleve bedre sammenhængende patientforløb med en samlet planlægning, koordination og opfølgning, hvor der på alle tidspunkter er et klart fagligt ansvar. (Patienterne) skal ikke unødvendigt igennem de samme undersøgelser flere gange eller gentage de samme oplysninger, fordi (de sundhedsprofessionelle) vil være opdateret vedrørende relevante informationer om behandlingsforløbet, således at beslutninger kan tages på et solidt fagligt grundlag. (Patienten) vil få bedre muligheder for at blive medinddraget i beslutninger om behandling, og vil på sigt opleve at have medejerskab og adgang til én journal – sin egen journal.”<sup>120</sup>*

De sundhedsprofessionelle vil opleve:

*”At IT understøtter de kliniske arbejdsgange, samarbejde og tværfaglighed gennem en sikker adgang til al nødvendig information i den konkrete situation med patienten og i forhold til en sammenhængende proces. (De sundhedsprofessionelle) vil opleve, at forskellige kliniske arbejdspladser har intuitiv adgang til en fælles informationsverden. (Og de sundhedsprofessionelle) vil opleve en forenklet databehandling, hvor de samme informationer ikke skal genindtastes til forskellige formål. (De sundhedsprofessionelle) vil få mere tid til patientbehandlingen.”<sup>121</sup>*

Der er tale om forestillinger om EPJ som en bestemt anledning til at generere bestemte fordele for patienten og de sundhedsprofessionelle. Jeg vil vise, hvordan implementeringen af EPJ, og dermed en bestemt praksis omkring lægernes og sygeplejerskernes dokumentation i patientjournalen, kan få betydning for lægernes og sygeplejerskernes opfattelse af indholdet og betydningen af det tværfaglige samarbejde i afdelingen, herunder deres opfattelse af undersøgelse, behandling og pleje af patienten.

Men inden jeg præsenterer afdelingsledelsens, lægernes og sygeplejerskernes forestillinger om EPJ, som de kommer til udtryk i mine interviews igennem en række forskellige talepositioner og i kravspecifikationen,<sup>122</sup> vil jeg for at give læseren et overblik over den kontekst, jeg analyserer EPJ i, indlede analysen med henholdsvis en kort historisk introduktion af EPJ-projektet i Børneafdelingen og en skitsering af, hvordan en typisk dagvagt kan se ud i Børneafdelingen. Det er mit håb, at læseren på den måde bedre kan forestille sig, hvordan de af mig seks udvalgte eksemplificerende arbejdsgange figurerer i lægernes og sygeplejerskernes samlede aktiviteter i løbet af en typisk dagvagt.

## **En kort historisk introduktion af EPJ-projektet i Børneafdelingen**

Min analyse af EPJ i Børneafdelingen på Hvidovre Hospital tager sit afsæt i en begivenhed, der fandt sted i vinteren 1996 på et møde i DSI, hvor selve idéen til udviklingen og implementeringen af EPJ i Børneafdelingen opstod. En EPJ, der senere skulle få navnet EBJ, hvilket mere præcist står for Elektronisk Børne-kort-Journal. Denne

---

<sup>120</sup> Ibid., s. 13.

<sup>121</sup> Ibid., s. 14.

<sup>122</sup> Talepositioner, som jeg senere i kapitlet introducerer mere uddybende, og som i dette kapitel indbefatter kravspecifikationen og tre udvalgte lægelige områdeledere, fire udvalgte læger i kursusstillinger og seks udvalgte sygeplejersker. I kapitel 6 omhandler de den ledende overlæge, den ledende oversygeplejerske, den lægelige projektleder og den sygeplejefaglige projektleder.

EPJ var i første omgang tiltænkt Børnemodtagelsens observationsafsnit, afsnit 417, da patientforløbene i observationsafsnittet kendetegnes ved at være relativt korte og ukomplicerede, hvorfor man tænkte, at netop dette afsnit ville være egnet til at pilotteste et EPJ-system, der senere skulle kunne rulles ud i den samlede Børneafdeling.

Der blev imidlertid først sat rigtig skub i udviklingsprocessen, da man i en projektgruppe med repræsentanter fra Børneafdelingen, IT-afdelingen og leverandøren, det tidligere Kommunedata og nuværende Scandihealth A/S, på Hvidovre Hospital i 1997 fulgte op på idéen med forskellige mere eller mindre formelle planlægningsmøder, hvor man tog stilling til projektet, dets organisation, tidsrammer budget m.m. Altså alle mulige praktiske foranstaltninger, der samtidig figurerede som indhold i den projektansøgning, man sendte af sted til Sundhedsministeriets såkaldte HEP-program, Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler,<sup>123</sup> i håb om at få del i de afsatte midler, man herfra havde afsat til den samlede EPJ-udvikling i det danske sygehusvæsen.

Ansøgningen indeholdt en beskrivelse af EBJ-projektorganisationen, de forskellige projektfasers tiltænkte forløb, tidsplaner for diverse aktiviteter og et budget for det samlede projekt. Den resulterede i finansiel støtte fra Sundhedsministeriet.<sup>124</sup>

Projektgruppen kunne nu i 1997 for alvor begynde at udvikle visionerne omkring en EPJ,<sup>125</sup> der i første omgang skulle kunne benyttes i børnemodtagelsens nyoprettede observationsafsnit 417,<sup>126</sup> men på sigt skulle kunne anvendes i hele Børneafdelingen. En EPJ i observationsafsnittet er særlig hensigtsmæssig, da der indlægges relativt mange patienter hvert døgn. Patienter, der har det til fælles, at deres samlede indlæggelsestid sjældent strækker sig ud over et døgn. Med de relativt korte indlæggelsestider vil det derfor være hensigtsmæssigt med en effektiv patientjournal.

---

<sup>123</sup> Sundhedsministeriet har som led i realiseringen af regeringens IT-politiske handlingsplan i august 1996 fået udarbejdet et oplæg til Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler. Handlingsplanen er et diskussionsoplæg til aktørerne i sundhedsvæsenet, der skal danne grundlag for en bredt anlagt høring i sundhedsvæsenet, hvor høringssvarene skal opstille præmisserne for det videre arbejde med standarder for arbejdet med EPJ i sundhedsvæsenet. De skulle senere komme til at sætte rammerne for oplægget til den første nationale IT-strategi i sundhedsvæsenet, der munder ud i *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002*.

<sup>124</sup> 1990'erne var årtiet, hvor der for alvor kom fokus på EPJ i Danmark. Sundhedsministeriet publicerede i 1996 en egentlig handlingsplan for elektroniske patientjournaler (HEP), der resulterede i finansiel støtte til 13 forskellige EPJ-projekter i det danske sygehusvæsen, heriblandt EBJ-projektet på Hvidovre Hospitals Børneafdeling.

<sup>125</sup> Projektorganisationen bestod af en styregruppe og en arbejdsgruppe, hvor styregruppen bestod af afdelingsledelsen i Børneafdelingen, den ledende overlæge i IT-afdelingen samt en eller to repræsentanter fra leverandøren, og endelig efter et stykke tid blev der optaget to medlemmer fra arbejdsgruppen i styregruppen. Arbejdsgruppen har været tværfagligt sammensat lige fra projektets begyndelse, hvor der har deltaget en læge, tre-fire sygeplejersker og en sekretær. Det har været kendetegnende for arbejdsgruppen, at antallet af medlemmer har været nogenlunde konstant, men kun to medlemmer har været gennemgående i projektet. Kilde: Inga Hjuler og Søren Vingtoft: *Evalueringsrapport – Elektronisk Børnekortjournal EBJ*.

<sup>126</sup> Nogenlunde samtidig med den finansielle støtte til Børneafdelingens EPJ-projekt gennemførte man i Børneafdelingen en omstrukturering i Børnemodtagelsen, som betød, at man oprettede et observationsafsnit i tilknytning til Børnemodtagelsen. Rationalet bag omstruktureringen var, at man ville udvikle mere rationelle arbejdsgange ved at sikre en bedre service og behandlingskvalitet over for patienter og deres pårørende, da de mindre syge børn kunne blive i observationsafsnittet i op til 24 timer, og at fokus i det stationære afsnit således ville kunne være udelukkende på de mere syge børn.

Overordnet set ønskede afdelingsledelsen sig en fleksibel og let overskuelig journal, der er let at anvende, ved at den for eksempel selv vil være i stand til at generere epikrise.<sup>127</sup> Her kan det indskydes, at afdelingsledelsen, i forsøget på at ”skræddersy” patientjournalen til børnemodtagelsens særlige patientkategori med den store omsætningshastighed, tidligere havde forsøgt at gøre journalen mere overskuelig og let at anvende ved at udvikle en papirbaseret kortjournal, hvis primære karakteristika selvsagt var, at den skulle være kort, og dermed let at overskue og arbejde med.

Den papirbaserede kortjournal kom aldrig til at fungere i Børneafdelingen, og det har afdelingsledelsen i Børneafdelingen forsøgt at forklare ud fra flere forhold. En væsentlig årsag var, at personalet i Børneafdelingen ikke havde den tilstrækkelige tillid til, at man ved hjælp af kortjournalen som teknologi på faglig forsvarlig vis meningsfuldt ville kunne dække alle relevante patientdata i forbindelse med givne patientforløb i afdelingen. En journalside var simpelthen for kort. Dette udgangspunkt blandt personalet sammenholdt med, at der ikke fandt en tilstrækkelig introduktion af papirkortjournalen sted, bevirkede, at der herskede mistillid til journalen, samtidig med at der ikke blandt personalet var den tilstrækkelige sikkerhed omkring, hvordan journalen egentlig skulle håndteres. Den papirbaserede kortjournal blev altså hurtigt opgivet, men hvad skulle nu erstatte den som alternativ til den almindelige og mere omfangsrige papirbaserede patientjournal?<sup>128</sup>

Afdelingsledelsens svar var EBJ. En elektronisk børnekortjournal, der som den papirbaserede kortjournal skulle kendetegnes ved at være kort, fleksibel, overskuelig og let anvendelig. En væsentlig forskel var nu blot, at den skulle være elektronisk. Men derudover var der en række krav til EBJ, som ledelsen i Børneafdelingen ville have opfyldt, for at patientjournalen kan leve op til de nævnte karakteristika. Et overordnet krav til EBJ var, at den skulle være skematisk i sin form, således at dokumentationen af undersøgelser, behandling og pleje kommer til at foregå i bestemte skemaer, hvorved man opnår en standardiseret måde at dokumentere kliniske data på. Dernæst har det været af stor betydning, at man i EBJ kan få præsenteret de parakliniske data, dvs. data i form af diverse prøvesvar og billeder fra fx Klinisk Biokemisk Afdeling, Mikrobiologisk Afdeling, Røntgenafdelingen og Patologiafdelingen. Disse forhold knytter sig især til den interne kommunikation mellem hospitalets medarbejdere, hvor det i forhold til den eksterne kommunikation har været vigtigt, at EBJ bliver et nyttigt redskab, som de sundhedsprofessionelle i Børneafdelingen kan benytte sig af i forbindelse med deres kommunikation med primær sundhedssektor, eksempelvis almen praksis, speciallæger, apoteker og sundhedsplejersker. Derudover har det været et krav til EBJ, at den er i stand til at generere diagnoseafhængige vejledninger til forældre. Det er særlig vigtigt i en Børneafdeling, hvor patienterne på grund af deres alder sjældent er i stand til at tage vare på eget behandlingsforløb. Endelig har der været forventninger til EBJ om, at de sundhedsprofessionelle kan generere data til den almindelige kvalitetsudvikling inden for det pædiatriske speciale ved at være den teknologi, hvorigennem det er muligt at opsamle, opbevare, bearbejde og videresende analyser og forskellige kvalitetsindikatorer til diverse forskningsdatabaser, kvalitetsdatabaser og registre.

---

<sup>127</sup> Lægen skal skrive epikrise på hvert enkelt patientforløb. En epikrise er en resumerende slutbedømmelse af sygdomsforløbet, der efter patientforløbets ophør sendes til patientens egen læge. Kilde: Overlæge, dr.med. W. Daubenmerkl: *Medicinske fagudtryk for sygeplejersker og volontører*, udgivet af Dansk Sygeplejeråd, 4. udgave, 2. oplag, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 1971.

<sup>128</sup> Inga Hjuler og Søren Vingtoft: *Evalueringsrapport – Elektronisk Børnekortjournal EBJ*, s. 15.

## Et ”typisk” patientforløb på en dagvagt i Børneafdelingen<sup>129</sup>

Patienten ankommer til børnemodtagelsen og modtagelsens observationsafsnit, hvor patienten modtages og visiteres. Ankomsten kan være sket mange forskellige steder fra, det kan have været fra hjemmet, egen læge, vagtlæge, andet sygehus eller fra Skadestuen.

Under visitationen, som foretages af en læge, vurderer lægen om patienten bør indlægges i længere end 24 timer, hvis dette ikke synes påkrævet, sendes patienten hjem igen med relevant information til forældrene samt en epikrise til egen læge. Er lægen derimod i tvivl, sendes patienten til observation på observationsafsnittet, afsnit 417, hvor der så på den efterfølgende stuegang tages stilling til, om en fortsat indlæggelse vil være påkrævet.

Vurderer lægen ved visitationen, at en indlæggelse længere end ét døgn er påkrævet, indlægges patienten med det samme på et af Børneafdelingens fire stationære specialerelaterede sengeafsnit, hvor idéen er, at der skal oprettes en EPJ på alle de patienter, der ankommer til observationsafsnittet, uanset om de sendes direkte hjem, ligger til observation, eller med det samme bliver indlagt på stationært sengeafsnit.

Patienten meldes til afdelingen, hvilket kan ske på flere forskellige måder. Er patienten ukendt i Børneafdelingen, kan ankomsten anmeldes telefonisk eller over fax. Patienten kan tillige komme direkte fra Skadestuen. Er patienten derimod kendt i forvejen, er der mulighed for, at patienten henvender sig selv i Børnemodtagelsen.

Efter at patienten er ankommet til Børnemodtagelsen, oprettes patienten i en elektronisk patientjournal. Denne oprettes i dag enten af en sekretær eller en sygeplejerske i GS, der står for Grønt System, og som er et patientadministrativt system, der i sin tid blev udviklet til Hvidovre Hospital.

Når patienten er oprettet i EPJ, vurderes denne første gang af en sygeplejerske, der skal tage stilling til barnets tilstand og dermed, i hvilket omfang det er nødvendigt, at barnet tilses akut af en læge, eller om det er tilstrækkeligt, at barnet bliver tilset efter tur. Afhængigt af denne vurdering, der redegøres for i EPJ,<sup>130</sup> går der således kortere eller længere tid, før barnet tilses første gang af en læge.

Lægen visiterer barnet og stiller på baggrund af visitationen en diagnose med en dertil hørende behandlingsplan, hvilket lægen redegør for i EPJ.<sup>131</sup> Alt efter, hvor sygt lægen vurderer at barnet er, bliver det enten på observationsafsnittet med dertil hørende

---

<sup>129</sup> I min beskrivelse af et typisk patientforløb i Børneafdelingen har jeg taget udgangspunkt i de væsentligste hændelser og interventioner i et patientforløb på observationsafsnittet med tilhørende anvendelse af IT-systemer. Kilde: H:S Hvidovre Hospital: *Evalueringssrapport – Elektronisk børnekortjournal*, s. 26.

<sup>130</sup> Sygeplejerskerne vil typisk gøre notater i EPJ i forbindelse med de løbende plejemæssige observationer af patienten. Disse notater benyttes af sygeplejerskerne i forbindelse med rapportering af hændelsesforløb og patientstatus ved vagtskifte. Lægerne vil typisk læse sygeplejerskernes notater omkring plejemæssige observationer af patienten som forberedelse af stuegangen umiddelbart inden afholdelse af denne. Lægen kan, hvis sygeplejersken er til stede under forberedelse af stuegangen, vælge at få indholdet af sygeplejenotaterne overleveret mundtligt.

<sup>131</sup> Lægenotaterne i patientjournalen, der tillige kaldes continuationer, er kategoriseret i tre hovedkategorier, afhængigt af hvor de typisk optræder i patientforløbet, dvs. om de finder sted i forbindelse med visitation og indlæggelse, forberedelse til stuegang, stuegang, opfølgning på stuegang eller i forbindelse med udskrivning af patienten. Der vil være tale om lægens indlæggelsesnotat på baggrund af dennes visitation af patienten, om de løbende stuegangs- og tilsynsnotater og endelig om udskrivelsesnotatet og epikriseskrivning.

elektroniske journal eller overflyttes, ved mere alvorlig sygdom, til et af de stationære sengeafsnit, der indtil for nylig stadigvæk arbejdede i papirjournaler, hvorfor der nu vil blive oprettet en EPJ på det overførte barn.<sup>132</sup> Men under alle omstændigheder er der ved lægens visitation tale om en intervention i EPJ.

Afhængigt af den stillede diagnose og den dertil hørende behandlingsplan bestilles der nu, også gennem EPJ, GS og DecLab,<sup>133</sup> diverse undersøgelser. Det kan eksempelvis være blodprøver eller røntgenbilleder, der, alt efter hvad det måtte være, kan involvere mange af hospitalets parakliniske afdelinger, fx Klinisk Biokemisk Afdeling, Klinisk Biokemi eller Røntgenafdelingen.<sup>134</sup>

Under de regelmæssige stuegange undersøges og vurderes barnet løbende, og der tages fortsat stilling til indlæggelsesplacering og behandlingsplan. Disse undersøgelser og vurderinger skriver lægen løbende ind i EPJ som stuegangsnotater i kontinuationsarket.

Når en udskrivning bliver aktuel, redegør lægen herfor i EPJ, og epikrisen indeholdende første sygehistorie samt henholdsvis sidste konklusion og behandlingsplan genereres automatisk til egen læge.

---

<sup>132</sup> Implementeringen af EPJ i Børneafdelingens forskellige afsnit er sket løbende fra oktober 2000, hvor Observationsafsnittet 417 som det første afsnit transformerede sin journal. I dag (sommeren 2007) kører alle afsnittene i Børneafdelingen med EPJ.

<sup>133</sup> I dag (sommeren 2007) er Børneafdelingen stadig den eneste afdeling på Hvidovre Hospital, der har EPJ, og man bliver derfor stadig nødt til at bruge hospitalets mere almene systemer i en kommunikation med dets andre afdelinger, hvorfor man stadig er nødt til at bestille og rekvirere ting i GS, som egentligt sagtens, hvis hospitalets andre afdelinger også havde EPJ, ville kunne bestilles og rekvireres direkte i EPJ. I dag udnytter man altså ikke EPJ's gevinstpotentiale fuldt ud, da sekretærer og sygeplejersker i deres kommunikation med andre afdelinger skal have to systemer åbent samtidigt, idet de skal huske på password til mange forskellige systemer. Men på sigt er det meningen, at alle data omkring patienten, kliniske som administrative, kun skal forefindes i "et stort og integreret" EPJ-system.

<sup>134</sup> EPJ i Børneafdelingen er forbundet gennem en, for en ikke-fagmand, meget indviklet serverstruktur, hvor eksempler på servere er GS (Grønt System), Børne-EPJ-server, Juxor/web-server, Fil- og print-server, Declab og Progress-database samt Edifact-konverter Progress-klient. Hvad de enkelte servere helt præcis kan, er ikke afgørende her, blot kan det være en fordel med en forståelse af, at de respektive servere alle er forbundet i en fælles serverstruktur, der kaldes Hvidovre's Swich, hvorfra det efterfølgende vil være muligt at koble de enkelte arbejdsstationer. En fordel herved er dog, at der fra Børne-EPJ-serveren kan dannes snitflader til andre af hospitalets IT-systemer, eksempelvis Klinisk Biokemisk Afdeling, hvorved alle blodprøvesvar, også de kumulerede, kan hentes i EPJ, samtidig med at de dog stadig udkommer på papir. Dette forhold skyldes, at medarbejderne, selv om projektlederen ikke mener, der har været store problemer med de elektroniske svar, stadig foretrækker at modtage svarene på papir. Som projektlederen videre giver udtryk for: "*en forklaring er, at såfremt man har en åben EPJ på en given patient, er det lettere at gennemse svar på papir, som findes let tilgængeligt liggende på bordet. Er man derimod inde i journalen, fx i forbindelse med stuegang, falder det naturligt og er ikke en ekstra arbejdsgang.*" Medarbejderne er de såkaldte "Børne-EPJ-klienter" med deres brugergrænseflader og funktionalitet. Det er brugergrænsefladerne og den tilhørende funktionalitet, der er det væsentlige, og som søges beskrevet i fortællingen.

# EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi i Børneafdelingen

## (Fortællingen)

### 1. afsnit: Lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ før stuegang

#### Kravspecifikationen: Eksempel på ændringerne i lægens skrive- og læseaktivitet i EPJ før stuegang i forbindelse med modtagelse og visitation af patienten med papirjournalen og med EPJ

Målsætningen med at visitere patienter er, at patienterne bliver undersøgt og behandlet så hurtigt og effektivt som muligt, og det er i den forbindelse, at der med EPJ skabes nogle muligheder for at forenkle arbejdsgangen i forhold til tidligere med papirjournalen, hvor arbejdsgangen bestod af en brevkorrespondance imellem praktiserende læge og Børneafdelingen.

Lægens indlæggelsesnotat i patientjournalen bliver skrevet i forbindelse med lægens arbejdsgang ”modtagelse og visitation af patienten”,<sup>135</sup> som foretages både af den administrerende overlæge og af de specialeansvarlige overlæger. Visitationer foregår hver dag i Børneafdelingen på den måde, at henvisningssedlerne, der bliver sendt skriftligt på fax eller foretages telefonisk af patientens praktiserende læge, bliver læst igennem af den administrerende overlæge og af de specialeansvarlige overlæger, hvorefter henvisningssedlerne bliver prioriteret i rækkefølge, idet der bliver taget stilling til, hvornår det enkelte barn skal indkaldes til visitation. Eventuelle fejlhenvisninger sendes videre til relevante afdelinger. Endelig bliver de kommende patienter fordelt imellem de specialeansvarlige overlæger. Dermed sikrer man sig, at det pågældende barn bliver henvist til den rette afdeling. Efterfølgende vil patienterne i de mest akutte tilfælde blive indkaldt telefonisk, mens de mindre akutte tilfælde vil blive indkaldt skriftligt pr. brev på en eventuel venteliste.

Med EPJ kan praktiserende læge sende henvisningerne elektronisk, samtidig med at det vil være muligt både for den praktiserende læge og for lægerne på Børneafdelingen, via et oversigtsmodul i EPJ, at danne sig et overblik over belægningsprocenten og dermed længden på ventelisten. Dette bevirker, at lægerne og sygeplejerskerne kan behandle det enkelte barns henvisning med det samme. Det skaber hurtigere og mere effektive arbejdsgange, og en bedre og hurtigere information til barnet og dets forældre samt til dets egen (praktiserende) læge omkring muligheden for indlæggelse.<sup>136</sup> Fordi henvisningerne kan sendes elektronisk, og fordi der er et oversigtsmodul over belægningen i EPJ, er det muligt for lægerne at visitere patienterne lettere og hurtigere, hvor patienten straks kan føres ind, således at den interne koordination af patientforløbene imellem Børneafdelingens forskellige afdelinger gøres mere effektiv.

---

<sup>135</sup> *Arbejdsgangsbeskrivelser for Børneafdelingen, Hvidovre Hospital – kravspecifikation til EPJ-projekter*, 2001, s. 6; s. 46; s. 63 f.

<sup>136</sup> Med det frie sygehusvalg bliver det muligt for den praktiserende læge at vælge den børneafdeling, hvor patienten hurtigst muligt kan blive undersøgt og behandlet.

Med EPJ skabes der hurtigere og mere effektive arbejdsgange, fordi det er muligt for lægerne og sygeplejerskerne at indføre oplysninger til barnets EPJ dér, hvor forløbet starter, og hvor oplysningerne til moderen er, samtidig med at en EPJ, der er oprettet på et barn i Børnemodtagelsen, umiddelbart kan ses på neonatalafsnittet.

(Mine kommentarer): Med EPJ sikres der potentielt en hurtigere og bedre koordination af de internt henviste børns patientforløb, og da årsagen til den hurtigere arbejdsgang afdelingerne imellem er den samme, vil jeg kun eksemplificere arbejdsgangen med afsæt i sengeafsnit 415. Den interne henvisning sker i forbindelse med et barns pendling mellem Børneafdelingens forskellige afdelinger, modtagelsen, sengeafsnit 415, ambulatoriet og neonatalafdelingen. Den hurtigere og bedre koordination af patientforløbene muliggøres, fordi henvisningsbrevene og EPJ fra indlagte børn på de forskellige afdelinger i Børneafdelingen kan behandles med det samme, hvorfor man på sengeafsnit 415 straks vil kunne tage stilling til, i hvilket af afdelingens fire afsnit det pågældende barn skal indlægges. Dvs. at arbejdsgangen omkring modtagelse i sengeafdeling 415 bliver så hurtig, fordi der ikke længere skal ledes efter gamle papirjournaler, hvorfor man i afdeling 415 kan anvise barnet et afsnit og en stue, før barnets familie kommer. EPJ skaber et mere patientvenligt rum gennem en hurtigere og mere effektiv arbejdsgang omkring modtagelse.<sup>137</sup>

Tidligere med papirjournalen blev alle henvisninger sorteret, vurderet og prioriteret af en overlæge, der efterfølgende videregav de prioriterede henvisningssedler til afdelingssygeplejersken, der så ville finde en indlæggelsesdato til de forskellige børn, hvorefter afdelingssygeplejersken videregav de forskellige henvisningssedler med indlæggelsesdato på til sekretæren, for derefter at lade sekretæren indkalde børnene pr. post, fax eller over telefonen. En noget mere langsommelig arbejdsgang.<sup>138</sup>

Som det fremgår af arbejdsgangsbeskrivelsen ”modtagelse og visitation”, ændres der med EPJ ikke ved det forhold, at patienten bliver gjort til et objekt for modtagelse og visitation i Børneafdelingen. Det er også stadig lægen, der foretager visitationen af patienten, men hvor han tidligere med papirjournalen foretog visitationen med udgangspunkt i de henvisningssedler, der pr. fax var blevet sendt til afdelingen fra den praktiserende læge, foretager han med EPJ visitationen med udgangspunkt i de elektroniske henvisninger, der via et oversigtsmodul i EPJ gør det muligt for ham at behandle den enkelte patients henvisning med det samme.

Den ændrede relation mellem lægen (subjektet) og henvisningssedlen (objektet) som følge af, at henvisningssedlen er blevet gjort elektronisk og knyttes til et elektronisk oversigtsmodul i EPJ, konstituerer lægen som en læge, der nu i højere grad end tidligere er i stand til at visitere patienten på en hurtig og effektiv måde. Lægen skal ikke længere udføre en bureaukratisk og tidskrævende brevkorrespondance med praktiserende læge, da han med det samme via oversigtsmodulet i EPJ kan danne sig et overblik over belægningsprocenter på afdelingens forskellige afsnit. Derudover er lægen med EPJ blevet autonomt arbejdende eller mere ”selvhjulpnen”, da lægen ikke længere korresponderer med sygeplejerskerne omkring de prioriterede henvisningssedler. Kort sagt skabes der med EPJ potentielt et rum for bedre overblik over belægning og ventelister, samtidig med at der

---

<sup>137</sup> *Arbejdsgangsbeskrivelser for Børneafdelingen, Hvidovre Hospital – kravspecifikation til EPJ-projekter*, 2001, s. 119.

<sup>138</sup> Ibid.

tidsmæssigt skabes nogle tempofordele, ved at arbejdsgangen er elektronisk i stedet for den tidligere brev- eller telefonkorrespondance, hvor den praktiserende læge i sidstnævnte tilfælde var nødsaget til at ringe rundt til diverse af landets Børneafdelinger. EPJ synes potentielt at eliminere nogle besværligheder ved at skabe en hurtigere arbejdsgang omkring visitation af patienten. Et forhold, der alt andet lige også vil have en positiv effekt i forhold til kvaliteten af patientbehandlingen, da det må være bedst for patienten at få den rette behandling hurtigst muligt.<sup>139</sup>

Tidligere med papirjournalen fandt der en tværfaglig kommunikation sted mellem læge og sygeplejerske, da det var sygeplejerskens opgave på baggrund af lægens prioritering af henvisningssedlerne at finde en indlæggelsesdato til patienten for efterfølgende at overlevere indlæggelsesdatoerne til lægesekretæren, der så kunne indkalde patienten pr. post, fax eller telefon.

Med papirjournalen konstituerede de papirbaserede henvisningssedler tre samarbejdende subjektpositioner, lægen, sygeplejersken og lægesekretæren, der gjorde arbejdsgangen omkring den enkelte patients henvisning relativt mere langsommelig end den elektroniske arbejdsgang i EPJ, men på den anden side fandt der en tværfaglig kommunikation og et tværfagligt samarbejde sted mellem lægerne, sygeplejerskerne og lægesekretærene i forbindelse med indkaldelse af patienterne.

Lægens forenkledede arbejdsgang med den direkte elektroniske henvisning via oversigtsmodul i EPJ konstituerer lægen som hurtig, effektiv og selvhjulpent. Samtidig gør lægens elektroniske arbejdsgange med henvisningssedlerne ham monofagligt arbejdende i forbindelse med visitation af patienterne. Afledt af at lægen er blevet hurtigere og mere effektiv i arbejdet med henvisningssedlerne, konstitueres han tillige som en faglig dygtig læge, fordi det vil have en positiv effekt på patientbehandlingen, at patienten visiteres så hurtigt som muligt, fordi dette er en forudsætning for, at patienten kan blive undersøgt og behandlet så hurtigt som muligt. EPJ's konstitution af den effektive og fagligt kompetente læge, der arbejder monofagligt, sker selvsagt på bekostning af det tidligere tværfaglige samarbejde med sygeplejersken omkring de prioriterede henvisningssedler. Den logik (effects of veridiction), der synes at have været disponerende for faglighedernes mulige handlerum (effects of jurisdiction), har været en økonomisk-administrativ logik med fokus på kvalitet, effektivitet og produktivitet.

### **Eksempel fra kravspecifikationen på ændringer i lægernes skrive- og læseaktiviteter i forbindelse med morgenkonferencer og møder med papirjournalen og med EPJ**

Målsætningen med morgenkonferencen er at sikre lægestaben den størst mulige orientering omkring den enkelte patient i bestræbelserne på at sikre barnets tarv.

De konferencer og møder, lægerne i Børneafdelingen deltager i, kan foregå dagligt eller som mere enkeltstående begivenheder, og de kan være tværfaglige såvel som monofaglige. Dagsordenen på møderne varierer fra at dreje sig om én enkelt patient eller en patientgruppe til at have en anden faglig baggrund. De daglige møder, som morgenkonferencen, har det til fælles, at de er et forum, hvor lægestaben på daglig basis

---

<sup>139</sup> Ibid.



kan blive orienteret om nyindlagte og dårlige patienter på afdelingen. Møderne kan være faste rutiner, som morgenkonferencen, eller de kan være indkaldt lang tid i forvejen, og endelig kan de være indkaldt akut. Kort sagt kan møderne foregå mere eller mindre uformelt, i store eller mindre grupper, med og uden forældre.

Dagsordenen på møderne vil typisk være at drøfte samtlige aspekter vedrørende patientens situation, hvordan problemerne kan løses, og hvilke instanser der gør hvad. Oplægget til møderne vil typisk være mundtligt, eventuelt suppleret med diverse overheads eller andet skriftligt materiale, hvor der vil udfærdiges skriftlige referater og eventuelle erklæringer.

Fordi oplysningerne om barnet og familien er let tilgængelige for lægerne med EPJ, skabes der et handlerum på møderne, hvor lægerne kan træffe beslutninger på et mere gennemsigtigt og sikkert grundlag. Derudover gør EPJ det muligt for lægerne at mødes mere ad hoc, fordi selve forretningsgangen i forbindelse med indkaldelse til møderne bliver kortere. EPJ gør det muligt at indkalde til møder elektronisk, hvor mødedeltagerne samtidig kan hente alle relevante data omkring den patient, der skal holdes møde om i EPJ. Endelig vil det være muligt for lægerne før, under og efter møderne at holde telefonisk konference med eksterne specialister, hvor flere læger på én gang har adgang til patientens data. EPJ konstituerer et handlerum mellem lægerne, baseret på en hurtigere og mere effektiv kommunikation omkring barnet, hvilket alt andet lige sikrer mere direkte kontakt imellem de involverede aktører og dermed en lettere og mere effektiv problemløsning.

(Mine kommentarer): Med EPJ sikres der potentielt hurtigere og mere overskuelige arbejdsgange i forbindelse med orientering af lægestaben på møder og konferencer. Den større overskuelighed opstår, fordi det vil være muligt i det fælles forum at se notaterne i patienternes EPJ projiceret op på væggen. Det bliver hurtigere, fordi det bliver lettere efterfølgende at sende elektroniske referater, erklæringer og andre meddelelser fra mødet videre til relevante personer og instanser. Kort sagt skaber EPJ potentielt et rum for en hurtigere og mere effektiv kommunikation om det enkelte barn, hvilket igen gør den behandlingsmæssige og plejemæssige problemløsning lettere.

### **Eksempel fra kravspecifikationen omkring ændringerne i sygeplejerskernes rapportering ved vagtskifte med papirjournalen og med EPJ**

Målsætningen med sygeplejerskernes afrapporteringer til hinanden ved vagtskifte er at give den tiltrædende sygeplejerske et overblik over patienterne samt at gøre hende opmærksom på de observationer og plejemæssige handlinger, hun børe foretage sig i løbet af sin egen vagt. Det kan være, at den tiltrædende sygeplejerske skal lægge en ny plejeplan, eller hun skal følge en plejeplan, der er lagt.

Sygeplejerskerne rapporterer til hinanden ved hvert vagtskifte, morgen, middag og aften, hvor der afgives rapport om patientens tilstand, planlagte undersøgelser og behandling, og endelig om de løbende observationer, den aftrædende sygeplejerske har gjort sig under vagten. Med papirjournalen foregik disse afrapporteringer primært som mundtlige overleveringer med støtte fra kardex og observationsskemaer sygeplejerskerne imellem. Afrapporteringen kunne dog også foregå skriftligt i kardex.<sup>140</sup>

---

<sup>140</sup> Ibid., s. 115.

Med EPJ er det muligt, at alle oplysninger om patienten samles i EPJ, fordi den er åben og tilgængelig for alle sygeplejersker. Da EPJ er bygget op om standardiserede, kortfattede og præcise notatformat, er sygeplejerskernes rapporteringer mere kortfattede, strukturerede og præcise. Derudover slipper sygeplejerskerne for at stå med diverse løsark, skemaer og kardex i forbindelse med rapportering ved vagtskifte. Fordi alle oplysningerne er samlet ét sted, og fordi notatformatet er præformateret til enten afkrydsning eller fri prosatekst, eller en kombination af begge dele, betyder det, at der er mindre forvirring i meddelelser, hvilket igen betyder, at sygeplejerskerne vil være i stand til at foretage en kvalitativt bedre afrapportering på mindre tid, hvorfor de alt andet lige får mere tid til at pleje patienten.

(Mine kommentarer): Med EPJ er der potentielt skabt en hurtigere og mere effektiv arbejdsgang omkring sygeplejerskernes afrapportering ved vagtskifte, fordi det med EPJ er muligt at have alle relevante oplysninger omkring patienten samlet ét sted, der altid er tilgængeligt, hvilket kardex tidligere ikke altid var. Sygeplejerskernes notater omkring plejemæssige observationer vil tillige blive mere standardiserede med en mere kortfattet, præcis og problemorienteret struktur, hvor der i EPJ er programmerede notatformat, der er præformaterede til afkrydsning, fri tekst eller en kombination af afkrydsning og fri tekst.

Den standardiserede, mere kortfattede og præcise struktur gør, at der opstår mindre forvirring omkring meddelelser, og mere generelt mindre forvirring i kommunikationen mellem sygeplejerskerne. At alle de plejemæssige oplysninger omkring patienten er samlet ét sted, giver tillige sygeplejersken nogle tempofordele, hvor hun ikke længere skal bruge tid på at finde oplysninger på diverse observationsskemaer og ark. Det giver hende mere tid sammen med patienterne. Kort sagt skaber EPJ potentielt en hurtigere, mere effektiv og kvalitativ arbejdsgang omkring sygeplejerskernes afrapportering ved vagtskifte med en bedre pleje og en større patientsikkerhed.

I forbindelse med deres afrapportering til hinanden ved vagtskifte sker der en markant ændring i sygeplejerskernes relationer, da deres kommunikation i højere grad med EPJ bliver skriftlig end den tidligere mundtlige overlevering. Ændringen fra mundtlig til skriftlig kommunikation i den standardiserede EPJ konstituerer sygeplejerskerne som mere standardiserede, kortfattede og præcise i deres kommunikation til hinanden omkring patientens plejemæssige forhold.

(Sygeplejerske 1): Første gang læger og sygeplejersker kommer i kontakt med hinanden i løbet af en dagvagt i Børneafdelingen, er i forbindelse med forberedelse af den foreliggende stuegang, der påbegyndes ca. klokken 09.15. Men inden da har lægerne under deres morgenkonference haft muligheden for at benytte sig af de indlagte patienters EPJ som grundlag for deres diskussion af de enkelte patienter. Sygeplejerskerne har, inden de mødes med lægen i forbindelse med forberedelse af stuegangen klokken 09.15, benyttet sig af EPJ til at udfærdige og printe patientlister ud. Patientlister er strukturerede og prioriterede lister over de børn, der skal gås stuegang på i løbet af vagten, og som når de udleveres til lægerne er de lister, hvorudfra lægerne fordeler patienterne imellem sig, når de vender tilbage fra morgen- eller røntgenkonference. De dage, røntgenkonferencen finder sted, ligger den i umiddelbar forlængelse af morgenkonferencen.

Når sygeplejersken har dagvagt, møder hun om morgenen 07.00, hvor hun modtager en rapport fra nattevagten om de børn, der er indlagt på afdelingen. Derefter går hun ind på sygeplejerskekontoret og logger sig på EPJ, hvorefter hun gennemgår de forskellige børns journaler for at orientere sig i de behandlingsplaner, der er lagt for børnene. Efter at have

orienteret sig i EPJ går sygeplejersken en runde, hvor hun tilser de indlagte børn og tager de nødvendige værdier (temperatur, blodtryk etc.) på børnene. Disse værdier er nødvendige for lægen at have, når han senere på dagen skal gå stuegang. Klokkerne 08.00 møder dagvagtens øvrige sygeplejersker. Omkring dette tidspunkt vidererapporterer sygeplejersken derfor mundtligt om børnene til de øvrige sygeplejersker. Efterfølgende gør hun klar til at gå stuegang med lægen, hvilket bl.a. består i, at hun prioriterer de indlagte børn ud fra en patientliste udprintet fra EPJ. Umiddelbart inden stuegangen påbegyndes omkring 09.15, ankommer lægen på afdelingen. Efter sin ankomst mødes lægen med sygeplejersken, hvor han får en mundtlig orientering og hendes prioriterede stuegangsliste, hvorefter lægen selv logger sig på EPJ for at forberede stuegangen. Forberedelsen består i, at lægen orienterer sig i notater og behandlingsplaner om barnet siden dets indlæggelse. Afhængigt af situationen vil sygeplejersken her sidde ved siden af lægen og læse med i EPJ, for at lægen og sygeplejersken i samråd kan planlægge den forestående stuegang, og for at de sammen kan planlægge og koordinere, hvad de vil sige til barnets forældre i forbindelse med stuegangen.

(Læge i kursusstilling 1): På dagvagterne møder lægerne i kursusstilling<sup>141</sup> om morgenen ved 08.00-tiden til morgenkonference, som varer en halv time til tre kvarter, hvorefter lægerne går til røntgenkonference. På morgenkonferencen får lægerne drukket noget morgenkaffe, diskuteret patienter, og der kan være dage, hvor der er morgenundervisning. Efter røntgenkonferencen fordeler lægerne sig mellem ambulatoriet, neonatalafsnittet, sengeafdelingen og modtagelsen. Der vil være stuegang mellem morgen- og middagskonferencen. Klokkerne 13.00-14.30 er der middagskonference, hvorefter lægerne igen spredes på de fire lokaliteter for at følge op på stuegangen eller for at tilse patienter, bestille prøver etc. Derudover kan lægerne have vagt, hvor lægen da vil være forsynet med en vagtthyl, således at han om nødvendigt kan tilkaldes til fødegangen, hvor han skal tilse de nyfødte børn.<sup>142</sup>

Den adspurgte læge i kursusstilling giver udtryk for, at lægerne bruger EPJ hele tiden i løbet af en arbejdsdag. Stuegangen foregår på den måde, at lægen logger sig ind og ser, hvad der er sket i løbet af det sidste døgn. Idealet er så, at der i EPJ ligger en behandlingsplan og en ordinationsoversigt, så lægen hurtigt kan få sig et overblik over patienten. Det er også i EPJ, at lægen orienterer sig omkring blodprøver og andre patientdata. Den adspurgte læge fortæller, at der selvfølgelig er data, som han skal ind og hente andre steder, eksempelvis røntgenbilleder og svar fra mikrobiologiske undersøgelser. Under selve stuegangen arbejder lægerne i EPJ, hvor lægen selv sidder og skriver i EPJ, samtidig med at han kigger både læge- og sygeplejenotater igennem for på den måde at orientere sig i, hvordan patienten har haft det siden sidst. I forbindelse med forberedelse af stuegangen vil det rent praktisk være sådan, at lægen på baggrund af sygeplejerskernes prioriterede patientliste over, hvilke patienter der skal have gået stuegang først, læser en patient ad gangen i EPJ. Derefter går lægen stuegang på én patient ad gangen, hvor han umiddelbart inden læser på det enkelte barn, inden han får fat på sygeplejersken og konfererer med hende, om tingene er i orden. Derefter går lægen og sygeplejersken

---

<sup>141</sup> Lægerne i den firårige kursusstilling er reservelæger de to første år af deres uddannelse, hvorefter de i de to sidste år er førstereservelæger. Der er ikke den store forskel på arbejdsopgaverne i de fire år, hvor det i forbindelse med stuegang gælder om at få gennemgået nogle patientforløb og nogle behandlingsforløb. Derudover har lægerne i kursusstilling forefaldende akut patientbehandling, hvor de kan være i dagvagter, nattevagter og weekendvagter, og hvor lægerne endelig kan have ambulatoriedage.

<sup>142</sup> Afsnittet omkring lægerne i kursusstilling baserer sig på interviews fra fire læger i kursusstilling i Børneafdelingen, hvor de to er reservelæger og de to førstereservelæger.

sammen ind og kigger på patienten, hvorefter de sammen går tilbage og laver enten et fællesnotat, eller de kan vælge at udfærdige hver sit notat og sin plan (henholdsvis behandlings- og plejeplan) for patienten. Med hensyn til, hvorvidt stuegangsnotaterne i EPJ skal være fælles, eller om lægerne og sygeplejerskerne skriver hver deres, giver den adspurgte læge udtryk for, at det må lægerne og sygeplejerskerne selv bestemme. Hvor lægen ligefrem dikterer i ambulatoriet ud fra en skabelon, der passer til de forskellige felter i EPJ, er det let for sekretæren at transskribere notatet. Men i vagten skriver den adspurgte læge selv, hvor han tillige bruger EPJ til at skrive stikord ned om patienten over et stykke tid, og hvor han lader være med at godkende notatet, før han har samlet tingene sammen og struktureret det ordentligt, hvorefter han så godkender det. Lægen bruger også EPJ på dagvagten i forbindelse med sit arbejde i børnemodtagelsen, hvor han visiterer barnet, og hvor han på baggrund af visitationen ofte indlægger børn til neonatalafsnittet. Det betyder, at han skal skrive et indlæggelsesnotat på det pågældende barn. Som forberedelse til stuegang læser han notater på barnet, under tilkaldevagt til fødselsgangen skal han vurdere, om det nyfødte barn har nogle symptomer, og ligeledes, om barnet skal indlægges, han foretager en objektiv undersøgelse af barnet, skriver en anamnese, en diagnose, opstiller en behandlingsplan og skriver en konklusion i EPJ. En adspurgt læge giver udtryk for, at hun bruger EPJ 90 % af tiden, når hun er i modtagelsen, både for at læse, hvad sygeplejerskerne skriver, og for at dokumentere sine egne fund i forhold til, hvilken plan der skal lægges for patienten.

(Lægelig områdeleder 1): Den lægelige områdeleder for neonatalafsnittet giver udtryk for, at han har to typer af arbejdsdage. De arbejdsdage, hvor han går stuegang, og de dage, hvor han ikke går stuegang. Områdelederen går stuegang tre til fire gange om ugen, hvor han som oftest mødes med kollegaer på morgenkonferencen kl. 08.15 og diskuterer den forestående stuegang og de nye børn, der er kommet på afdelingen. Derudover giver han udtryk for, at der tre gange om ugen er en læge, der præsenterer et eller andet på morgenkonferencen, det kan være noget videnskabeligt, det kan være en problempatient etc., hvorefter han som regel går ned til røntgenkonference. Andre dage går han dog direkte ned på neonatalafsnittet, hvor sygeplejerskerne så har lavet en prioriteret liste over de børn, der skal gås stuegang på. På baggrund af denne liste fordeler lægerne børnene imellem sig på en sådan måde, at hvert barn får ”tre personlige læger”, dvs. at hvert barn kun skal præsenteres for tre forskellige læger for på den måde at sikre kontinuiteten i patientbehandlingen. Efter fordelingen af børnene går områdelederen stuegang på de børn, han har fået tildelt, idet han først læser de respektive børns journaler for på den måde at sætte sig ind i, hvad der er sket. Derefter taler han med den sygeplejerske, som passer barnet, hvorefter han går ind og tilser barnet, samtidig med at han taler med barnets forældre. På den baggrund skriver områdelederen sit stuegangsnotat, samtidig med at han eventuelt sætter en behandling i gang. Det kan være, at områdelederen giver en sekretær besked om noget, der skal bestilles e.l., hvorefter han går til middagskonference i neonatalafsnittet kl. 12.30, hvor de har en sådan før middagskonferencen i Børneafdelingen kl. 13.00. På neonatalafsnittets middagskonference drøftes eventuelle problembørn, fordi det nogle gange kan være svært at få tid til det på den store konference i afdelingen, hvor der tillige diskuteres uddannelsesmæssige problemstillinger. Efter middagskonferencen kl. 13.30 tager områdelederen fat på de problemer, der har været under stuegangen, og giver besked til aften- og nattevagten om, hvad de skal være særligt opmærksomme på. Det er kun, hvis der er noget særligt, at områdelederen går tilbage til neonatalafdelingen, ellers har han skrivebordsarbejde resten af dagen.

Patientlisterne danner grundlag for en væsentlig tværfaglig kommunikation mellem læger og sygeplejersker, da de gør det muligt for læger og sygeplejersker, at de sammen kan lægge puslespillet over dagens stuegang ud fra princippet om, at hver patient højst må have tre forskellige læger tilknyttet sig, for derved at sikre kontinuiteten i patientbehandlingen. Efter fordelingen af patienterne vil lægerne typisk orientere sig i de tildelte børns journaler, hvilket foregår ved, at lægen sætter sig ved en computer i afdelingen, hvor han slår barnet op i EPJ for at læse om, hvad der er skrevet om barnet, siden han sidst tilså det. Derefter vil lægen typisk kontakte de sygeplejersker, der har passet de pågældende børn i det forløbne døgn. Det er i forbindelse med lægens kontakt til sygeplejersken under forberedelse af stuegangen, at det tværfaglige samarbejde påbegyndes. Lægen sætter sig sammen med sygeplejersken foran computeren, hvor de ud fra oplysningerne i EPJ diskuterer problemstillingerne i relation til de forskellige børn på den kommende stuegang. Lægen kan i de mindre komplicerede patientforløb vælge blot at rådføre sig med sygeplejersken omkring korte præcise forhold vedrørende patienten, som sygeplejersken måske kan have observeret. Det kan være omkring ganske bestemte værdier hos patienten som temperatur, blodtryk, puls osv.

Den største ændring og positive indflydelse med EPJ er, at den har været årsag til, at læger og sygeplejersker i meget højere grad end tidligere har muligheden for at læse hinandens notater, hvor et stort problem tidligere var, at sygeplejerskerne ikke havde muligheden for at læse lægenotaterne i lægejournalen, eller som de kaldte den *"behandlingsjournalen"*. Det skyldtes, at papirjournalen ikke var tilgængelig for sygeplejerskerne, men også at sygeplejerskerne altid har haft en mundtlig tradition, hvorfor man tidligere som læge skulle fortælle sygeplejerskerne indholdet af behandlingsplanen, hvorefter sygeplejersken ville skrive lægens behandlingsplan ind i kardex. I dag med EPJ læser sygeplejerskerne i langt højere grad lægens behandlingsplan. Omvendt er der et problem forbundet med, at sygeplejerskerne i dag noterer i patientjournalen og ikke som tidligere i kardex. Problemet består i, at sygeplejerskerne ikke er gode nok til at formulere sig præcist, hvor lægerne har en meget mere kortfattet og struktureret måde at formulere sig på. Ulempen ved sygeplejerskernes dokumentationspraksis er, at det for læseren er svært at blive klar på, hvad der er blevet fortalt af patienten, og hvad der er blevet observeret af sygeplejersken. Sygeplejerskerne er godt selv klar over, at lægerne har en helt anden træning i at skrive journaler, da lægerne har skrevet journaler siden midten af deres medicinstudium, hvor de lægestuderende første gang bliver trænet i at skrive journal.

*"Lægerne har jo en meget mere struktureret måde at skrive på. De skriver først det anamnesticke, det vil sige det man får fortalt, og så det man kalder den objektive undersøgelse, det lægen selv finder, og så når man konklusion og plan. Sygeplejerskerne, de blander det hele sammen, altså, de starter med hvad patienten fortæller de er kommet her for, så næste sætning kan godt være noget sygeplejersken observerer, altså at patienten har feber, og så tilbage til noget patienten fortæller igen, og på den måde er det ikke nær så struktureret."*

Kommunikationen mellem læge og sygeplejerske med EPJ er gået fra tidligere med den papirbaserede journal at have været *"andenhåndsmundtlig"* til nu at være *"førstehåndsskriftlig"*. Hvordan kommunikationen tidligere var *"andenhåndsmundtlig"* illustrerer overlægen med et eksempel, hvor han som læge inden en stuegang kunne finde på at spørge den stuegangsgående sygeplejerske: *"Hvordan går det med lille Peter?"* Sygeplejersken ville så slå op i kardex for at se, hvad der står skrevet om Peter på den

foregående vagt, hvorefter hun mundtligt ville orientere overlægen om det, hun kunne aflæse i kardex. Med EPJ kan lægen selv gå direkte ind og læse, hvad sygeplejersken har skrevet i journalen. Hermed minimerer man risikoen for fortolkningsfejl, da lægen springer et led over i kommunikationsprocessen. Den højere grad af skriftlig kommunikation mellem læger og sygeplejersker, men også imellem sygeplejerskerne indbyrdes, med EPJ har den for mange sygeplejersker negative konsekvens, at de føler sig mere ensomme, fordi de i skriveprocessen er mere overladt til sig selv, hvor de typisk vil sidde ved siden af hinanden foran hver sin computer og skrive. Tidligere var sygeplejerskerne oftere i en mere direkte dialog med de mundtlige overleveringer og deraf afledte sygeplejefaglige diskussioner. Overlægen refererer til en sygeplejerskes udtalelse:

*”Så der er kommet lidt mere ensomhed, selv om man sidder i samme lokale og sådan noget, så er man mere ensom.”*

(Lægelig områdeleder 2): Den lægelige områdeleder for sengeafsnittene giver udtryk for, at strukturen på en typisk arbejdsdag for ham er, at han mødes med sine kollegaer om morgenen til den daglige morgenkonference. På morgenkonferencen vil lægerne udveksle de informationer, der er fra døgnet, der er gået, og som er vigtige af hensyn til planlægning af arbejdet i det indeværende døgn. Når det er overstået, så fordeler lægerne sig mellem afsnittene, hvor nogle læger passer ambulatoriet, andre læger passer neonatalafdelingen, og hvor der så er det hold af læger, som områdelederen er leder for, der går på det store stationære afsnit 415. For områdelederen betyder det, at der er dage, hvor han udelukkende tager sig af administrative opgaver, og så er der dage, hvor han deltager på lige fod med de øvrige læger omkring stuegangsaktivitet fra kl. 09.00 om morgenen. Her begynder lægerne sammen med sygeplejerskerne at afholde stuegang, som slutter ca. kl. 13.00. Herefter mødes lægerne igen og drøfter, hvad dagen har bragt. Derudover kan der være konferencer med andre, udefrakommende specialister, og endelig vil der som oftest være noget, der skal samles op på, nogle notater, der skal skrives, nogle samtaler, der skal afholdes med forældre, socialrådgivere e.l. Der kan være papirarbejde af forskellig slags og indløbne prøvenotater, der skal læses igennem, for at få dem kommenteret og få dem skrevet i journalen osv. Det er sådan, en typisk dag kan forløbe.

På spørgsmålet, om han kan pege på nogle episoder i løbet af en typisk hverdag, hvor han er i kontakt med EPJ, giver områdelederen udtryk for, at han prøver at gøre en dyd ud af at bruge EPJ, som den er tænkt, dvs. som et redskab, han kan få adgang til hvor som helst i afdelingen, herunder i konferencelokalet, hvor der er blevet sat en dias-projektor op, som EPJ kan tilkobles, og hvor det derfor bliver muligt at projicere billeder op på en skærm i forbindelse med drøftelser af konkrete patienter. Så er der al stuegangsaktivitet, der er centreret omkring journalen, som er lægernes arbejdsredskab, hvor lægerne orienterer sig om, hvad der er sket med patienten, og hvad der blev af den og den undersøgelse, og om hvad kollegaerne har overvejet osv. Kort sagt giver områdelederen udtryk for, at patientjournalen er et centralt omdrejningspunkt i forbindelse med både forberedelse, afholdelse og opfølgning på stuegangen.<sup>143</sup>

Tidligere i den papirbaserede journal havde sygeplejerskerne et separat dokumentationsredskab, sygeplejekardex. Det var et dokument, lægerne aldrig orienterede sig i, simpelthen fordi sprog og emne i kardex var af en sådan karakter, at lægerne fandt dem uinteressante.

---

<sup>143</sup> Interview med områdelederen for sengeafsnittene, s. 1.

*”Vi (lægerne) havde vænnet os til, at vi verbalt fik de her informationer. Vi gik aldrig på opdagelsesrejse i sygeplejerskernes papirer, men lige pludselig har vi jo fået et arbejdsredskab, hvor vi sidder og læser, hvad de skriver, så den der traditionelle mellem læge og sygeplejerske, hvor man taler om, hvordan det er gået med patienten i det sidste døgn, er der feber nu til morgen, kan jeg i princippet sætte mig herop (kontoret) og læse, uden jeg går ned på afdelingen.”*

Som læge er man flasket op med, at alt, hvad man gør, er behæftet med et stort ansvar, da lægens arbejde i sin grundsubstans, fra han møder på vagt, til han overdrager vagten, går ud på at træffe beslutninger og sætte ansvarspådragende signaturer, dvs. at lægge navn til en masse ting vedrørende hver enkelt patient. Samtidig bliver data med indførelsen af EPJ endnu mere gennemsigtige og tilgængelige, end de tidligere var med papirjournalen, hvilket bevirker, at lægerne bliver endnu mere påpasselige med, hvad de foretager sig, og med, hvad de dokumenterer, at de foretager sig. EPJ skaber en større gennemsigtighed af data vedrørende patienten, hvilket kan være uheldigt set med både lægeøjne og sygeplejerskeøjne i forhold til det aspekt, at journalen nu er blevet tværfaglig, fordi tværfagligheden øger volumen af notater i kontinuationsarket betragteligt, således at det både for læger og sygeplejersker kan være svært at bevare overblikket i journalen. Et overblik, der er nødvendigt i forhold til hurtigt at kunne orientere sig omkring patientens aktuelle problem og til at kunne orientere sig omkring, hvad kollegaerne har set, gjort og overvejet i forhold til den pågældende patient. I den gamle papirjournal var det relativt let at danne sig dette overblik, men med den tværfaglige EPJ er det meget vanskeligt. Overlægen udtrykker det på følgende måde:

*”Nu er det (lægens notater) blandet sammen i vores fællesjournal med sygeplejerskernes tidligere arbejdsredskab (kardex), nemlig der, hvor de dokumenterede, at de havde været inde og snakke med moderen, og at de havde skiftet blomstervand, og at de har puttet creme i rumpen på et eller andet barn, og desuden er der vist noget med, at storesøsteren ikke har det så godt i skolen osv. Hele og halve sider, hvor de (sygeplejerskerne) så minder næste vagthold om, at de også lige skal huske et eller andet. Nogle gange næsten på ’smalltalk-niveau’, og ind imellem alt det der, så står der nogle gange sådan et tolinjers notat, hvor en læge meget ok lige noterer et eller andet i forhold til en mikrobiologisk undersøgelse med en bakterie et eller andet sted, der kan have ganske betydelige konsekvenser for, hvad der skal ske, og hvad det hele handler om.”*

De flere og med sygeplejerskernes oftest relativt længere notater sammenholdt med, at skærbilledet i EPJ visuelt er relativt mindre end den samlede overflade på papirjournalen, betyder, at det kan være svært at opretholde det samme overblik i EPJ. På grund af det relativt lille skærbillede og de lange sygeplejenotater må lægen, når han skal orientere sig i EPJ, sidde med musen og scrolle op og ned med page-up/page-down-knapperne på tastaturet, samtidig med at det i EPJ kan være svært visuelt at se, hvornår der er tale om et sygeplejerskenotat, og hvornår der er tale om et lægenotat. Det kan være problematisk, hvis det kun er lægenotaterne, man er interesseret i, fx i en situation, hvor man som læge skal tage stilling til noget med behandlingsplanen. Og hvis journalen omhandler et barn, der har været indlagt i et længere stykke tid, vil barnets journal oftest være meget lang, hvorfor overblikket mistes. Selv om hensigten med EPJ er, at den skal være tværfaglig, er

der stadig en monofaglig ”journal-læsnings-kultur” blandt lægerne og sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne skriver det samme som lægerne blot for at sikre sig, at informationerne bliver læst af sygeplejerskerne på næste vagt, fordi disse vil have en tendens til primært at læse andre sygeplejenotater i journalen, når de møder på vagt. For at notatet får en eller anden form for autoritativ værdi for den enkelte medarbejder, synes det i dag – selv efter indførelsen af den tværfaglige dokumentationspraksis i den tværfaglige EPJ – at være nødvendigt, at notatet er skrevet af en fra samme faggruppe. Overlægen udtrykker det endda meget klart:

*”Man læser kun sin egen faggruppes notater. Lægerne står jo fuldstændig ved, at de ikke læser det, som sygeplejerskerne skriver, ikke en stavelse af det.”*

Den monofaglige journallæsningskultur er et interessant fænomen, når det er hensigten gennem den tværfaglige dokumentation i EPJ at øge det tværfaglige samarbejde. På grund af det mindre overblik som følge af den øgede notatvolumen synes denne ændring kun at være til besvær i det daglige, idet faggrupperne stadig læser monofagligt, som da de havde hver deres journal. For at lægerne kan bevare overblikket i journalen, har man fra lægernes side spurgt afdelingsledelsen, om det ikke er muligt at programmere EPJ til at have en on/off-knap på, så at man som læser i journalen selv kan bestemme, om man kun vil se henholdsvis læge- eller sygeplejerskenotater, eller om man gerne vil præsenteres for begge dele. Dette ville være relativt let at imødekomme rent teknologisk, men afdelingsledelsen har besluttet, at muligheden ikke må forefindes, fordi afdelingsledelsen vil undgå, at den enkelte læser kun vil orientere sig i sin egen faggruppes notater. Afdelingsledelsen har lagt en markant politisk vilje bag denne beslutning, som beror på ledelsens frygt for, at lægerne og sygeplejerskerne vil gå tilbage til kun at læse deres egen faggruppes notater. Hensigten med den tværfaglige EPJ har netop været, at faggrupperne skal arbejde tværfagligt, hvorfor afdelingsledelsen har besluttet, at faggrupperne skal dokumentere og læse notater tværfagligt. Overlægen forklarer det således:

*”Det er jo ikke noget problem at gøre det, og jeg opfatter det klart som en politisk beslutning, at den mulighed vil man ikke tillade i systemet, så den er der ikke, men der er alle mulige andre ’fancy’ navigationsmuligheder og specielle skemaer, der er blevet lavet, og som er hamrende besværlige, men lige bestemt den ’feature’, den må ikke være der, og det gør livet besværligt. Og det er en rent politisk ting, og det har ikke noget at gøre med en overvejelse om at arbejde effektivt, for så ville den have været der.”*

I forbindelse med modtagelse af en patient står sygeplejersken for at indsamle nogle basisoplysninger om patienten. Disse basisoplysninger har de i Børnemodtagelsen forsøgt at ensarte og strukturere indsamlingen af ved at udarbejde en standardiseret spøgeguide, eller som overlægen udtrykker det, ”en pamflet med 20 spørgsmål til professoren”, som sygeplejerskerne kan støtte sig til i forbindelse med modtagelsen af patienten.<sup>144</sup> Gennem

<sup>144</sup> Her er et eksempel på, hvordan patientforløbsstankegangen optræder i den lægelige områdeleders fortælling, hvor han tager udgangspunkt i et eksempel omkring modtagelse af patient i børnemodtagelsen. Det er en aktivitet, der selvfølgelig kan finde sted akut på alle tidspunkter af døgnet, og som dermed tager udgangspunkt i patientforløbet. Det er en aktivitet, der ikke følger vagtrytmelogikken, hvor de bestemte aktiviteter som morgenkonference, forberedelse af stuegang, stuegang, dokumentation af beslutninger på stuegang efter stuegangen etc. finder sted på samme tidspunkter i løbet af en vagt. Det er det, jeg mener med, at der er to gensidige logikker, patientforløbslogikken og vagtrytmelogikken, i spil på samme tid i fortællingen.



den standardiserede spørgeguide sikrer afdelingsledelsen sig, at sygeplejersken husker at indhente alle de relevante oplysninger omkring patienten ved den indledende samtale med patienten og dennes familie. Dette er en ledelsesstrategisk beslutning, der er truffet for at sikre en ensartet høj kvalitet af de indsamlede data. Efter indsamlingen af data taster sygeplejersken dem ind i fællesnotatet, og lægen behøver nu ikke gøre mere ved data, hvor man tidligere i modtagelsen, da lægerne og sygeplejerskerne ikke læste hinandens notater, ofte var ude for, at lægen ved sit første møde med patienten og dennes familie kunne finde på at spørge til præcis de samme ting, som sygeplejersken lige havde indhentet oplysninger omkring, temperatur, henvisningsårsag m.m. Lægen spildte herved både egen og patientens tid, samtidig med at det efterlader et uprofessionelt indtryk over for patienten og dennes pårørende, at patienten bliver spurgt om det samme inden for så kort tid. Tidligere kunne lægen, efter at han havde spurgt patienten om det samme, som sygeplejersken lige havde gjort, efterfølgende finde på at spørge sygeplejersken, om hun nu også havde husket at tage temperatur, og om hun havde husket at indhente de nødvendige oplysninger. Det behøvede lægen ikke at spørge om, hvis han havde læst i sygeplejenotatet. Lægen spilder egen tid, men også sygeplejerskens. Overlægen udtrykker det mere bramfrit:

*”Fuldstændig ligesom Ebberød Bank, at her ser man inden for 10 minutter to personer i hvide kitler, som sidder og leger nøjagtig den samme spørgeleg med én.”*

I EPJ med fællesnotatet kan lægen hurtigt orientere sig inden mødet med patienten, idet han kan fokusere på at spørge patienten om de ting, han kan læse sig til, at sygeplejersken ikke har fået spurgt om. Svarene vil lægen kunne tilføje i sygehistorien. EPJ baner hermed vejen for et mere kvalitativt møde mellem læge og patient og for nogle notater i EPJ af høj kvalitet. Patienterne har ikke oplevelsen af at blive spurgt om det samme to gange, og lægen kan koncentrere sig om detaljen og det væsentlige. Både læge og patient sparer tid. Alt, hvad det har krævet, er nogle få tekniske omstruktureringer i EPJ, således at læger og sygeplejersker kan logge på fælles i EPJ, samtidig med at man i afdelingen har udfærdiget en spørgeguide til sygeplejerskerne, som de kan have i deres kittellomme, så at de nu også husker at spørge patienten om det, de skal. Hermed skulle man tro, at alt var vel, og det umiddelbart er let at føre ud i større skala til de andre afsnit i afdelingen, hvilket det måske også ville være, hvis det ikke lige var, fordi fællesnotatet møder stor modstand fra både sygeplejerskerne og lægerne. Sygeplejerskerne giver udtryk for, at de ikke har tid til at sidde og skrive *”alt det der”*, og lægerne giver udtryk for, at det ikke er fagligt forsvarligt at overlade det til sygeplejerskerne at indhente de vigtige oplysninger. I skrivende stund (efteråret 2003) køres projektet med fællesnotatet i Børnemodtagelsen som en forsøgsordning, hvor fællesnotatet ledelsesmæssigt i Børneafdelingen har været tænkt som en slags tillidserklæring og som et tilbud til sygeplejerskerne. Lægernes manglende tillid til sygeplejerskernes evner til at indhente basisoplysninger til fællesnotatet synes at være ligefrem proportionel med den enkelte læges anciennitet, da der er mange af de yngre læger, der har stor respekt for nogle af de gamle og rutinerede sygeplejersker. En kategori af sygeplejersker, den yngre læge i forvejen må støtte sig til fagligt mange gange i løbet af en vagt. Overlægen vurderer, at afdelingsledelsens hensigt har været at signalere:

*”At vi (afdelingsledelsen) tror på jeres faglighed, da I nu vil kunne skrive jeres notater i EPJ i stedet for at lægge notaterne på en lille fedtet seddel til lægen, der derefter skal skrive den ind i EPJ.”*

Overlægen vurderer videre, at sygeplejerskerne ville være tilfredse med ordningen omkring fællesnotatet, hvis ikke lige det var på grund af tiden, eller snarere manglen på samme, hvor de føler, at de spilder deres tid ved at skulle bruge den på at sidde og dokumentere frem for at bruge den på at pleje patienterne, hvilket de i virkeligheden er bedst til og har mest lyst til. Overlægen udtrykker det således:

*”Men så løber man ind i det der, men hvad så med tiden, hvor de (sygeplejerskerne) bruger mere og mere tid bag tastaturet og mindre og mindre tid sammen med patienterne. Og det er jo det, sygeplejerskerne beklager sig over.”*

På spørgsmålet om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at transformere patientjournalen fra den tidligere papirjournal til EPJ, har argumentet hele tiden været:

*”Jamen, EPJ er kommet for at blive, så vi kan lige så godt tage den til os, jo før desto bedre, fordi man så bliver en af de afdelinger, der kan få gjort sig nogle erfaringer tidligt, og dermed være en af de afdelinger, der bliver lyttet til i udviklingen af de nye generationer af EPJ.”*

Det argument mener overlægen også har været bestemmende for, at afdelingsledelsen i Børneafdelingen har valgt at transformere journalen fra papirjournal til EPJ. Samtidig mener han, at forandringsprojektet har været succesfuldt.<sup>145</sup> Som en forklaring af, hvorfor det er tilfældet, peger han først og fremmest på, at det har været et forandringsprojekt, alle medarbejdere med det samme har kunnet se visionerne omkring, samtidig med at de visioner, man initielt havde til projektet inden implementeringen, synes at være indfriet efter implementeringen, hvilket har motiveret medarbejderne yderligere til at arbejde videre med at udvikle EPJ. Et væsentligt succeskriterium for EPJ har hele tiden været, at den skulle sikre den enkelte medarbejder en online-adgang til journalen, således at denne altid vil være tilgængelig. Tilgængeligheden af data synes at være blevet meget bedre med EPJ, men det andet centrale succeskriterium for EPJ, et bedre overblik over patientdata og dermed en højere grad af patientsikkerhed, synes ikke at være opnået endnu.

*”Vi har masser af eksempler på, at der er oplysninger, der ikke er blevet spottet, fordi de lige pludselig står 13 skærmsider tilbage i EPJ, og de lige pludselig har forputtet sig ind imellem alt muligt andet, hvor et ret vitalt notat, der siger, at hvis det går patienten sådan og sådan, skal man nok overveje at gøre sådan eller sådan, men selv om barnet måske kun har været her i tre dage, har barnet været her så længe og fejlet så meget, at det ser ud som det (det vigtige notat) er blevet historie, fordi det står så langt tilbage i EPJ, og fordi man ikke kan finde det. Både læger og sygeplejersker har en fornemmelse af, at overskueligheden er blevet meget dårligere. Meget dårligere.”*

---

<sup>145</sup> Signe Svenningsen redegør i sin afhandling omhandlende EPJ på Sygehus Fyn for, at der er sket et skift i EPJ-diskursen, hvor forventningerne til EPJ gradvis gennem en periode er blevet udtrykt mere eksplicit og derfor er blevet mere accepteret eller taget for givet, således at diskursen har ændret karakter fra at have været kritisk orienteret, hvor man har stillet sig selv spørgsmålet, om man overhovedet skal have EPJ i sundhedsvæsenet, til en praktisk orienteret diskurs, hvor man, fordi man nu tager EPJ for givet, snarere diskuterer, hvordan og hvornår man skal have EPJ.

Overlægen peger på, at det også gjorde sig gældende i papirjournalen, men slet ikke i samme grad, fordi tilgængeligheden af journalen ikke var så stor som med EPJ, hvorfor der ikke blev foretaget så mange notater. Og så var papirjournalen ikke tværfaglig, hvilket betød, at det kun var lægerne, der skrev i journalen. Overlægen giver udtryk for, at der er et stort problem forbundet med det, at alverdens ting, relevante som irrelevante aspekter, hele tiden skal dokumenteres i den tværfaglige EPJ. De store krav til dokumentation går ifølge overlægen ud over patientbehandlingen, samtidig med at det, der skal dokumenteres, ofte er det rene nonsens. Og det er det, fordi man i ”dokumentationens hellige navn” ikke er bevidst om det, man egentlig dokumenterer, ”bare det bliver dokumenteret”.

*”Ting, som er åbenlyst nonsens, har folk fornemmelsen for, at de bliver nødt til at prioritere i deres hverdag, og jo mere nonsens, som man får hånden vredet om på ryggen for at udføre, jo mere latterlige synes man jo mange af de ting er, fordi det er ikke til gavn for patienterne, og det er ikke til gavn for organisationen her.”*

Den tværfaglige dokumentationspraksis, hvor læger og sygeplejersker noterer i samme kontinuationsark i EPJ, kan være god, men også problematisk, i forhold til tidligere med papirjournalen, hvor kun lægen noterede i journalen, og hvor sygeplejerskerne havde et adskilt kardex, hvori de skriftligt redegjorde for deres observationer. Fordelen ved den tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ er, at lægen, til forskel fra tidligere, hvor lægen aldrig læste i kardex, nu har nemmere adgang til sygeplejerskens observationer. Det kan være observationer som ”at barnet har haft en ustabil nat, hvor jeg (sygeplejersken) har været nødsaget til at skruer op for ilten ...”, hvilke kan være meget nyttige for lægen at orientere sig i inden en stuegang.

(Lægelig områdeleder 1): Sygeplejerskernes måde at kommunikere skriftligt på i patientjournalen i dag hviler på en tradition for mundtlige overleveringer, da sygeplejersker igennem lang tid har overleveret deres informationer mundtligt, og det først er for ikke så mange år siden, at de rigtigt begyndte at notere ned på papir. Denne form er på sin vis også styrken ved sygeplejerskernes notater, nemlig den meget problemorienterede notatform. Men svagheden ved sygeplejerskernes notater er, at de mangler det langsigtede perspektiv, fordi den primære målgruppe for notatet er afløserne på den efterfølgende vagt. Da sygeplejerskerne nu også gør notater i EPJ, opstår der mange u hensigtsmæssige dobbeltregistreringer. Afdelingsledelsen har i samråd med områdeledelserne forsøgt at komme problemet til livs ved, at man har sagt til sygeplejerskerne, at de, inden de gør deres notater, skal læse tilbage til sidste lægenotat, herunder sidste behandlingsplan, for at læse, hvad det indeholder af information, og kun tilføje aspekter i deres eget notat, der er nye i forhold hertil. Denne opfordring er kun i ringe grad lykkedes, fordi den måde, hvorpå sygeplejerskerne kommunikerer til hinanden på, foregår ud fra en praksis, hvor dokumentationens primære funktion er at vise over for kollegaerne, at man har foretaget en masse observationer vedrørende det givne barn. Disse observationer skal afløseren orienteres om, så denne vil kunne følge med i udviklingstendenserne omkring de givne observationer. Sygeplejerskernes dokumentation i EPJ gør det meget svært at bevare overblikket i patientjournalen, hvor vigtige lægenotater eller notater fra diverse undersøgelser og specialister let kan drukne i de mange plejemæssige overleveringer. En tendens, der ikke mindskes af, at der i den nuværende EPJ ikke findes nogen søgefunktion, så at man, hvis man skal finde et notat omhandlende noget specifikt, fx barnets øje, kan søge på ordet øje. Overlægen drømmer om en mere struktureret og problemorienteret patientjournal i stedet for den nuværende EPJ, der kan synes at have et skær af

”dagbogssystem” over sig. Et sådant system var mere velegnet til papirjournalen, fordi det papirbaserede medie var lettere og mere fleksibelt at orientere sig i end den nuværende elektroniske journal. Den adspurgte overlæge udtrykker det således:

*”Den papirbaserede journal, det er ligesom en bog at orientere sig i, men den bliver meget sværere at orientere sig i, når den bliver elektronisk. I bogen, der gør du lige det, at du er ca. en tredjedel inde og så åbner man, og så bladrer man lidt frem. Du har slet ikke samme fleksibilitet i EPJ, så ved at gøre den elektronisk, så har man opgivet fleksibiliteten i papirjournalen uden at få de fordele, der er i EPJ.”*

(Sygeplejerske 2): En sygeplejerske understøtter udsagnene fra overlægen ovenfor og forklarer, hvad der kunne være en væsentlig del af grunden til, at lægerne mister overblikket i EPJ. Det har været svært for lægen at acceptere, at det ikke er en EPJ med lægenotater, men at det i stedet ledelsesstrategisk er tænkt som en fællesjournal. Lægernes manglende accept har sygeplejersken ikke følt som værende en manglende accept, eller nedgørelse, af sygeplejerskerne, men snarere et udtryk for, at EPJ repræsenterede for stor en mundfuld nytænkning i forhold til, hvad lægegruppen kunne kapere. Lægerne kom til at føle, at journalen blev meget mere uoverskuelig som følge af de mange sygeplejenotater, der tidligere blev skrevet i kardex. Derudover skriver sygeplejerskerne ikke altid på dansk, men ligesom lægerne på latin, hvor sygeplejerskernes latin bærer præg af at have en højere grad af omsorgsmæssig karakter. Dette skyldes, at de har videreført en tradition, fra da de skrev i kardex, nemlig at de primært har skrevet til hinanden og ikke til lægerne. Det har betydet, at mange læger, når de skal orientere sig i et patientforløb i journalen, stadig springer sygeplejenotaterne over, men hvor de så til gengæld noterer sygeplejerskernes notater omkring respirationsfrekvenser, blodtryk og temperatur, dvs. de korte og præcise værdier.

(Lægelig områdeleder 2): Årsagen til, at EPJ's struktur med indeksering af forskellige informationer i specifikke ark, ikke fungerer optimalt i dag, er, at projektledelsen har haft det opdrag, der har heddet, at det skulle være en tværfaglig journal, der skulle udvikles og implementeres i afdelingen. Det betyder, at der skal skrives tværfagligt i journalens kontinuationsark, hvilket ifølge overlægen er en misforståelse, da EPJ udmærket vil kunne bevare sin tværfaglighed, hvis eksempelvis sygeplejerskerne skrev om amning i ammearket og ikke nødvendigvis i patientnotatet i kontinuationsarket, hvilket kan give enormt meget støj i forhold til notatets øvrige indhold. Ved at adskille lægernes og sygeplejerskernes notater skabes der et bedre overblik, idet man nu ville få alle informationer omkring det givne barns ammeforhold på ét samlet ark, ammearket, og ikke som nu i brudstykker rundt omkring i flere forskellige notater i kontinuationsarket. Overblikket, både i forhold til barnets ammeforhold og i forhold til notaternes øvrige indhold, mistes fuldstændig, og en masse vigtig information omkring et givent emne, her amning, kan gå tabt.

*”... og det tror jeg er, fordi projektledelsen har lagt vægt på, og fra starten af har haft det budskab, at det her skal være tværfagligt, og det er nok lige overskudt for meget. Altså, man må godt acceptere, at der er områder, som man kan gribe an, det er jo stadigvæk tværfagligt, fordi vi skriver i den samme journal, men man kan godt skrive det forskellige steder for at undgå at skulle skrive det to gange.”*

For at illustrere problematikken yderligere sammenligner overlægen EPJ med den tidligere papirjournal, hvor hans argument er, at papirjournalerne var mere uoverskuelige på den måde, at de rummede en større grad af fleksibilitet. Denne fleksibilitet var et resultat af, at det med papirjournalen var tilladt at skrive ”hvad som helst hvor som helst”, hvor det sat på spidsen fx som læge var tilladt at lave en lille tegning i journalen over det sted, du netop har opereret et barn. Med andre ord var der med papirjournalen ingen fælles procedurer for, hvordan et notat bør være i form og indhold. Meget synes at have været overladt til tilfældighederne, der igen var et resultat af den manglende overskuelighed i journalen. Overlægen illustrerer denne uoverskuelighed med et eksempel. Et barn er indlagt i femten dage, og på andendagen for dets indlæggelse kan der være en læge, der gør et notat om, at barnet har lungebetændelse og derfor bør have foretaget nogle røntgenbilleder af lungerne. Overlægen forklarer, at disse røntgenbilleder med papirjournalen sjældent ville være blevet taget, fordi der hurtigt ligger ti ark efterfølgende, så notatet om røntgenbillederne ville ”drukne i glemslens mørke”, medmindre der tilfældigvis var en læge, der lige læste notatet eller kunne huske, at der var noget om, at patienten skulle have taget røntgenbilleder.

*”Den (papirjournalen) byggede utroligt meget på, at der var nogen, der kunne huske, at der var skrevet noget om det, og derfor blev der indført alle mulige andre ark ”huskeark” og ”udskrivningsark” og alt sådan noget, og det var jo en oplagt elektronisk opgave, hvor man kunne sige, at det skulle med til udskrivelsen.”*

Dette har ifølge overlægen betydet, at der med papirjournalen opstod enormt mange fejl, der kunne inddeles i to hovedgrupper, 1) fejl, hvor man kunne se, at her var der klart tale om ting, der var blevet glemt. Det kunne eksempelvis være ting, der var blevet bestilt helt rigtigt i journalen, men så var det blevet glemt i forhold til patienten, og 2) skrivfejlene, som der var mange af i papirjournalen.

*”Altså, det var jo ikke hver dag, men hver eneste dag, at sekretæren sagde, hvad tror du, han siger her, og så var der et eller andet bånd med en læge, der mumler, og nogle gange kan man af sammenhængen gætte, hvad det er, og det er jo ret upræcist, at man skal sidde og gætte sig til, hvad det er, eller en eller anden håndskrift, og så står der sådan fire prikker.”*

(Lægelig områdeleder 3): Den lægelige områdeleder for børneambulatoriet giver udtryk for, at han har en meget atypisk arbejdsdag i forhold til mange af afdelingens andre læger, fordi han har relativt få kliniske opgaver. Han fortæller, at det hænger sammen med, at han er uddannelsesansvarlig overlæge, samtidig med at han er klinisk lektor, hvor det er ham, der sammen med to andre læger i afdelingen er ansvarlig for studenterundervisningen. Det betyder, at der er store dele af områdelederens arbejdsområder, der ikke direkte relaterer sig til patienter. Men når områdelederen er i klinikken, vil en typisk klinisk dagligdag begynde kl. 08.45-09.00 med en morgenkonference, hvor der så vil være en dag om ugen, hvor han typisk sidder i ambulatoriet. Arbejdsopgaverne de øvrige dage vil typisk veksle mellem kontorarbejde og noget, hvor det ofte vil være sådan, at der vil være patienter, som henvender sig til ham akut i afdelingen eller over telefon. Kl. 13.00 går områdelederen til middagskonference, hvorefter han enten har møder på andre hospitaler omkring videreuddannelse af de yngre læger, planlægning af diverse konferencer, eller han har ambulatoriedage med klinisk arbejde. Endelig har områdelederen ugentlige møder med afdelingssygeplejersken i ambulatoriet, hvor de sammen vurderer de forskellige

henvisninger for at bedømme, til hvilket af børneambulatoriets forskellige specialeambulatorier de enkelte børn skal henvises.<sup>146</sup>

Når talen falder på EPJ, kommer områdelederen til at tænke på problemer. Han giver udtryk for, at han først og fremmest ser det som et problem, at EPJ ikke er udviklet til at dække lægernes behov i forhold til udførelsen af deres arbejdsopgaver. Han mener, at EPJ er tilpasset til en lang række andre ting. På den baggrund indrømmer han også, at han ikke har været den store fortaler for EPJ overfor sine medarbejdere.<sup>147</sup>

Overlægen mener, at EPJ er et kvalitetsløft af rang, hvorfor EPJ også er fremtiden, men selv om det synes sikkert, at det vil være EPJ, der er den journal, der ”kommer til at overleve”, og som man derfor skal have på afdelingerne, så er det nødvendigt, at den på sigt bliver mere struktureret og problemorienteret end den, man har i Børneafdelingen i dag. Men på trods af den manglende struktur og problemorienterede karakter i forhold til idealsituationen synes specielt sygeplejerskerne, at EPJ er et rigtigt godt redskab, fordi de kan se fordelene ved, at deres egne notater står sidestillet med lægenotaterne, til forskel fra som tidligere i kardex. Det giver sygeplejerskerne en følelse af at blive set og hørt mere som faggruppe. Overlægen udtrykker meget klart sit indtryk af sygeplejerskernes opfattelse af fordelene ved EPJ:

*”Før var det bare kardex-notater, nu sidder lægen og kigger på sygeplejerskernes notater, men også det, at man kan se notaterne overalt, sådan at man ikke skal løbe rundt overalt og lede efter de der kardex.”*

Overlægen peger på, at det største problem har været i forhold til lægerne. Det har været en kombination af en noget uhensigtsmæssig EPJ-teknologi og en indbygget konservatisme i lægegruppen, jf. deres irritation over at skulle skrive frem for at diktere og deres irritation over at blive ”tvunget” til at forholde sig til sygeplejerskernes notater. På den baggrund giver overlægen udtryk for, at der er store ledelsesstrategiske udfordringer forbundet med at udvikle den tværfaglige EPJ på en måde, så den ikke bliver mindre egnet til at fungere som lægens arbejdsredskab, en funktion, som patientjournalen altid har haft. Overlægen kan se nogle tendenser i forhold til udviklingen af den nye tværfaglige EPJ, som han først og fremmest har opfattelsen af er blevet udviklet, så den vil kunne gå ind og støtte en række behov hos administratorerne. Han ser på lange strækninger EPJ som værende en ledelsesteknologi og en kontrol- og overvågningsteknologi, som ”DJØF’erne” kan benytte sig af i styringen af aktiviteterne inden for sygehusvæsenet. Når man går ind og ændrer et redskabs funktionalitet, så det på bedst mulig måde kan være med til at understøtte udførelsen af en række arbejdsgange, så skal man være opmærksom på, at man samtidig specialiserer dette værktøj. Tidligere var det lægens arbejdsopgaver, patientjournalen var struktureret til at understøtte, hvor det nu også bliver administratorernes og plejegruppens opgaver, den skal understøtte. Denne udvikling mener overlægen ikke vil kunne undgå at gå ud over specialiseringen i forhold til de lægefaglige muligheder i journalen.

Overlægen eksemplificerer med hammer-metaforen, idet han redegør for, at man kan have en hammer, men ”en hammer er ikke bare en hammer”. Der er den hammer, en urmager benytter sig af, der er den hammer, en tømrer benytter sig af, og så er der sikkert også den

---

<sup>146</sup>Interview med områdelederen fra Børneambulatoriet: ”Vi har ambulatoriet inddelt i forskellige specialer, fordi børnesygdomme jo er sådan et bredt område, hvor patienterne er inddelt på grundlag af deres alder, men de kan jo fejle alt, både deres nyrer, hjerner, lever og lunger, og så går de i forskellige ambulatorier.”

<sup>147</sup> Interview med områdelederen fra Børneambulatoriet, s. 2-4, s. 17.

hammer, en snedker eller en murer benytter sig af. Og de forskellige hammere er meget forskellige, fordi de skal understøtte meget forskellige arbejdsopgaver. Det samme må ifølge overlægen gælde for patientjournalen som værktøj, og han ser det som et stort problem, at man ved at ændre på patientjournalens struktur og indhold går ind og rokker ved en udformning, der var specialiseret til at understøtte lægen.

Overlægen giver udtryk for, at det er vigtigt, at man holder sig for øje, at man med den tværfaglige patientjournal i virkeligheden forfølger en række forskellige formål, der kan være svære at tilgodese samtidigt på en effektiv måde. Fx skal den tværfaglige EPJ, ud over at den tilgodeser lægens behov, også tilgodese funktionen, som sygeplejerskernes kardex tidligere havde. Det kan virke uendeligt forstyrrende for en læge, fordi dagsordenen for en sygeplejerske er helt anderledes end for en læge, hvor sygeplejerskerne primært dokumenterer for at kunne informere omkring akutte problemer i forhold til næste vagttrul, og dem er der tre af på et døgn. Eksempelvis kan en sygeplejerske på dagvagt, der slutter klokken 16.00, finde det hensigtsmæssigt at skrive i journalen: ”patient XX har ikke haft vandladning i dagens løb”, hvilket ud fra en sygeplejemæssig betragtning er yderst relevant, så at sygeplejersken på aftenvagten kan være opmærksom på, om patient XX nu også får ladt vandet, så at de kan agere på det, hvis ikke patient XX får ladt vandet. Aftenvagten kan derfor være opmærksom på, om patient XX lader vandet, og afhængigt af om han gør eller ej, kan de så skrive til nattevagten, om han har ladt vandet eller ej, så at nattevagten i tilfælde af, at patient XX har ladt vandet, ikke behøver at bruge deres opmærksomhed på det forhold, men kan fokusere på andre plejemæssige opgaver.

Det er meget relevant ud fra en plejemæssig dagsorden, men problemet herved for lægerne, i forhold til at bevare overblikket i patientjournalen, kan typisk opstå, når lægen så i forbindelse med næste stuegang den efterfølgende dagvagt skal orientere sig i, hvad lægen skrev på det foregående døgnstuegang på dagvagten. Og i endnu mere uheldige tilfælde, hvor det måske er nogle dage siden, der er gået stuegang på det pågældende barn, så skal lægen altså på den 17 tommers computerskærm sidde og scrowle tilbage i EPJ gennem alle disse notater omhandlende eksempelvis patient XX's vandladning – for hvem vil dagen efter interessere sig for, om patient XX havde vandladning i løbet af natten – så denne dokumentationspraksis med sygeplejerskernes notater, der er enormt vigtige ”de næste otte timer, men ellers ikke”, er der en masse spildtid forbundet med for lægerne. På den baggrund mener overlægen da også, at der har været et relativt større ønske om den tværfaglige EPJ blandt sygeplejerskerne end blandt lægerne, fordi sygeplejerskerne kan få følelsen af, at de er kommet ”tættere på magten” ved, at deres notater nu bliver mere synlige.

*”Der ligger nok lidt skjult magtkamp i det, at de (sygeplejerskerne) har fået fingre i vores arbejdsredskab og har udformet og påvirket det lægelige arbejdsredskab i deres retning. For det har jo altid været sådan, at det er den lægelige journal, der var sådan den afgørende i afdelingen, frem for sygeplejerskernes kardex-system. Og nu er de (sygeplejerskerne) pludselig på banen og fylder den (journalen) langt mere end vi (lægerne).”*

Overlægen bakkedes op af en adspurgt førstereservelæge i sit synspunkt omkring det uhensigtsmæssige i en sammenblanding af lægernes og sygeplejerskernes notater i EPJ i forhold til, at det skal være muligt for lægerne at bevare overblikket over patientforløbet. Førstereservelægen mener, at man ”i tværfaglighedens hellige navn” ledelsesstrategisk har besluttet, at alle notaterne, både lægenotater og sygeplejenotater, skal vises hele tiden, hvor

det må være muligt at indføre en funktionalitet i EPJ, hvor man har muligheden for at udføre handlingen ”vis kun lægenotater” eller handlingen ”vis alle notater”, således at lægerne vil kunne målrette og effektivisere deres søgning af notater efter behov. Eksempelvis hvis man som læge søger efter noget specifikt i EPJ.

*”Så når jeg eksempelvis skal finde en EKG på et barn, der pludselig er blevet dårligt en nat, så er jeg nødt til at scrowle 50 sider igennem for at finde den EKG. Hvis jeg kunne sige ’vis lægenotater’, så kunne jeg koge det ned til 10 sider, fordi det virker, som om 50-75 % af notaterne er sygeplejenotater om, hvornår patienten sidst har haft afføring, og hvor meget de har drukket osv., som er mægtig interessant i det døgn, hvor det foregår, men som derefter ofte er totalt uinteressant, og det ligger og fylder, og hele idéen er jo et eller andet med, at vi skal have noget information, og vi skal kunne lave noget sortering af information, og kunne redigere i det, og skulle kunne gøre det overskueligt. Men her, der vælter vi simpelthen bare information ned, og til sidst kan vi ikke finde noget af det, vi skal bruge”.*

En væsentlig negativ effekt ved EPJ har været det relativt dårligere overblik over patientens journal. Dette overblik ville kunne forbedres, hvis man havde forskellige søgemuligheder i EPJ, så at man effektivt og målrettet kunne sortere i EPJ’s mange informationer. Reservelægen:

*”Man kan opleve, at der er nogle informationer, der bare forsvinder ind i journalen, uden at man kan finde dem igen, altså hvor var det nu, det svar på det og det var?”*

(Læge i kursusstilling 2): Lægen erkender, at sygeplejerskernes notater er enormt vigtige for ham, og at det er en stor fordel for ham, at han kan gå direkte ind i EPJ og læse omkring sygeplejeinformationerne inden for de sidste 24 timer, fordi det giver ham en god føling af, hvordan patienten har det, og dermed hvilke behov patienten har. Med EPJ er sygeplejerskenotaterne blevet meget mere tilgængelige for lægerne, men efter blot et par dage er sygeplejerskenotaterne totalt ligegyldige, hvorefter de bare ligger og fylder i journalen til skade for overblikket.

Med EPJ synes den skriftlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker at være blevet intensiveret, hvilket er godt nok i sig selv, men lægen mener desværre, at det er sket på bekostning af den mundtlige kommunikation mellem faggrupperne. Da den mundtlige kommunikation med EPJ er blevet delvis overflødig, oplever reservelægen ofte, at sygeplejerskerne, rationelt nok, vælger at bruge deres tid på andre gøremål end at briefe lægen mundtligt omkring de sygeplejemæssige observationer og vurderinger. Sygeplejerskerne bruger meget lang tid foran computeren med at dokumentere, hvilket går fra den tid, hun ellers kunne bruge hos patienterne, og det kan måske også være en forklarende årsag til, hvorfor mange sygeplejersker fravælger at gå med lægerne på stuegang. Det er et stort problem, at sygeplejerskerne ikke går med lægen på stuegang, fordi de herved ikke har de samme forudsætninger for, med eventuelt supplerende forklaringer, at følge op på lægens forklaringer over for forældrene:

*”Hvad er det så helt præcist, de (sygeplejerskerne) laver, når det er, at jeg er der og går stuegang alene, på trods af at det er en af deres patienter, jeg går stuegang hos? Fordi vi (lægerne og sygeplejerskerne) ligesom blev trukket*



*fra hinanden af, at der var det her elektroniske medie, hvor vi jo ligesom bare kunne læse os frem til tingene og gøre dem hver for sig. Men man har forsøgt at dæmme op for det i afdelingen, fordi det var tydeligt, at det var en trend, at det blev værre og værre, hvor man har besluttet, jamen sygeplejersken, hun skal være med på stuegang. Det slås vi lidt med.”*

(Sygeplejerske 3): Denne mistanke synes umiddelbart at være velbegrundet. Således giver en sygeplejerske udtryk for, at fordi EPJ altid er tilgængelig, og eftersom alle faggrupper har mulighed for at slå op i den, har der været en tendens til, at medarbejderne i stedet for at overlevere information mundtligt slår informationen op i EPJ, hvorfor en relativt større del af informationen omkring patienten i dag overleveres skriftligt, hvor der tidligere bl.a. i forbindelse med stuegang blev kommunikeret mere mundtligt. Sygeplejersken mener, at når man nu har EPJ, hvor man kan gå ind og læse, bruger man lidt for meget tid på de mundtlige overleveringer. Fx i forbindelse med stuegangen er hun ude for, at lægen sætter sig ned med hende og beder hende om informationer, han strengt taget lige så godt kunne slå op i EPJ. Selvfølgelig giver sygeplejersken lægen informationerne mundtligt, men samtidig tænker hun, hvorfor det nu lige er, at hun skal bruge tid på det, da det alt sammen står ”lige der i EPJ”. Hun spørger sig selv, om det ikke bare er et udtryk for dovenskab fra lægernes side, der ikke selv gider læse den dér halvanden side om barnet, men blot skimmer siden igennem. Sygeplejersken er bevidst om det argument, lægerne omvendt benytter sig af for at overbevise sygeplejerskerne om det hensigtsmæssige i, at de stadig foretager mundtlige overleveringer omkring patienten i forbindelse med stuegangen. Argumentet er, at sygeplejerskerne ”jo kender barnet” og derfor hurtigt kan give lægerne de nødvendige informationer. Selv om sygeplejersken er klar over, at den stuegangsgående læge har meget travlt, synes hun alligevel, at man godt kunne skære den mundtlige kommunikation lidt ned, både mellem læger og sygeplejersker og sygeplejerskerne imellem, hvor den mundtlige rapportering til tider kan indeholde lige lovlig mange ord. Sygeplejersken eksemplificerer det med, at hun ikke mundtligt har brug for at få at vide, hvad et givent barn hedder og hvad dets CPR-nummer er, og at det for øvrigt er 2 ½ år gammelt. Alt det står jo i EPJ, og hun kan også godt selv kan regne ud, at der er blevet taget blodprøver, når der i EPJ står ”afventer blodprøvesvar”. Det, hun i virkeligheden har brug for at vide, er, hvor i processen man er på det givne tidspunkt, eller om der er nogle helt aktuelle forhold, hun skal være opmærksom på vedrørende et bestemt barn, som fx ”er forældrene lige nu meget ophidsede”. Sygeplejersken mener, at de mange, og lange, mundtlige overleveringer er resultat af en kultur omkring kommunikation i og imellem faggrupperne, der med EPJ må gøres op med, men at det er svært, fordi medarbejderne har været vant til den, og at den derfor giver tryghed.

(Læge i kursusstilling 3): I forbindelse med stuegangen er EPJ enormt effektiv, fordi reservelægen hurtigt kan danne sig et overblik over, hvad patienten er indlagt for, og over de undersøgelser, patienten har været igennem. De strukturerede notater bevirker, at reservelægen præcis ved, hvor hun skal lede, mens hun tidligere skulle bruge lang tid på at sidde og bladere efter notater i papirjournalen. Reservelægen peger tillige på, at hun tidligere med papirjournalen brugte megen tid på at sidde og diktere epikriserne (patientens udskrivelsespapirer), hvor hun hver gang skulle finde journalen frem igen for at sidde og diktere diagnosekoder m.m. I dag med EPJ sparer hun megen tid på dette område, da epikriserne genereres automatisk i EPJ på baggrund af sygehistorien, den sidste behandlingsplan og den sidste konklusion. Samtidig hermed spares der megen tid hver dag ved, at hun ikke skal rende rundt og lede efter journalen. EPJ er altid tilgængelig.

Ensartetheden i notaterne gør dem lettere at læse, hvorfor der tillige synes at skabes et hurtigere overblik over den samlede portefølje af notater omkring en bestemt patient.

*”Jeg synes notaterne bliver meget gode, fordi vi alle sammen skal gøre det på den samme måde. Vi har alle sammen nogle af de samme oplysninger med, fordi der er nogle fortrykte rubrikker, vi fylder ud. Så man er også sikker på, at man ikke misser et eller andet felt og kommer det hele igennem. Så jeg synes, mine notater er blevet mere strukturerede på denne her måde, fordi det er ud fra samme opskrift hver gang.”*

(Læge i kursusstilling 4): Lægen peger, ligesom reservelægen tidligere gjorde det, på, at den helt store gevinst ved EPJ er tilgængeligheden af data, hvor overblikket på grund af den meget lidt intuitive journalstruktur til gengæld er blevet meget dårligere. Den store datatilgængelighed betyder, at reservelægen nu kan sætte sig ind på sit kontor lige efter morgenkonferencen og åbne EPJ, hvor han kan skrive sin morgenkonferencebeslutning ind, og hvor han efterfølgende kan kontakte sygeplejersken over telefonen for at orientere hende om, hvad der er blevet besluttet på morgenkonferencen. Eller i forhold til ambulante undersøgelser, hvor man som læge i forbindelse med forældrenes forespørgsler omkring undersøgelsesresultater med det samme kan gå til computeren og orientere forældrene. Med papirjournalen var dette ikke muligt, da lægen først skulle finde journalen, der enten var med barnet, i arkivet, eller også kunne den være forsvundet. Med den utilgængelige papirjournal tog mange ting længere tid.

*”Men jeg synes det største problem, det er de journaler, der decideret er blevet væk, og man derfor er på bar bund og selv må gøre nogle ting, der faktisk er relativt urimelige, blot fordi informationen definitivt er blevet væk, og det er den måske i tre-fire dage, hvor den ligger på et eller andet overlægekantor eller i en eller anden bunke et eller andet sted. Det har vi altså bare ikke på samme måde med EPJ, så det er en meget stor fordel.”*

(Lægelig områdeleder 1): En anden af de adspurgte overlæger giver udtryk for, at han ikke mener, at EPJ har fungeret som forandringsagent i afdelingen på den måde, at den har ændret noget ved kulturen i forhold til den måde, man indbyrdes kommunikerer lægerne og sygeplejerskerne imellem. Den eneste undtagelse herfor er, at der med EPJ er en tendens til, at sygeplejerskerne i langt højere grad læser lægernes notater end tidligere. Det har dog ikke betydet, at sygeplejerskerne er begyndt at benytte sig af lægernes formuleringer. Den eneste måde, hvorpå EPJ har ændret samarbejdskulturen er i forhold til, at lægerne og sygeplejerskerne har et fælles projekt, som begge faggrupper er ansvarlige for at få til at lykkes. Men grundlæggende har EPJ ikke ændret kulturen i afdelingen.

## **Opsamlende diskussion på afsnit 1**

På baggrund af udsagnene fra lægerne og sygeplejerskerne påvirker EPJ som teknologi deres kommunikation før stuegang ved, at det nu er muligt for dem at sætte sig sammen foran computeren og forberede stuegangen i en diskussion af vigtige problemstillinger ud fra oplysningerne i EPJ i relation til de forskellige børn på den kommende stuegang. Lægen kan i de mindre komplicerede patientforløb vælge blot at rådføre sig med sygeplejersken omkring korte præcise forhold vedrørende patienten, som sygeplejersken

måske kan have observeret. Det kan være omkring ganske bestemte værdier hos patienten, som temperatur, blodtryk, puls osv.

Nogle af de adspurgte læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at EPJ har været årsag til, at læger og sygeplejersker i meget højere grad end tidligere læser hinandens notater, hvor det tidligere var et stort problem, at sygeplejerskerne ikke læste lægenotaterne i lægejournalen. I hvilket omfang den øgede skriftlige kommunikation mellem lægerne og sygeplejerskerne i EPJ sker på bekostning af den mundtlige kommunikation mellem de to faggrupper, synes der ikke at kunne siges noget entydigt om, da det dels synes at være personafhængigt og afhængigt af, hvor komplicerede de enkelte patientforløb er. Omvendt er der læger, der har givet udtryk for, at der selv efter indførelsen af den tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ, hvor hensigten har været at styrke kommunikationen mellem lægerne og sygeplejerskerne, stadig er en stor ”monofaglig journallæsningskultur”. Sygeplejerskerne skriver det samme som lægerne blot for at sikre sig, at informationerne bliver læst af sygeplejerskerne på næste vagt, fordi sygeplejerskerne vil have en tendens til primært at læse andre sygeplejenotater i journalen, når de møder på vagt. For at notatet får en eller anden form for autoritativ værdi for den enkelte medarbejder, synes det stadig med EPJ at være nødvendigt, at notatet er skrevet af en fra samme faggruppe.

Men under alle omstændigheder synes der med EPJ at være en tendens til, at kommunikationen mellem læger og sygeplejersker er gået fra tidligere med papirjournalen at have været andenhånds-mundtlig til nu med EPJ at være førstehånds-skriftlig. Den højere grad af skriftlig kommunikation mellem læger og sygeplejersker, men også imellem sygeplejerskerne indbyrdes, med EPJ har den for mange sygeplejersker negative konsekvens, at de føler sig mere ensomme, fordi de i skriveprocessen er mere overladt til sig selv. Tidligere var de i en mere direkte dialog med de mundtlige overleveringer og deraf afledte sygeplejefaglige diskussioner. Med EPJ synes den skriftlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker at være blevet intensiveret, men det er svært at konkludere noget entydigt om, hvorvidt den øgede skriftlige kommunikation er sket på bekostning af den mundtlige kommunikation mellem faggrupperne. Der er måske en tendens til, at lægerne oplever, at den mundtlige kommunikation med EPJ er blevet delvist overflødig, hvilket kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne ofte vælger at bruge deres tid på andre gøremål end at briefe lægen mundtligt omkring de sygeplejemæssige observationer og vurderinger. Sygeplejerskerne bruger megen tid foran computeren til at dokumentere, hvilket går fra den tid, de ellers kunne bruge hos patienterne, og dette kan måske være en forklarende årsag til, hvorfor mange sygeplejersker fravælger at gå med lægerne på stuegang. Denne tendens synes afdelingsledelsens beslutning om indførelsen af fællesnotatet i EPJ at understøtte, fordi lægen hurtigt kan orientere sig i EPJ inden mødet med patienten, hvorved han kan fokusere på at spørge patienten om de ting, han i EPJ kan læse sig til, at sygeplejersken ikke har fået spurgt om. Svarene vil lægen kunne tilføje i sygehistorien. EPJ muliggør et mere kvalitativt møde mellem læge og patient, hvor patienterne ikke har oplevelsen af at blive spurgt om det samme to gange.

EPJ skaber en større gennemsigtighed af data vedrørende patienten, fordi den er tværfaglig og elektronisk. Det betyder, at der skabes en langt større notatvolumen i kontinuationsarket, hvorfor det for både læger og sygeplejersker såvel i beslutnings- som i kommunikationssituationer kan være svært at bevare overblikket i journalen. Et sådant overblik er nødvendigt for hurtigt at kunne orientere sig omkring patientens aktuelle problem og omkring, hvad lægekollegerne har set, gjort og overvejet i forhold til den pågældende patient. Et manglende overblik er for lægerne særlig problematisk i

situationer, hvor lægen skal tage en beslutning på baggrund af behandlingsplanen, da notater omkring denne har en tendens til at drukne i de mange og lange sygeplejenotater, specielt ved længere patientforløb. Den øgede notatvolumen synes at besværliggøre lægens beslutningsproces i forhold til patientens behandlingsplan, hvor lægerne ofte oplever, at der er oplysninger omkring patientens behandling, der ikke er opdaget af lægerne, fordi oplysningerne hurtigt står mange skærmsider tilbage i EPJ. Både læger og sygeplejersker har en fornemmelse af, at overblikket med EPJ er blevet meget dårligere, fordi der hele tiden skal dokumenteres i den tværfaglige EPJ, hvor EPJ som teknologi repræsenterer et krav om dokumentation, der kan gå ud over kvaliteten af patientbehandlingen, fordi læger og sygeplejersker i ”dokumentationens hellige navn” ikke altid er bevidst om det, de dokumenterer, ”bare det bliver dokumenteret”. Problemet var ikke så stort med papirjournalen, fordi tilgængeligheden ikke var så stor, som det er tilfældet med EPJ, hvorfor der ikke blev foretaget så mange notater. Eftersom papirjournalen ikke var tværfaglig, var det kun lægerne, der skrev i den.

Det dårlige overblik i EPJ kan tillige skyldes, at lægerne og sygeplejerskerne i Børneafdelingen har været dårlige til at udnytte EPJ's struktur med indeksering af forskellige informationer i specifikke ark. Fordi EPJ er tværfaglig, betyder det ikke, at der skal skrives tværfagligt i journalens kontinuationsark. EPJ kan godt bevare sin tværfaglighed, hvis eksempelvis sygeplejerskerne skrev om amning i ammarket og ikke nødvendigvis i patientnotatet i kontinuationsarket. Ved kun at skrive i kontinuationsarket og ved ikke at bruge EPJ's struktur med de forskellige skemaer korrekt opstår der en sammenklumpning af patientdata i kontinuationsarket, hvilket skaber støj i forhold til notatets øvrige indhold. Ved at adskille lægernes og sygeplejerskernes notater skabes der et bedre overblik, idet man eksempelvis vil få alle informationer omkring det givne barns ammeforhold på ét samlet ark, ammarket, og ikke som nu i brudstykker rundt omkring i flere forskellige notater i kontinuationsarket. I sin nuværende form, hvor både læger og sygeplejersker skriver alt i kontinuationsarket, mister både læger og sygeplejersker overblikket såvel i forhold til barnets ammeforhold som i forhold til notaternes øvrige indhold, hvor en masse vigtig information omkring et givent emne kan gå tabt.

Men på trods af den manglende struktur i EPJ synes specielt sygeplejerskerne, at EPJ er et rigtigt godt redskab, fordi de kan se fordelene ved, at deres egne notater står sidestillet med lægenotaterne. Det giver sygeplejerskerne en følelse af at blive set og hørt mere som faggruppe. Det største problem synes at have været i forhold til lægerne. Dette skyldes i høj grad en indbygget konservatisme i lægegruppen, der er kommet til udtryk i forbindelse med lægernes irritation over, at de med EPJ skal skrive frem for at diktere notater, og med deres irritation over at blive tvunget til at forholde sig til sygeplejerskernes notater. Der er dog ikke nogen entydig tendens i forhold til, i hvilken grad lægerne med EPJ irriteres over at skulle læse sygeplejerskernes notater, da nogle af de adspurgte læger giver udtryk for, at det er en stor fordel, at man kan gå direkte ind i EPJ og læse om sygeplejeinformationerne inden for de sidste 24 timer, fordi det giver en god fornemmelse af, hvordan patienten har det, og dermed hvilke behov patienten har. Med EPJ er sygeplejerskenotaterne blevet meget mere tilgængelige for lægerne, men allerede efter et par dage er sygeplejenotaterne totalt ligegyldige for lægerne, hvor notaterne ligger og fylder i journalen til skade for overblikket.

Kort sagt, tilgængeligheden af patientdata er den helt store gevinst med EPJ i forbindelse med lægernes og sygeplejerskernes kommunikation og i forbindelse med deres beslutningsprocesser. Derimod er overblikket over patientdata blevet dårligere, fordi EPJ

er tilgængelig og tværfaglig, og på grund af dobbeltregistreringen mellem læger og sygeplejersker i EPJ's kontinuationsark. Det dårligere overblik over patientdata er det helt store problem i forbindelse med lægernes og sygeplejerskernes kommunikation og i forbindelse deres beslutningsprocesser.

## **2. afsnit: Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ under stuegang**

### **Eksempel 1 fra kravspecifikationen på ændringerne i skrive- og læseaktiviteter under stuegangen med papirjournalen og med EPJ**

Målsætningen med stuegangen er, at lægen og sygeplejersken i fællesskab, på baggrund af den kliniske undersøgelse af barnet, kan vurdere, hvilken behandling og pleje barnet har brug for. På stuegangen vil lægen og sygeplejersken sikre sig, at behandlingen og plejen skrider frem, og barnet får det bedre.

Der bliver gået stuegang af en læge og en sygeplejerske hver dag klokken 09.15 på Børneafdelingens forskellige afsnit, hvor der ud over ved specielle behov tillige vil blive gået stuegang om aftenen og i weekenderne. Som forberedelse til stuegangen har sygeplejerskerne skrevet en prioriteret stuegangsliste over de børn, der skal have gået stuegang først. Dårlige patienter og de, der skal udskrives, prioriteres. Lægen vil umiddelbart inden afholdelse af stuegang opsøge den sygeplejerske, han skal gå stuegang med, således at han og sygeplejersken i fællesskab kan planlægge stuegangen. Ved forberedelsen af stuegangen orienterer sygeplejersken lægen mundtligt omkring barnets status, primært barnets plejemæssige status, på baggrund af de oplysninger, sygeplejersken har i sine sygeplejepapirer.<sup>148</sup>

Selve stuegangen består af en målrettet klinisk undersøgelse med hovedvægten lagt på de aspekter, lægen og sygeplejersken måske på forhånd har en fornemmelse af, at der skal fokuseres på hos det pågældende barn.

Lægen og sygeplejersken kan enten vælge at fortsætte den gamle behandling og pleje, justere lidt i behandlingen og plejen eller lægge henholdsvis en ny behandlings- og/eller plejeplanplan. Lægen træffer ud over beslutning om behandlingsplan tillige beslutning om, hvornår det næste gang vil være relevant, at der bliver gået stuegang på barnet, hvorefter han eventuelt ordinerer nye prøver og undersøgelser. Ordinationen dikterer lægen til bånd sammen med sit stuegangsnotat, hvorefter han efter endt stuegang afleverer båndet til en lægesekretær, som siden rekvirerer lægens ordinationer og skriver hans stuegangsnotat ind i papirjournalen. Sygeplejersken skriver selv sit stuegangsnotat ind i sygeplejekardex.<sup>149</sup>

Med EPJ sker der en ændring i dokumentationspraksis i forbindelse med afholdelse af stuegang, fordi både lægernes og sygeplejerskernes notater indføres i en såkaldt fællesjournal, hvor papirjournalen tidligere var "lægens journal", kun med lægens notater, og hvor sygeplejeobservationerne blev noteret i sygeplejejournalen (kardex).<sup>150</sup> Ved stuegangen har lægerne og sygeplejerskerne behov for sygeplejedata fra observationen,

---

<sup>148</sup> *Arbejdsgangsbeskrivelser for Børneafdelingen, Hvidovre Hospital – kravspecifikation til EPJ-projekter*, 2001, s. 107.

<sup>149</sup> Ibid..

<sup>150</sup> Ibid.

svar på blodprøver, svar på dyrkninger fra mikrobiologerne, svar på røntgenundersøgelser og eventuelt andre svar. Med EPJ er der forventninger om, at prøvesvarene kontinuerligt vil kunne printes ud og hentes ved printeren af læger og sygeplejersker.

Det betyder, at stuegangen med EPJ, ligesom med papirjournalen, vil være problemorienteret med hovedvægten på de ting, der skal tages stilling til i forhold til det enkelte barn. Lægen foretager en målrettet klinisk undersøgelse af barnet, hvorefter sygeplejersken underretter dets forældre om objektive fund. På baggrund af undersøgelsen tager lægen stilling til den videre behandling og undersøgelse af barnet. Lægen lægger enten en ny plan for behandlingen eller ændrer lidt i den gamle plan. Derudover beslutter han sig for, hvornår der igen skal gås stuegang på barnet, og hvornår der skal ordineres nye prøver og undersøgelser.<sup>151</sup>

(Mine kommentarer): Fællesjournalen, eller den tværfaglige EPJ, skaber et handlerum for, at læger og sygeplejersker kan samle alle relevante oplysninger omkring patienten på ét lettilgængeligt sted, så at læger og sygeplejersker på samme tid, bl.a. i forbindelse med forberedelse af stuegangen, sammen eller hver for sig, kan orientere sig i alle patientens data. Fordi den elektroniske journal er så let tilgængelig, har lægen muligheden for at orientere sig i barnets journal tidligere på vagten under morgenkonferencen i forbindelse med gennemgangen af barnets sygehistorie. Det gør, at lægen og sygeplejersken kan være relativt bedre forberedt under stuegangen, end de kunne med papirjournalen, hvilket kan sikre en mere målrettet og effektiv afholdelse af stuegangen, fordi læger og sygeplejersker undgår at skulle stille familien de samme spørgsmål igen og igen, hvor de i stedet vil kunne fokusere på det essentielle, så snart de ankommer på stuen.

Med EPJ bliver lægens notater mere kortfattede og præcise, fordi den i sit indhold og i sin struktur er standardiseret og opbygget i en problemorienteret og skematisk struktur. EPJ består af forskellige skemaer, hvor lægen til dels skal afkrydse fortrykte rubrikker. Det er en radikal ændring i forhold til den langt højere grad af "fritekst" i prosaform i papirjournalen.

Fordi EPJ indeholder fortrykte skemaer i en problemorienteret struktur, dvs. med en klar sammenhæng mellem mål og midler, mellem konklusioner (diagnoser), planer og ordinationer, er det nu muligt for lægen at minimere fejlene i notaterne. Sådanne fejl opstod let i papirjournalen i forbindelse med lægesekretærens transskribering af lægens diktater fra bånd til papirjournal. Den standardiserede struktur i EPJ gør lægernes notater mere standardiserede og dermed relativt mere kvalitativt ens. Den standardiserede struktur i EPJ gør det lettere for lægerne og sygeplejerskerne at bevare det samlede overblik over patientjournalen, også fordi alle patientens data bliver samlet ét lettilgængeligt sted. Patientforløbene bliver alt andet lige relativt bedre.

EPJ skaber en større patientsikkerhed ved at skabe et bedre overblik for lægerne og sygeplejerskerne i form af et kvalitativt ensartet (standardiseret) grundlag, hvorpå lægerne og sygeplejerskerne kan træffe beslutninger i forhold til patientens fremtidige behandling i forbindelse med stuegangsundersøgelsen. I relation til den samlede stuegang skaber EPJ tillige nogle tempofordele, ved at data er let tilgængelige og kan læses af flere samtidigt. EPJ skaber rum for et mere effektivt og kvalitativt bedre tværfagligt samarbejde mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med undersøgelsen af patienten under stuegang. Den

---

<sup>151</sup> Ibid., s. 44.

tværfaglige, hurtigere og mere effektive dokumentationspraksis i EPJ i forbindelse med stuegang og afledte ordinationer af undersøgelser skaber et bedre overblik over patientens samlede behandlingsplan, og dermed en større patientsikkerhed.

I relation til arbejdsgangen stuegang skabes der en tværfaglig subjekt-subjekt-relation mellem lægerne og sygeplejerskerne, der mødes inden stuegangen for sammen med afsæt i patientens data i patientjournalen (objekt) og sygeplejerskernes prioriterede patientliste (objekt) at planlægge de enkelte børns stuegang. Ved planlægningen af stuegangen med papirjournalen var det således, at sygeplejersken orienterede lægen mundtligt omkring patientens plejemæssige data ud fra sine sygeplejepapirer (kardex). Med andre ord konstituerede papirjournalen en tværfaglig relation mellem læge og sygeplejerske, hvor sygeplejersken var i den formidlende position og lægen i en lyttende position.

Selve stuegangen ændres der ikke ved med den ændrede journalteknologi, hvor det er lægen, der konstitueres som den handlingsorienterede og målrettede klinisk rationelle læge, der på baggrund af patientens data i patientjournalen foretager den kliniske undersøgelse af patienten, og hvor sygeplejersken konstitueres som den, der bistår lægen med de relevante plejemæssige data i forbindelse med lægens undersøgelse af patienten. EPJ sikrer dog, at både lægen og sygeplejersken kan være relativt bedre forberedt under stuegangen, end de kunne med papirjournalen, fordi denne ofte var utilgængelig. EPJ konstituerer derfor både lægen og sygeplejersken som rationelle, målrettede og effektive subjekter.

På baggrund af lægens kliniske fund i undersøgelsen af patienten konstitueres lægen og sygeplejersken i umiddelbar forlængelse af stuegangen som fagligheder, der i fællesskab med afsæt i patientjournalen træffer beslutninger omkring patientens videre behandlings- og plejeforløb. I praksis vil det være lægen, der træffer beslutninger om de behandlingsmæssige tiltag, hvor sygeplejersken træffer beslutningerne vedrørende den relevante pleje. Lægen dikterede med papirjournalen sine behandlingsmæssige beslutninger på bånd og afleverede til sekretær, hvor sygeplejersken noterede sine plejemæssige beslutninger i kardex. Der skabes med andre ord en tværfaglig mundtlig relation mellem læge og sygeplejerske i umiddelbar forlængelse af stuegangen.

Med EPJ skabes der den paradoksale relation mellem lægerne og sygeplejerskerne, at arbejdsgangene omkring forberedelse og planlægning af stuegangen bliver mere monofagligt baseret, end den var med papirjournalen, fordi EPJ gør det muligt for både lægerne og sygeplejerskerne hver for sig at skrive og læse notater direkte i EPJ. Det betyder med den øgede tilgængelighed som følge af, at data er elektroniske, at der ikke er noget i vejen for, at lægerne og sygeplejerskerne rent faktisk kan sidde på hver deres kontor og læse i patientjournalen på samme tid som forberedelse til stuegang.

Med papirjournalen var lægerne og sygeplejerskerne nødsaget til at mødes omkring patientjournalen, da den kun fandtes i ét eksemplar. Både lægerne og sygeplejerskerne konstitueres med EPJ som rationelle, målrettede og effektive arbejdende fagligheder, der i højere grad end tidligere er selvkørende forstået på den måde, at det ikke længere er nødvendigt for faglighederne at kommunikere mundtligt i samme grad som med papirjournalen. Den nye konstitution af de effektive læger og sygeplejersker synes at ske på bekostning af en mundtlig tværfaglig videndeling.

Mere generelt i relation til lægens journalskrivning konstituerer EPJ (objektet) lægen (subjektet) som en selvstændigt skrivende læge, der skriver sine egne notater, frem for som

tidligere med papirjournalen, hvor lægen dikterede sine notater til bånd eller skrev dem på en kladde for derefter at aflevere dem til sekretæren, der så skrev dem ind i papirjournalen. I begge tilfælde var der tale om en betydelig risiko for transskriptionsfejl, der kan have mere eller mindre alvorlige konsekvenser for patientens behandling. Det kan være alvorligt, hvis lægesekretæren får skrevet noget forkert omkring medicinering og den øvrige behandlingsplan, og mindre alvorligt, hvis det er enkelte forhold i sygehistorien, der ikke bliver skrevet korrekt ind i papirjournalen fra lægens bånd eller kladde.

Disse risici undgås med EPJ, fordi den er elektronisk og dermed let tilgængelig, hvor lægen konstitueres som skrivende og selvhjulp. Notaterne bliver nu skrevet direkte ved kilden, dvs. i forbindelse med lægens observationer eller i umiddelbar forlængelse heraf, derved undgås transskriptionsfejlene. At lægen selv kan skrive sine notater ved kilden, betyder, at hans kollegaer konstitueres som relativt mere opdaterede, da man med EPJ kan være sikker på, at det er de seneste og dermed relevante data, der står i patientjournalen.

Med papirjournalen var det ikke usædvanligt, at de bånd med notater, lægerne afleverede til sekretærene, kunne ligge i en bunke på skrivebordet, inden de blev skrevet ind i journalen. I den periode kunne der sagtens være gået ny stuegang eller foretaget nyt tilsyn af anden læge, hvorfor det så er denne læges notater, der er de aktuelle, samtidig med at den læge, der har gjort det seneste tilsyn på patienten, med papirjournalen ikke havde den foregående læges notater at støtte sig til, da disse jo ikke var skrevet ind i journalen endnu. Derfor var lægerne med papirjournalen ofte i den situation, at de måtte spørge patienterne og de pårørende om de samme ting flere gange. På den måde konstituerede papirjournalen lægen som fagligt inkompetent og sjusket i patienterne og de pårørendes bevidsthed.

EPJ konstituerer tillige lægen som værende mere effektiv og fagligt kompetent på den måde, at EPJ skaber et handlerum for lægen, hvor denne selv skriver sine notater. Det betyder, at lægens notater bliver relativt mere kortfattede, strukturerede og dermed præcise. Afdelingsledelsens beslutning om, at lægerne som hovedregel selv skal skrive i EPJ, synes at være et resultat af, at man herved undgår transskriptionsfejlene (jf. beskrivelse ovenfor), for i stedet at få mere kortfattede, strukturerede og præcise notater. En begrundelse herfor har været, at lægernes skriftsprog er mere kortfattet end deres talesprog i en diktafon. Samtidig skal det ses ud fra en betragtning om, at når nu patientjournalen altid vil være tilgængelig, vil faggrupperne have en større motivation for at arbejde i den.

## **Eksempel 2 fra kravspecifikationen på ændringerne i lægens undersøgelse af patient med papirjournalen og med EPJ**

Målsætningen med lægens undersøgelse af barnet er at få stillet den korrekte diagnose, for derefter at få sat barnet i den rigtige behandling og at få informeret barnets forældre så godt som muligt.

Lægens undersøgelse af patienten kan foregå akut, under stuegangen eller i forbindelse med et ambulant besøg i Børneafdelingen. Undersøgelsen vil som oftest blive udført af en af Børneafdelingens egne læger som en objektiv undersøgelse af hele barnet, hvor lægen ser, lytter og føler for at nå til en afklaring af, hvad barnet fejler, så at den rette diagnose kan blive stillet og den rette behandling kan blive iværksat. Er undersøgelsen på forhånd rettet mod et bestemt område på barnet, kan der være deltagelse af en specialist fra en anden afdeling.



Sagsbehandlingen, selve arbejdsgangen i papirjournalen, foregik på den måde, at lægen orienterede sig i papirjournalens papirark om eventuelle registrerede observationsdata, dvs. resultater fra eventuelle tidligere undersøgelser på barnet. I umiddelbar forlængelse af sin undersøgelse ville lægen skrive et undersøgelsesnotat i prosatekst i journalen. Dette notat ville indeholde en konklusion, en plan og en række ordinationer.

Med EPJ dokumenterer lægen sine undersøgelsesresultater som prosatekst, hvor hans undersøgelsesresultater i modtagelsens EPJ er i delvis skematisk form. Lægens undersøgelse vil oftest resultere i en konklusion, en plan og en række ordinationer. Med EPJ er alle oplysningerne omkring patienten samlede, samtidig med at observationsdata er let tilgængelige. Derudover gør EPJ det muligt for læger og sygeplejersker at få et hurtigere og bedre overblik over resultaterne af de forskellige undersøgelser, fordi EPJ kan generere hurtige resultater af undersøgelser og blodprøvesvar.<sup>152</sup>

(Mine kommentarer): EPJ skaber et handlerum for, at lægen kan øge patientens sikkerhed i forhold til den samlede patientbehandling, fordi alle patientens observationsdata, til forskel fra tidligere med papirjournalen med dens mange løsarke og dens hyppige forsvinden, altid vil være samlet i computeren og altid vil være tilgængelige for den undersøgende læge i forbindelse med undersøgelsen.

EPJ skaber samtidig et handlerum for, at den undersøgende læge relativt hurtigere end i papirjournalen vil kunne orientere sig i eventuelt tidligere foretagne undersøgelser og blodprøvesvar, samtidig med at han relativt hurtigere end i papirjournalen vil kunne ordinere og rekvirere blodprøvesvar, røntgenbilleder og andre undersøgelsesvar i EPJ. I EPJ kan lægen ordinere og rekvirere undersøgelser direkte elektronisk, hvor han tidligere i papirjournalen dikterede sine ordinationer på bånd, der derefter blev udført og transskriberet af lægesekretæren.

Med EPJ skabes der handlerum for at gøre undersøgelserne mere standardiserede og dermed kvalitativt bedre, fordi der gennem beskrivelser af ”best practice” kan programmeres diverse procedurer og patientvejledninger, der vil kunne lægges i det enkelte barns EPJ. Hermed har lægerne og sygeplejerskerne ved undersøgelse af patienten altid muligheden for at støtte sig til ”best practice” inden for det givne undersøgelsesområde, hvilket kan give den enkelte læge, sygeplejerske, patient og dennes familie en større tryghed.

Handlerummet for tempofordelene og det kvalitative løft i lægens undersøgelse af patienten forudsætter naturligvis, at Børneafdelingens serviceafdeling og andre relevante afdelinger har adgang til EPJ, samt at de har mulighed for at skrive i den. Eksempelvis skal medarbejderne på Mikrobiologisk afdeling og på Røntgenafdelingen have adgang til at læse og skrive i EPJ, hvis de ovenfor skitserede potentielle løsninger på en mere effektiv og kvalitativ arbejdsgang i forbindelse med lægens undersøgelse af patienterne skal blive en realitet.

EPJ konstituerer lægen som effektiv og faglig kompetent i forbindelse med lægens undersøgelse af patienten. Lægen får med EPJ et relativt bedre og hurtigere overblik over tidligere undersøgelsesresultater, end han havde i papirjournalen, samtidig med at han vil

---

<sup>152</sup> Ibid., s. 43.

være i stand til at ordinere og rekvirere fremtidige undersøgelser hurtigere i EPJ, end han kunne i papirjournalen. Forhold, der tilsammen synes at forbedre kvaliteten af den samlede patientbehandling. I forbindelse med undersøgelser og operationer af patienter skaber EPJ tillige et handlerum for en større patientsikkerhed, fordi der i EPJ vil være en standardiseret undersøgelsesprocedure. Det giver lægen en bedre og hurtigere information omkring resultaterne, hvilket igen betyder, at lægen relativt hurtigere og på et mere sikkert grundlag vil kunne videreformidle undersøgelsesresultaterne til patienten og dennes familie.

Med EPJ gøres patienten fortsat til objekt for lægens undersøgelse med henblik på, at lægen kan finde ud af, hvad patienten fejler, så at lægen kan stille den korrekte diagnose og udarbejde den korrekte behandlingsplan. I selve arbejdsgangen omkring undersøgelse af patienten konstitueres der imidlertid også en relation mellem lægen (subjektet) og patientjournalen (objektet), der med papirjournalen var henholdsvis løsarket i patientjournalen i form af ”papirarket omkring eventuelt registrerede observationsdata” og ”undersøgelsesnotatet i prosatekst”. Undersøgelsesnotatet ville indeholde en konklusion, en plan og en række ordinationer (objekter).

Disse objekter konstitueres tillige i forhold til lægen som subjekt med EPJ, men hvor lægens observationsdata og undersøgelsesnotater i den elektroniske form nu, til forskel fra løsarkene i papirjournalen, altid vil være tilgængelige i forbindelse med undersøgelse af patienten. Det betyder igen, at elektronificeringen af data i observationsarkene konstituerer lægen som en læge, der er i stand til at undersøge patienten relativt hurtigere og relativt mere sikkert end med papirjournalen. Heraf afledt konstitueres der tillige nye relationer mellem lægen (subjekt) og diverse undersøgelsesvar som blodprøver og røntgenbilleder (objekter), hvor lægen formes som en læge, der relativt hurtigere har et bedre overblik over undersøgelsesresultaterne, og som en læge, der vil være i stand til direkte at ordinere og rekvirere blodprøvesvar, røntgenbilleder og andre undersøgelsesvar i patientjournalen. Med papirjournalen var observationsdata i form af løsark ofte utilgængelige, hvilket konstituerede lægen som ineffektiv og fagligt inkompetent, fordi han derved ofte var nødsaget til at foretage de samme undersøgelser flere gange og spørge patienten om de samme ting flere gange.

Kort sagt konstitueres lægen med de elektroniske ark i EPJ som en hurtigere, mere effektiv og faglig kompetent læge. I forhold til undersøgelse af patienten synes lægen med begge journalteknologier at arbejde monofagligt, men hvor lægen dog med papirjournalen afleverede dikteret bånd omkring observerede data til lægesekretæren, som så skrev data ind i papirjournalens løsark. Det betød, at der tidligere var en arbejdsrelation mellem lægen og lægesekretæren i forbindelse med undersøgelse af patienten, og at lægesekretæren derfor tidligere var bedre orienteret omkring diverse undersøgelsesdata og undersøgelsesresultater. EPJ konstituerer ingen tværfaglige samarbejdsrelationer faglighederne imellem i forbindelse med undersøgelse af patienten.

(Sygeplejerske 1): Stuegangen forløber til mellem klokken 12.00 og 13.00, hvor den som udgangspunkt bliver gået af læge og sygeplejerske i fællesskab, men har sygeplejersken meget travlt, går lægen stuegangen alene, hvor han tager stilling til fremtidige behandlingsplaner eller eventuel udskrivelse af de indlagte børn. Beslutninger, han efterfølgende orienterer sygeplejersken mundtligt om, samtidig med at lægen efter stuegangen dokumenterer beslutningerne i EPJ, dels i notat, dels i EPJ's ordinationsark,

hvor der så kommer til at stå, hvad lægen har ordineret, eksempelvis en urindyrkning eller en blodprøve.

(Lægelig områdeleder 1): Efter den mundtlige briefing fra sygeplejersken går lægen typisk stuegang. Til forskel fra tidligere med papirjournalen foregår den i dag med EPJ for overlægens vedkommende uden journal. Først når han har forladt stuen, skriver han sit lægenotat, der omhandler de gjorte observationer og foreslåede behandlingsplaner, som vil blive iværksat, efter at lægen har indført dem i EPJ. Den manglende patientjournal under stuegang er ofte blevet nævnt som et problem, fordi lægen nu, hver gang denne måtte være i tvivl om specifikke oplysninger, er nødsaget til at forlade patientstuen for at søge til nærmeste computer efter oplysningerne. Denne arbejdspraksis kan stille lægen i et uheldigt eller uprofessionelt lys i forhold til patient og pårørende, hvis han er nødsaget til at skulle rende for mange gange i løbet af den samme stuegang.

*”I begyndelsen troede jeg, det ville være et problem. Det er det ikke, fordi den måde, som jeg gør det på, og som jeg også oplærer andre i, er at jeg dels ud fra, hvad der er skrevet i journalen, dels ud fra min specifikke viden om den sygdom eller problematik, finder ud af, hvilke problemer der skal tages op, og dem drøfter jeg med sygeplejerske, og hører, om hun eventuelt har andre tilføjelser, og så tager vi ét problem ad gangen.”*

Overlægen mener ikke, at der er flere problemstillinger ud fra hver patient, end at man kan huske uden journal under stuegangen, samtidig med at der er en anden fordel ved denne stuegangspraksis, nemlig at lægen slipper for at stå og skrive og læse i journalen inde ved patienten og dennes forældre. Hvis lægen havde en stationær computer under stuegang, ville lægen let komme i situationer, hvor han vil have ryggen til forældrene, når han skriver i journalen. Og i de tilfælde, hvor lægen har en bærbar computer med, vil han ofte komme i situationer, hvor han vil have computeren mellem sig selv og forældrene, samtidigt med at han som læge i mange situationer, bevidst som ubevidst, vil have sin opmærksomhed rettet mod computeren. Det skaber ikke det samme nærvær og den samme gode patientkontakt, som når lægen går stuegang uden patientjournal, hvor han vil kunne have sin fulde opmærksomhed rettet mod barn og forældre. Lægen kan så efterfølgende skrive de gjorte observationer i EPJ, straks når han forlader stuen. Det kan diskuteres, om der går noget kommunikation tabt mellem læge og forældre på denne måde, for da lægen tidligere dikterede sit notat på stuen under stuegangen, kunne forældrene jo høre med og komme med korrektioner eller tilføjelser i forhold til det, de hørte lægen dikterede. Denne ”sikkerhedsventil” findes ikke med EPJ, men til gengæld synes lægens kontakt til patient og forældre at være mere nærværende med EPJ, da den ikke er med under stuegang.

Vedrørende ”hvem der informerer hvem om hvad”, er det lægen, der har lederfunktionen. Det kan eksempelvis være i en akut situation, hvor der kommer et dårligt barn ovre fra fødegangen. Der vil så stå en sygeplejerske og tage imod barnet i neonatalafdelingen, og der kan være to-tre sygeplejersker omkring lægen for at hjælpe denne med alt fra, at der skal lægges en slange ned i luftrøret, til intubation eller, at der skal lægges drop på barnet. Alt sammen arbejds gange, hvor det er nødvendigt, at lægen får hjælp fra en eller flere sygeplejersker. Men selv om det er lægen, der har lederfunktionen, vil sygeplejerskerne som oftest være så erfarne, at de godt ved, hvad der skal ske, hvorfor der sagtens kan opstå situationer, hvor sygeplejerskerne kan finde på at sige til lægen ”skulle du ikke lige? ... Ville det ikke være en god idé, hvis du lige? ...”, hvor det er lægen, der har det formelle ledelsesansvar, men hvor sygeplejerskerne sagtens kan være ledende på det uformelle plan

i relation til de udførte aktiviteter omkring patienten. Der finder en interaktion sted mellem læger og sygeplejersker, hvor det i situationer, hvor tingene ikke er, som de plejer, ofte vil være nødvendigt, at lægen, med sin relativt bredere medicinske viden, går ind og foretager nogle skøn for på baggrund af disse at kunne lægge en behandlingsplan for det givne barn. Sygeplejerskerne kan så gå ind og lægge planer for de mere plejerelaterede forhold, som ammeplaner m.m., samtidig med at de har et væsentligt samarbejde med lægerne omkring information af familie, hvor det i stressede situationer kan være svært for lægen at huske at få formidlet alt omkring barnet til familien. Det er derfor godt, at sygeplejersken kan gå med lægen for at høre, hvad denne informerer familien om, for senere at kunne følge op omkring mere detaljerede forhold omkring barnets aktuelle situation.

Den begivenhed, hvor EPJ mest tydeligt gennem et patientforløb bliver omdrejningspunkt eller det medie, hvorigennem læger og sygeplejersker kommunikerer og samarbejder, er helt klart ved planlægning af patientforløb og ved revisionen af samme. I begge tilfælde er det primært lægen, der er involveret, men han vil meget naturligt søge at lægge planen sammen med sygeplejersken. Såvel læger som sygeplejersker er meget afhængige af de informationer, de respektive faggrupper lægger ind i EPJ imellem de to begivenheder, netop fordi den lægelige beslutning omkring en revision af behandlingsplan ud over gjorte observationer på patienten under stuegang i høj grad vil basere sig på de plejerelaterede informationer i EPJ siden sidste behandlingsplan. Der kan så være forskellige tidsintervaller mellem fastlæggelse af behandlingsplan og revision af denne afhængig af, hvor akut og kompliceret patientforløbet er. Jo mere akut og kompliceret, desto større krav stiller det til, at læger og sygeplejersker kan træffe hurtige beslutninger omkring revision af behandling, hvor dette tidsinterval i specielt komplicerede patientforløb kan være helt ned til én times mellemrum. Her er det vigtigt, at lægen kan have EPJ som arbejdsredskab og i denne eksempelvis kommunikere til sygeplejersken, ”*at inden for den næste time skal du gøre sådan og sådan*”. Interaktionen mellem læge og sygeplejerske omkring EPJ bliver dermed størst i forbindelse med den arbejdsgang, der også er lægens kerneopgave, nemlig ved planlægning af patientforløb og opfølgning og eventuel revision af dette. Interaktionen vil ofte finde sted under stuegangen, hvor kerneydelsen er at lægge planer for patienten på baggrund af gjorte observationer.

Overlægen skitserer et meget realistisk handlingsforløb, der baserer sig på et tværfagligt samarbejde mellem læge og sygeplejerske under en stuegang på neonatalafdelingen, hvor handlingen baserer sig på den behandlingsplan, der fremgår af det sidste lægenotat. I lægenotatet kan der eksempelvis stå, at barnet i forbindelse med næste stuegang skal have lagt en slange ned i luftrøret. Denne aktivitet bliver så udført ved den kommende stuegang, hvor læge og sygeplejerske samtidig danner sig et indtryk af, om det er det rette at gøre, afhængigt af barnets reaktion og andre forhold, og på baggrund af de gjorte observationer evalueres forslaget i det forrige lægenotats behandlingsplan, hvor det enten følges eller revideres. I de tilfælde, hvor planen skal revideres, kommunikerer og samarbejder læge og sygeplejerske tværfagligt om, hvilke handlingsalternativer der skal udføres. EPJ har dermed ændret en del på kulturen omkring stuegangen, måske den aktivitet i løbet af dagen, hvor journalen bliver brugt flittigst, og hvor det gennem flere hundrede år har været sådan, at når lægen og sygeplejersken mødtes inden selve stuegangen, har sygeplejersken ligget inde med noget information omkring patienten i form af nogle observationer om, hvorvidt patienten eksempelvis har feber, smerter etc. Nogle informationer, det vil være nyttigt, at lægen får overdraget inden mødet med patienten under stuegangen. Denne vante samarbejdsform mellem læge og sygeplejerske ændres, da det nu med den fælles EPJ vil være muligt for sygeplejersken at skrive sine observationer direkte ind i EPJ. Der er sket i

hvert fald to ændringer i forbindelse med stuegang, 1) en udvikling mod en højere grad af skriftlig kommunikation sygeplejerskerne og lægerne imellem og 2) en udvikling mod, at lægerne nu også læser sygeplejerskernes notater. Før var lægernes kommunikation med sygeplejerskerne alene mundtlig. Det kan derfor ifølge overlægen diskuteres, i hvilket omfang der faktisk er sket et paradoks med indførelsen af den tværfaglige EPJ, nemlig at arbejdet i virkeligheden er blevet mere monofagligt, fordi det er blevet muligt for lægen selv at orientere sig i sygeplejerskernes notater i journalen. Tidligere var han afhængig af den mundtlige overlevering fra sygeplejersken og var dermed også i højere grad end i dag afhængig af, at sygeplejersken gik med på stuegang. Stuegangen har traditionelt været den væsentlige tværfaglige aktivitet i omgang med patienten.

Overlægen refererer til det, han opfatter som en generel oplevelse i lægegruppen, at sygeplejerskerne er ved at blive lidt hægtet af i forbindelse med stuegangen, simpelthen fordi mange af dem vælger ikke at deltage i selve stuegangen. Sygeplejerskerne har rigeligt at se til rent plejemæssigt, samtidig med at de måske har følelsen af, at lægen bare kan læse deres observationer i journalen, og at de derfor vil udnytte deres tid bedre ved at foretage de plejemæssige opgaver. Den samme overlæge giver udtryk for, at denne holdning blandt sygeplejerskerne påvirker det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker negativt, da stuegangen er sygeplejerskens eneste mulighed for at høre, hvad lægen taler med patienten og dennes familie om. Med EPJ sker der i stedet det, at sygeplejersken, når hun får tid, orienterer sig i EPJ omkring lægens stuegangsnotater, hvorfor man også kan udlægge det som, at sygeplejerskens rolle omkring stuegangen devalueres en smule.

*”Det synes jeg er en af de meget iøjnefaldende ændringer med EPJ, at lægernes behov for at være direkte konfronteret med en sygeplejerske for at få nogle vitale informationer ikke er nødvendig mere.”*

Overlægen mener, det er en udvikling på godt og ondt, hvor fordelen med EPJ i forhold til tidligere er, at sygeplejerskens informationer nu er kommet på tryk. Det betyder, at lægen nu ved sygeplejerskens udeblivelse fra stuegang slipper for verbalt at skulle henvende sig til familien for at spørge om aspekter, familien måske allerede har informeret om til anden læge eller sygeplejerske ved sidste stuegang. Lægen kan nu orientere sig skriftligt i EPJ. Sygeplejersken vil samtidig spare tid i forhold til tidligere, da det ikke i samme grad er nødvendigt, at hun deltager i stuegangen. Den store ulempe i forbindelse med stuegang med EPJ i forhold til stuegangen med den papirbaserede journal er, at den direkte verbale udveksling og det direkte tværfaglige samarbejde mellem læge og sygeplejerske under stuegang mindskes, eller med andre ord går det tværfaglige fællesskab omkring patienten tabt. Det er efter overlægens mening særligt uheldigt, da det netop er sygeplejersken, der i det daglige er mest sammen med patienten og dennes familie, hvorfor kvaliteten af lægens stuegang ville højnes ved, at sygeplejersken løbende under stuegangen ville kunne komme med sine vurderinger. Disse vurderinger kan omfatte alt, lige fra, om familien er klar til at modtage barnet i situationer, hvor lægen skønner, det er forsvarligt at udskrive det, eller om barnet har et tilstrækkeligt socialt netværk, til, om det vil være nødvendigt at konsultere en socialrådgiver, fordi det er gået op for sygeplejersken at moderen eksempelvis lige er blevet skilt etc. Sådanne forhold har lægerne typisk ikke styr på, fordi der ikke har været tradition for, at de har skullet interessere sig for de ting, dem tog sygeplejerskerne sig af. Overlægen peger på, at sygeplejerskens potentielle fravær på stuegangen har været en problemstilling, man var opmærksom på inden indførelsen af EPJ, hvorfor man tog den ledelsesmæssige beslutning, at sygeplejerskerne skulle, med streg under skulle, deltage i

stuegangen i det øjeblik, lægerne var inde hos patienten. Men som overlægen kommenterer:

*”Men af en eller anden grund er det ikke blevet sådan, og det er jo, fordi folk jo vælger med sådan et system som det her (hospitalssystemet) at gøre, hvad de synes er mest relevant i løbet af deres dag. I andre virksomheder der ville man bare sige, at det skal I, og så gør folk det. I det her system, der siger vi jo jævnlige til folk, at der er et eller andet, de skal gøre, og så gør de noget andet, og så kigger vi lidt på slutresultatet og siger, jamen, går det nogenlunde for patienterne, og står de rigtige krydser i de rigtige rubrikker, jamen gør de det, så får det lov til at passere.”*

Overlægen giver udtryk for, at selv om der er en masse regulativer og guidelines for, hvordan en stuegang skal forløbe, og for ansvarsfordelingen under stuegangen, så flourerer der en kulturel hospitalspraksis, der bevirker, at det i praksis ikke ligger fast, hvem der skal gøre hvad og hvordan under stuegangen, og at disse kulturelle aspekter synes at være helt uafhængige af EPJ, akkreditering og andre ledelsesmæssige teknologier. Det bevirker, at der i praksis synes at være en løs kobling mellem, hvad man siger eller foreskriver, man gør i EPJ, og det, man rent faktisk gør i praksis i Børneafdelingen.

Overlægen mener, at der er et andet aspekt, der ikke virker efter hensigten med den nye EPJ, som oprindeligt var designet til at være en elektronisk kortjournal på kun én side, inspireret af en papirbaseret kortjournal, man havde i børnemodtagelsen, og hvor man på et fortrykt afkrydsningsskema i hånden kunne redegøre for de vigtigste punkter omkring patienten. De u hensigtsmæssige situationer med EPJ opstår, når lægen står over for en patient med en indiskutabel diagnose, hvor det er klart, hvad patienten fejler, det kan eksempelvis dreje sig om en lungebetændelse, hvorfor man som læge ikke behøver at fokusere på 30.000 andre ting, men alene på lungebetændelsen. EPJ'en med de mange fortrykte afkrydsningsskemaer har efter overlægens vurdering den effekt, at mange læger for at ”helgardere sig” og for at vise, at de har været grundige i deres undersøgelse af patienten, krydser flere felter af end nødvendigt, eller godt er.

*”Nu er det sådan, at der er en masse fortrykte rubrikker, og så er der nogle der gerne vil vise, at de er dygtige, og at de har været grundige, hvorfor de er tilbøjelige til at krydse alt af og give kommentarer med på vejen. Lige for at vise, at jeg har været på arbejde, og jeg har tænkt mig om, og jeg har undersøgt den her patient grundigt. Så i forventning om, at EPJ skulle være en ret komprimeret ting, må vi bare sige, at vi lever i en hverdag, hvor EPJ er blevet et monstermedie af tekst, tekst, tekst, og dublering af de samme informationer mange gange.”*

Denne tendens eksemplificerer overlægen videre med en episode, han lige har været ude for på afdelingen, hvor han ved et tilfælde gennemlæser en af sine egne notater med dertil hørende behandlingsplan. Behandlingsplanen foreskrev, at den pågældende patient kunne komme hjem med sin familie, efter at der var taget de og de prøver af patienten. Overlægen læste nu videre i journalen i sygeplejerskens notat neden under sit eget, og han så, at hun havde givet udtryk for nøjagtig det samme, som han havde skrevet i linjen ovenover. Den slags gentagelser opstår ved, at de enkelte medarbejdere for at dokumentere, at de har været på arbejde, og at de har været flittige og grundige, dokumenterer i EPJ. Det er altså en slags dokumentation for, at de har været på arbejde.

(Lægelig områdeleder 3): Et overblik, der ifølge overlægen ikke bliver bedre af computermediet med den relativt lille brugergrænseflade i forhold til papiret, hvor lægen om nødvendigt kan lægge fire ark ud ved siden af hinanden for på den måde at danne sig et overblik. På den måde mener overlægen, at papyrus er en vidunderlig opfindelse, mens computerskærmen som medie virker forstyrrende i forhold til en god patientkontakt, eksempelvis under stuegang, hvor det er forstyrrende, at lægen løbende bliver nødt til at orientere sig i EPJ. Det virker ifølge overlægen mere fremmedgørende, end hvis der kun var et stykke papir (papirjournalen) mellem ham og patienten.

Standardiseringen af indhold og struktur i forhold til diagnoser og behandlingsplaner synes også at være mindre hensigtsmæssig, da det vil kræve, at man er i stand til ”at dressere patienterne” (overlægens udtryk) til at passe ind til de enkelte diagnosekoder og behandlingskoder, og det vil ikke være muligt, da patienter er ganske individuelle. Overlægen mener, ønsket om standardisering af EPJ er et ønske fra administratorerne, der synes at være af den opfattelse, at der arbejdes med diagnosekoder, men hvor virkeligheden er, at der arbejdes med mennesker.

*”Du kan sætte alle mulige diagnosenumre på dem, men de er jo hver især ganske individuelle, det er rigtigt, at der er en masse gode ting som stæroperationer, knæoperationer og knæapopleksi, der vil kunne standardiseres, og det vil kunne gøres ganske effektivt i EPJ, men det er en misforståelse at tro, at du kan lave standardforløb for alle patienter. Og der er afdelinger, hvor det vil være meget få af patienterne, som du vil kunne lave standardforløb på.”*

## **Opsamlende diskussion på afsnit 2**

Stuegangen bliver som udgangspunkt gået af læge og sygeplejerske i fællesskab, men har sygeplejersken meget travlt, går lægen stuegangen alene, hvor han tager stilling til fremtidige behandlingsplaner eller til eventuel udskrivelse af de indlagte børn. Efterfølgende orienterer han sygeplejersken mundtligt om disse beslutninger, samtidig med at han efter stuegangen dokumenterer dem i EPJ, dels i notat, dels i EPJ’s ordinationsark, hvor der så kommer til at stå, hvad lægen har ordineret.

Lægen går stuegang med eller uden sygeplejerske efter den mundtlige briefing fra sygeplejersken, hvilket i dag med EPJ til forskel fra tidligere med papirjournalen foregår uden patientjournal, og hvor lægen derfor først skriver sit stuegangsnotat, når han har forladt stuen. Stuegangsnotatet vil omhandle de gjorte observationer og foreslåede behandlingsplaner, som vil blive iværksat, efter at lægen har indført dem i EPJ. Nærværet mellem læge, patient og pårørende bliver større under stuegangen, fordi lægen ikke har patientjournalen med på stuegang og derfor kan have sin fulde opmærksomhed rettet mod barn og forældre. Det kan diskuteres, om der går noget kommunikation tabt mellem læge og forældre på denne måde, for da lægen tidligere dikterede sit notat på stuen under stuegangen, kunne forældrene høre med og komme med korrektioner eller tilføjelser i forhold til det, de hørte, lægen dikterede. Denne ”sikkerhedsventil” er gået tabt med EPJ, men til gengæld synes lægens kontakt til patient og forældre at være mere nærværende, da EPJ ikke er med under stuegang.

Sygeplejerskerne kan dokumentere planer for de plejerelaterede forhold, som eksempelvis ammeplaner. EPJ's store tilgængelighed betyder, at sygeplejersken, under forudsætning af at hun går med på stuegang, har mulighed for et væsentligt bedre samarbejde med lægen omkring information af familie. I stressede situationer kan det være svært for lægen at huske at få formidlet alt omkring barnet til familien. Derfor er det godt, at sygeplejersken kan gå med lægen for at høre, hvad denne informerer familien om, for senere at kunne følge op omkring mere detaljerede forhold omkring barnets aktuelle situation.

Den begivenhed, hvor EPJ tydeligst gennem et patientforløb bliver omdrejningspunkt for lægernes og sygeplejerskernes kommunikation og samarbejde, er helt klart i forbindelse med planlægning og revision af patientforløb. Det er primært lægen, der er involveret, men han vil meget naturligt søge at lægge planen sammen med sygeplejersken. Både læger og sygeplejersker er meget afhængige af de informationer, de respektive faggrupper lægger ind i EPJ imellem de to begivenheder, fastlæggelsen af behandlingsplanen og revisionen af denne, fordi den lægelige beslutning omkring en revision af behandlingsplan ud over gjorte observationer på patienten under stuegang i høj grad vil basere sig på de plejerelaterede informationer i EPJ siden sidste behandlingsplan. En generel oplevelse i lægegruppen synes at være, at sygeplejerskerne ved ikke at gå med på stuegang ud fra argumentet om, at lægerne bare kan læse deres plejenotater i EPJ, er ved at hægte sig af i forbindelse med stuegangen, hvilket ifølge lægerne kan have nogle negative konsekvenser for det tværfaglige samarbejde mellem lægerne og sygeplejerskerne, fordi lægernes behov for at være direkte konfronteret med en sygeplejerske inden afholdelse af stuegang ikke er så nødvendige, når lægerne først vænner sig til at læse sygeplejerskernes notater. Den negative konsekvens er med andre ord, at den øgede skriftlige og for lægerne tilgængelige sygeplejedokumentation synes at ske på bekostning af den mundtlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker i forbindelse med afholdelse af stuegang, hvilket synes at være særligt uheldigt for kvaliteten af lægens stuegang, fordi det er sygeplejersken, der i det daglige er mest sammen med patienten og de pårørende, og lægerne derfor har stor glæde af sygeplejerskernes mundtlige briefinger under stuegangen.

### **3. afsnit: Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ efter stuegang**

#### **Eksempel 1 fra kravspecifikationen på ændringerne i behandling og pleje af patient med papirjournalen og med EPJ**

Målsætningen med lægens arbejdsgang, at behandle patienten, og sygeplejerskens arbejdsgang, at pleje patienten, er at gøre patienten rask, hvilket lægen vil gøre ved løbende at indsamle og præsentere oplysninger, resultater og observationer i patientjournalen til brug ved den videre behandling af patienten. Sygeplejersken vil understøtte lægen i behandlingen af patienten ved løbende at observere og gøre notater i kardex omkring barnets fysiske og psykiske tilstand.

Grunden til, at et barn indlægges på Børneafdelingen, er, at barnet har et behov for enten at blive observeret eller at få egentlig behandling. Behandlingen kan enten være medicinsk, som kan gives gennem munden i tablettform, rectalt eller i form af mikstur, indsprøjtninger, infusioner og inhalationer, eller den kan være kirurgisk.<sup>153</sup>

---

<sup>153</sup> Ibid., s. 39.



Om behandlingen skal være medicinsk eller kirurgisk, er noget, lægerne vurderer og beslutter sig for på baggrund af resultaterne fra den objektive undersøgelse af barnet og på baggrund af eventuelle undersøgelsesvar fra diverse prøver. Disse oplysninger vil lægen finde i diverse løsark og eventuelle tidligere lægenotater i papirjournalens kontinuationsark. Et problem i forhold til kvaliteten af lægens vurderingsgrundlag kan være, at disse oplysninger ikke altid vil være til hans rådighed med papirjournalen, fordi denne ikke altid vil være tilgængelig, og fordi der måske er nogle løsark med undersøgelsesvar, der har gemt sig i journalen, eller som på anden vis er bortkommet. Lægen vil på baggrund af de oplysninger, der er til hans rådighed, ordinere og udføre behandlingen, hvorefter han løbende vil observere barnet for at tage stilling til, om den skal justeres en smule, ændres eller ophøre. Med papirjournalen foretog lægerne ordinationerne ved at diktere på bånd eller ved at skrive ordinationen på kladde, hvorefter de afleverede båndet eller kladden til en sekretær, der efterfølgende skrev ordinationen ind i papirjournalen.<sup>154</sup>

Sygeplejerskerne ville med papirjournalen skrive deres plejenotater på et observationsark i kardex. Observationerne gøres i forhold til den kliniske objektive undersøgelse, lægen foretager af barnet henholdsvis ved indlæggelse og ved stuegangen. Sygeplejersken vil orientere sig omkring de vigtigste aspekter af barnets sygehistorie og omkring barnets familiestruktur. Derudover vil hun i løbet af sine vagter foretage kontinuerlige observationer af barnet. Der vil være tale om en løbende registrering af eksempelvis Tp, Rf, BT, pulsfrekvens, eventuelle opkastninger, afføringsmønster, smerter, samtidig med at sygeplejersken kontinuerligt vil vurdere barnets almene tilstand, samspillet mellem barnet og dets forældre under indlæggelsen samt barnets generelle adfærd. Disse observationer er vigtige i fastlæggelsen af barnets videre behandlings- og plejebehov. Sygeplejersken noterer dem skriftligt i kardex og orienterer lægen mundtligt om dem ved forberedelse af stuegang.<sup>155</sup>

Med EPJ er undersøgelsesresultater og andre notater mere tilgængelige og synlige, fordi samtlige resultater noteres i EPJ. Prøvesvar ankommer til EPJ, og lægen dokumenterer sine behandlingsmæssige beslutninger, mens sygeplejersken dokumenterer sine plejemæssige beslutninger. Det skaber en større patientsikkerhed.

(Mine kommentarer): En stor fordel med EPJ i forhold til lægens behandling af patienten er, at alle oplysninger omkring patienten altid vil være tilgængelige, både lægens observationer omkring behandling og sygeplejerskernes observationer omkring pleje, samtidig med at observationer og andre oplysninger omkring patienten automatisk mærkes med dato, klokkeslæt samt den pågældende læges signatur (nedbrud i EPJ-systemet en undtagelse). Herved forekommer der ikke misforståelser omkring de enkelte notaters plads i det samlede patientforløb, hvorfor lægen altid vil have det mest optimale beslutningsgrundlag i form af samtlige undersøgelsesvar og tidligere læge- og sygeplejenotater omkring henholdsvis tidligere behandlingsforløb og tidligere plejeforløb.

En anden stor fordel med EPJ er, at den er tværfaglig, hvilket vil sige, at også sygeplejersken i modsætning til tidligere, hvor papirjournalen var ”lægens journal”, tillige har mulighed for at notere sine observationer omkring pleje i EPJ. Sygeplejerskerne vil skrive deres plejenotater direkte ind i EPJ. Observationerne gøres i forhold til den kliniske

---

<sup>154</sup> Ibid.

<sup>155</sup> Ibid., s. 59, s. 91.

objektive undersøgelse, lægen foretager af barnet henholdsvis ved indlæggelse og ved stuegangen. Sygeplejersken vil orientere sig omkring de vigtigste aspekter af barnets sygehistorie og omkring dets familiestruktur. Derudover vil sygeplejersken i løbet af sine vagter foretage kontinuerlige observationer af barnet. Der vil være tale om en løbende registrering af eksempelvis Tp, Rf, BT, pulsfrekvens, eventuelle opkastninger, afføringsmønster, smerter, samtidig med at sygeplejersken kontinuerligt vil vurdere barnets almene tilstand, samspillet mellem barnet og dets forældre under indlæggelsen samt barnets generelle adfærd. Disse observationer er vigtige i fastlæggelsen af barnets videre behandlings- og plejebestand. Sygeplejersken noterer dem skriftligt direkte i EPJ, og ved behov orienterer hun tillige lægen mundtligt om dem ved forberedelse af stuegang.<sup>156</sup>

Det forhold, at patientjournalen er elektronisk, gør det teknisk muligt for læger og sygeplejersker at søge på og trække specifikke notater frem på en overskuelig vis, så at den enkelte læge har et bedre overblik over behandlingsforløbet. Da EPJ, fordi den er elektronisk, kan benyttes af flere medarbejdere på én gang, er der mulighed for, at flere medarbejdere på én gang vil få et bedre overblik over patientens behandlingsforløb, hvorfor det også er lettere for medarbejderne hurtigt og effektivt at kommunikere omkring og koordinere behandlingsforløbet. EPJ gøre det muligt for både læger og sygeplejersker at notere i EPJ umiddelbart efter deres gjorte observationer. Det øger muligheden for, at der kontinuerligt vil være helt opdaterede oplysninger omkring patientens behandlings- og plejeforløb, hvilket sikrer det bedst mulige videre behandlings- og plejeforløb.

Endelig undgår man potentielt en lang række fejl i patientbehandlingen, specielt i forbindelse med medicinering,<sup>157</sup> hvor det potentielt er teknisk muligt at programmere EPJ med automatiske ”advarselslamper”, der ved fejlmedicinering vil gøre det umuligt at udføre handlingen i EPJ.

Kort sagt, fordi EPJ er elektronisk, vil data altid være tilgængelige for lægen og sygeplejersken. Derudover kan lægen foretage en helhedsvurdering af patienten som grundlag for sine behandlingsmæssige dispositioner i forbindelse med fastlæggelse af patientens fremtidige behandlingsplan. Det kan han gøre, fordi EPJ er tværfaglig, og han dermed har direkte adgang til sygeplejerskernes plejemæssige observationer. Med EPJ er både læge- og sygeplejenotaterne standardiserede, hvor notaterne er strukturerede, korte og præcise ud fra en problemorienteret struktur, hvilket øger kvaliteten af de enkelte læge- og sygeplejenotater. Lægernes og sygeplejerskernes observationer dokumenteres i EPJ med det samme efter observationen, hvorfor informationerne ikke bortkommer, og de vil være lette at finde. Den tværfaglige, elektroniske, standardiserede og problemorienterede dokumentationspraksis i EPJ skaber en overskuelig og let tilgængelig datapræsentation, og dermed et godt overblik over det samlede patientforløb. Det skaber de bedste betingelser

---

<sup>156</sup> Ibid., s. 39.

<sup>157</sup> Jeg har valgt ikke at behandle arbejdsgangen omkring medicinering i EPJ af to grunde, 1) fordi arbejdsgangen ikke har direkte relevans i forhold til min problemstilling, da det ved lov står skrevet, at det stadig kun er lægerne, der må ordinere medicin, og 2) af den helt praktiske grund, at man stadig ikke har fået et medicinmodul implementeret i Børneafdelingens EPJ. Men jeg er bevidst om, at et stort problem med den papirbaserede arbejdsgang omkring medicinering er, at papirjournalen og medicinskemaet ofte ikke er tilgængelige for lægen, hvorfor denne ikke kan orientere sig i papirjournalens løsark om diverse undersøgelsesvar. Derudover foretager lægen ordinationen på diktafon, med stor risiko for fejl i forbindelse med lægesekretærens transskribering fra bånd til journal. Sådanne fejl kan opstå som følge af dårlig lyd kvalitet på lægens bånd, decimalfejl ved lægesekretærens overskrivning til journal, hvor medicin ordineres i mængde, mg, ml, mikrog/kg legemsvægt/døgn.

for lægernes og sygeplejerskernes videre undersøgelse, behandling og pleje af patienten, også fordi det med EPJ bliver relativt lettere end med papirjournalen at se det, der mangler at blive gjort ved patienten for at sikre denne et optimalt patientforløb. Det er alt sammen aspekter, der skaber en større patientsikkerhed.

I forhold til arbejdsgangen behandling og pleje konstitueres der en tværfaglig samarbejdsrelation mellem lægen (subjekt) og sygeplejersken (subjekt) omkring papirjournalen (objekt) og kardex (objekt). Den tværfaglige samarbejdsrelation mellem lægen og sygeplejersken etableres siden med EPJ, men det synes ikke at være EPJ-teknologien i sig selv, der skaber ændringer i den tværfaglige samarbejdsrelation, da det med EPJ stadig er lægerne, der skriver om patientens behandling, og sygeplejersken, der skriver om de plejemæssige forhold.

Den radikale ændring i samarbejdsrelationen mellem de to fagligheder knytter sig til 1) den ledelsesstrategiske beslutning om at gøre EPJ tværfaglig, hvor papirjournalen var "lægens journal". Med andre ord synes den sygeplejerrelaterede faglighed at blive opgraderet i forhold til tidligere på bekostning af lægernes monopol på at skrive i patientjournalen (denne problemstilling vender jeg tilbage til senere i fortællingen i forbindelse med min analyse af afdelingsledelsens udsagn), 2) det forhold, at afdelingsledelsen ved implementeringen af EPJ i Børneafdelingen besluttede sig for, at lægerne fremover selv skal skrive deres notater i EPJ frem for som tidligere at aflevere bånd eller kladder til sekretæren. Denne ændring af lægernes arbejdsgang omkring journalskrivning har EPJ katalyseret, fordi den netop er elektronisk og derfor let tilgængelig, da læger og sygeplejersker kan få adgang til den flere steder fra. Det, at lægerne med EPJ selv skal skrive, er en politisk ledelsesstrategisk beslutning og skyldtes ikke alene overgangen fra papir til computer. Beslutningen synes at være et resultat af, at man herved undgår transskriptionsfejlene (jf. beskrivelse ovenfor), for i stedet at få mere kortfattede, strukturerede og præcise notater. Dette skyldes, at lægernes skriftsprog er mere kortfattet, når de selv skal skrive, end deres talesprog i en diktafon. Samtidig skal det ses ud fra en betragtning om, at når nu patientjournalen altid vil være tilgængelig, vil faggrupperne have en større motivation for at arbejde i den. EPJ's store tilgængelighed kan tillige ses som en forklaring på, hvorfor afdelingsledelsen i forbindelse med implementeringen af EPJ besluttede sig for, at patientjournalen skulle være tværfaglig. Afdelingsledelsen ønskede at udnytte det aspekt, at patientjournalen, efter at den var blevet elektronisk, var hurtig og let tilgængelig at få adgang til. Det betød, at man får muligheden for at samle alle oplysninger omkring patientens patientforløb ét sted, hvilket giver lægerne og sygeplejerskerne det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger omkring undersøgelser, behandlinger og pleje. Det giver patienten en større sikkerhed. Med EPJ produceres der et rum for lægen, hvor han selv kan skrive sine notater direkte ind i EPJ på en effektiv og kvalitativ måde, ved at lægens notater i EPJ bliver standardiserede, strukturerede, kortfattede og præcise. Risikoen for transskriptionsfejl mindskes, og lægen bliver mindre afhængig af lægesekretæren, da det ikke længere er denne, der skal transskribere lægens notater fra bånd til journal. Med EPJ som program for ledelse skabes der tillige et rum for lægen, hvor han gennem selvledelse vil kunne vælge at støtte sig til de standardplaner i forhold til diagnose og behandling, der forefindes i EPJ. EPJ har produceret lægen på forskellige måder i forbindelse med hans notatskrivning og notatlæsning i EPJ, hvor det vil kunne diskuteres, hvilke positive som negative implikationer dette har på lægens selvopfattelse og identitetsdannelse. På den ene side synes EPJ som program for ledelse i relationen med lægen, og dennes relation til patient og pårørende, at have produceret en faglig kompetent og effektiv læge, fordi han med de let tilgængelige, standardiserede, strukturerede, kortfattede og præcise notater hurtigt vil

kunne danne sig et godt overblik over patientforløbet, hvilket er de bedste forudsætninger for lægen til at træffe de rigtige beslutninger omkring den videre behandling af patienten. EPJ som program for ledelse vil gennem det gode overblik over patientforløbet, den muliggør, give lægen en tryghed i dagligdagen, fordi der med de let tilgængelige data og muligheden for, at lægen danner sig et godt overblik over patientforløbet, vil være stor sandsynlighed for, at lægen træffer de korrekte beslutninger omkring diagnosticering og behandling. Lægen vil på den baggrund komme til at fremstå som fagligt kompetent og effektiv i patienten og dennes pårørendes øjne. EPJ har produceret en faglig kompetent og effektiv læge, der gennem sine handlinger i EPJ leder sig selv til at danne sig et hurtigt overblik over patienten, samtidig med at lægen leder sig selv til på en hurtig og effektiv måde at kunne stille den korrekte diagnose i forhold til, hvad patienten fejler. Relationen mellem EPJ'en og lægen producerer et potentielt mulighedsrum for lægen, for at han gennem en reflektiv praksis og handlinger i EPJ vil produceres som en faglig kompetent og effektiv læge, fordi han på en hurtig måde er i stand til at stille korrekte diagnoser. Det vil virke styrkende på lægens selvopfattelse og identitetsdannelse. Omvendt kan der argumenteres for, at EPJ i relationen med lægen i forbindelse med journalskrivning har skabt en negativ effekt i form af en mere travl læge, fordi denne nu skal til at skrive sine egne notater selv. Det, at han skal skrive sine egne notater selv, kan af den enkelte læge føles som en devaluering af lægens position i afdelingen, fordi han måske vil sidde med følelsen af, at det er u hensigtsmæssigt, at han, der i forvejen har for lidt tid til patienterne, nu også skal sidde som "verdens dyreste sekretær" og udføre sekretærarbejde. En anden negativ effekt, som den nye subjekt-objektrelation mellem EPJ og læge har skabt blandt nogle af de adspurgte læger i Børneafdelingen, er, at EPJ gennem sine mange standarder fratager dennes frie mulighed for på baggrund af et frit lægeligt skøn frit at skrive omkring vurderinger og behandlingsplaner i EPJ. På den måde kan der argumenteres for, at EPJ som program for ledelse har skabt et ringere mulighedsrum for, at han på baggrund af sine vurderinger af patienten selv kan foretage et skøn over, hvad patienten fejler. EPJ har produceret en læge, der har ringere betingelser for at vurdere den enkelte patient for på den baggrund i skrift at udtrykke sine egne vurderinger omkring patienten i sit eget sprog. Lægen vil føle sig overvåget og umyndiggjort i forbindelse med notatskrivning i EPJ, fordi han skal skrive omkring diagnoser, undersøgelser og behandlingsplaner efter bestemte forskrifter, nemlig efter de forskrifter, diagnoselister og behandlingsplanerne i EPJ foreskriver. EPJ som program for ledelse har produceret en læge, der føler, at der ikke er tillid til hans vurderinger i forbindelse med dokumentation af notater i EPJ, fordi EPJ disciplinerer ham til at skrive notaterne efter en fastlagt standardiseret, struktureret, kortfattet og præcis skabelon. Det vil have en negativ effekt på lægens selvopfattelse og identitetsdannelse.

(Sygeplejerske 5): Sygeplejersken giver udtryk for, at lægen og sygeplejersken efter stuegangen i fællesskab dokumenterer, hvilke behandlingsplaner lægen har lagt, herunder medicinordinationer og bestilling af diverse undersøgelser i EPJ. Sygeplejersken koordinerer de ting, der er blevet aftalt med lægen under stuegangen, det kan være forskellige ordinationer, at få sat aftaler i stand med andre faggrupper, der skal tilse barnet, eksempelvis terapeuter, skolelærere, psykologer eller socialrådgivere. Det er primært lægen, der sidder ved tastaturet og skriver, hvor så sygeplejersken kommer med sine kommentarer og tilføjelser. Efter stuegangen finder der en dialog sted mellem lægen og sygeplejersken omkring dokumentationen i EPJ.

*"Vi sidder tit sammen om skærmen efter stuegangen, hvor lægen skriver sit notat, og så sidder man selvfølgelig lige og ser, hvad der så bliver skrevet af*

*ordinationer. Og nogle gange, der kan lægen da godt spørge, var det ikke sådan, men jeg synes ikke, man forfatter det sammen. Det er lægen, der skriver sit notat, sådan opfatter jeg det primært, og så sidder man så der og supplerer lidt med "hvad var det så temperaturen var?" I den dur synes jeg mest det er faktisk, det er min opfattelse."*

Sygeplejersken fortæller, at grunden til, at lægen med det samme orienterer sygeplejersken mundtligt omkring sine beslutninger vedrørende barnets behandlingsplan, er, at sygeplejersken umiddelbart efter stuegangen vil kunne foretage de nødvendige aktiviteter som eksempelvis rekvireringer af Å-blodprøver, ordinerer af urindyrkninger eller blodprøver. Når sygeplejersken har udført disse aktiviteter, dokumenterer hun for dem i EPJ i standardiserede og fortrykte afkrydsningsskemaer i relation til lægens ordinationsark. Det betyder ifølge sygeplejersken, at der i EPJ skabes en eksplicit sammenhæng imellem lægens beslutninger omkring ordinationer m.m. og sygeplejerskens udførelse af disse beslutninger. Gennem sygeplejerskens dokumentation i afkrydsningsskemaerne kan lægen efterfølgende konstatere, at hans tidligere beslutninger omkring patientens behandlingsplan er blevet gennemført. Sideløbende med lægens og sygeplejerskens dokumentation i forbindelse med stuegangen foretager sygeplejersken løbende gennem vagten dokumentation i sygeplejenotater af observationer og vurderinger i forbindelse med plejemæssige forhold omkring patienten.

(Sygeplejerske 4): En sygeplejerske kommenterer i forlængelse af ovenstående på, hvad den tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ har betydet for det daglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Sygeplejersken tager afsæt i den situation, hvor lægen og sygeplejersken sammen sidder foran EPJ for at udarbejde et stuegangsnotat, hvor hun giver udtryk for, at det i dag i langt højere grad end tidligere er både lægerne og sygeplejerskerne, der skriver i fællesnotatet. Sygeplejersken indrømmer, at det ikke har været en let overgang fra, at det kun var lægerne, der skrev i journalen, mens sygeplejerskerne skrev i kardex. Tidligere overleverede sygeplejerskerne de notater, de havde skrevet i kardex, mundtligt til lægerne, der efterfølgende dikterede sygeplejerskernes overleveringer ind på bånd, for at de igen kunne blive afleveret til lægesekretærene, der så ville skrive dem ind i patientjournalen. En arbejdsproces, der omfattede tre faggrupper, hvor risikoen for fejl på grund af de mundtlige overleveringer var relativ stor som følge af, "at man havde hørt forkert", man havde misforstået eller fejltolket afsenderens budskab. Denne fejlkilde er der med EPJ kompenseret for, idet sygeplejerskerne nu noterer deres værdiobservationer i journalens kontinuationsark, samme sted som lægerne gør deres notater.

Sygeplejersken mener, at det i højere grad end tidligere disponerer lægerne og sygeplejerskerne til at samarbejde på en måde, hvor samarbejdet tager sit udgangspunkt i EPJ. Lægerne skal i dag ikke blot skrive i journalen, de skal også læse sygeplejerskernes notater, for at de ikke gentager noget af det, sygeplejerskerne har skrevet i deres egne notater, så at dobbeltdokumentation undgås. Sygeplejersken fortæller, at tidligere læste lægerne ikke sygeplejerskernes notater i nær samme omfang, fordi der har været en dokumentationskultur blandt sygeplejerskerne, hvor man har forfattet sig side op og side ned i "prosa-romaner". Med den tværfaglige og standardiserede EPJ forsøger sygeplejerskerne i stigende grad at forfatte notaterne mere kort og præcist ud fra diverse sygeplejeinstrukser. Sygeplejersken:

*”Personligt gider jeg ikke sidde og læse personlige og store romaner fra hver vagt. Jeg vil kort og præcis have at vide, hvad det her handler om.”*

Sygeplejersken mener ikke, at den øgede skriftlige kommunikation med den tværfaglige EPJ har gjort den mundtlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker mindre. Kommunikationen er bare blevet mere kortfattet og præcis, men det er de samme ting omkring patienten, der kommunikerer om, som tidligere.

Der har ifølge sygeplejersken været nogle problemer i forhold til den tværfaglige dokumentation i EPJ i forhold til de nyuddannede sygeplejerskers sprog og begrebsanvendelse, fordi de nyuddannede sygeplejersker ikke har den store erfaring med at observere og vurdere børn og derfor kommer til at skrive noget i journalen omkring observationer e.l., som måske ikke er korrekt. Det kan fx være nogle pletter på børnenes hud, som man kalder petækier, som er et andet ord for hudblødning, en meget alvorlig sygdom for børn. Så hvis en sygeplejerske skriver, at hun har observeret petækier på et barn, og ikke tilkalder en læge, så har man problemet.

Et andet eksempel, der illustrerer problemet med sygeplejerskernes sprog og begrebsanvendelse i den tværfaglige EPJ, er, at sygeplejersker nu kan begynde at udtale sig om aspekter omkring diagnosticering, som tidligere var forbeholdt lægerne at udtale sig om. Eksempelvis har der været et tilfælde, hvor en sygeplejerske har skrevet, at et barn er nakke/ryggstiv. Sygeplejerskerne og lægerne bruger med andre ord de samme begreber, da det er de samme søgeord i EPJ, de har at gå ud fra, men problemet opstår i de tilfælde, hvor sygeplejerskerne ikke ved, hvad de enkelte ord og begrebssammenhænge dækker over.

I forbindelse med indlæggelse på afdelingen i situationer, hvor der er travlt på afdelingen, og lægen derfor ikke har mulighed for at være til stede i øjeblikket, hvor patienten modtages, peger sygeplejersken på, at det ikke er en usædvanlig situation, at hun påbegynder indlæggelsesnotatet ved at beskrive forhold omkring patienten, som denne har det ”lige nu og her”, og når så lægen tilser patienten første gang måske to timer efter, skriver han det endelige indlæggelsesnotat, da det juridisk er en betingelse, at lægen godkender alle notater i journalen. Er der derimod ikke travlt på afdelingen, tilser læge og sygeplejerske patienten samtidigt og udarbejder et fællesnotat.

Efter stuegang går lægen og sygeplejersken sammen tilbage til lægens kontor, hvor de sammen får skrevet stuegangsnotatet i EPJ. Herved sikres tillige med EPJ et tværfagligt samarbejde mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med stuegang, hvor de fagligt vil kunne supplere hinanden under udarbejdelse af stuegangsnotatet. Sådan var det ikke under stuegang med den papirbaserede patientjournal, da lægen her på egen hånd dikterede til bånd. Den relativt længere tid, der nu går fra lægens og sygeplejerskens observationer under stuegangen, til de noteres i EPJ på overlægens kontor, mener overlægen ikke har negativ betydning for kvaliteten af notatet, da der kun vil være tale om nogle få minutter imellem observationer og notatskrivning, samtidig med at lægen i tilfælde af mere komplicerede patienter, hvor der er flere forhold, der skal huskes, tillige kan støtte sig til sygeplejersken under udfærdigelse af notatet. I tilfælde af et barn, der primært har plejemæssige problemstillinger, giver overlægen udtryk for, at det sagtens kan være sygeplejersken, der sidder ved EPJ og skriver, men har notatet behandlingsmæssig karakter, er det ham selv, der skriver.

EPJ åbner muligheden for en mundtlig kommunikation mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med udfærdigelse af stuegangsnottatet, hvor de gensidigt kan udnytte hinandens faglige kompetencer for på den måde at få flere aspekter med omkring problemstillingerne, der knytter sig til patienten. Herved har de alle muligheder for sammen at producere et mere nuanceret og dermed et relativt bedre notat. Overlægen peger på, at selv om der fagligt kommer flere nuancer med i notaterne, så synes de i dag at være relativt kortere og nemmere at overskue, hvilket skyldes, at de er mere strukturerede og præcise end de diktater, der blev givet til diktafon i den papirbaserede journal. Overlægen giver udtryk for, at årsagen til, at notaterne med skriften er blevet kortere, mere strukturerede og præcise, samtidig med at det i hvert fald ikke tager længere tid at udfærdige dem, end det gjorde at udfærdige et diktat til bånd, er, fordi det er en helt anden proces at skrive end at tale, for når du sidder og skriver, så kan du sige:

*”Nej, jeg vil egentlig godt have føjet noget ind der, og nu skal jeg lige huske det der, hvorimod når man taler, så bliver det talesprog, og nogle gange så kommer man i tanker om noget, som man gerne lige vil føje ind, og så er man kommet langt ned i teksten, og enten springer man det over, eller også skal man til at diktere det om. Altså, det bliver langt langt mere usikkert (med talesprog og diktafon).”*

(Lægelig områdeleder 1): Overlægen tror ikke, at det er selve det forhold, at lægen selv bliver sat til at skrive, der gør notaterne kortere. Der er så megen faglig stolthed forbundet med det at være læge – det gælder for ham selv, men også for mange af hans kollegaer – og man ved, at mange af ens lægekollegaer kommer til at læse ens notater, så selv om man som læge ikke er lige så hurtig til at skrive notater som lægesekretærene, så er det ikke, fordi lægerne prøver at ”springe over hvor gærdet er lavest” ved at sjuske eller undlade aspekter omkring patienten i notatet. Overlægen mener, at det ligger i de respektive teksters natur; tager man en talt tekst, vil den være længere end den skrevne, selv om det faglige indhold er det samme, simpelthen fordi der i den talte tekst er mange fyldord og fraser, som der ikke er i den skrevne tekst, fordi skriveprocessen er mere præcis end dikteringsprocessen. Til trods for at notaterne, med skriften, er blevet mere præcise og nuancerede, mener overlægen ikke, at det er mere tidskrævende for lægerne at skrive end at diktere til bånd, hvilket han begrundende illustrerer med et eksempel, han har oplevet i afdelingen, hvor en lægekollega skulle gøre notat omkring en patient.

*Det var en læge, der havde været inde hos en meget problematisk patient og sagde, nej, jeg orker ikke at skrive det, jeg dikterer, og så sad hun og dikterede, og nej, det skulle lige formuleres om, og lidt frem og tilbage, og op og ned, og det var samtidig med, at vi havde tidsobservationer i afdelingen. Det tog lægen 28 minutter, man kunne have skrevet meget på 28 minutter, så jeg tror faktisk ikke, det tager længere tid.”*

Mere nuancerede lægenotater som følge af skriften som teknologi er et forhold, der på meget god vis honorerer de krav, der stilles til afdelingerne omkring dokumentation i forhold til akkrediteringsstandarderne. Det taler for, at lægerne med den mere nuancerede dokumentationspraksis i EPJ har et større og mere præcist informationsgrundlag, de kan lægge til grund for deres beslutninger omkring undersøgelser og behandlinger af deres patienter.

(Sygeplejerske 6): En sygeplejerske giver udtryk for, at hun efter implementeringen af EPJ er begyndt at skrive mere nuancerede notater, som er mere kortfattede, strukturerede og præcise. Sygeplejersken peger samtidig på, at hun skriver mindre, end hun gjorde, da hun dokumenterede i kardex. Det er blevet mere effektivt med dokumentationen i EPJ, også fordi der ikke er nær så meget dobbeltdokumentation, hvor de samme data dokumenteres mere end én gang.

*Jeg synes faktisk i forhold til, når jeg tænker på, hvor meget tid jeg brugte på at skrive kardex, så synes jeg, at jeg laver mindre her. Altså, det er mere effektivt, fordi mange ting står der, hvor der er mange dobbeltnotater, når man ikke har samme journaler. Det kan godt være, der er lidt dobbeltnotater her (med EPJ) indimellem, men slet ikke i forhold til, hvad der var før. I vores sygeplejekardex sad vi jo og skrev behandlingsplanen af fra lægejournalen, således at den næste sygeplejerske ikke behøvede journalen, fordi kardex altid var på afdelingen (i modsætning til lægejournalen)."*

Sygeplejersken oplevede ofte, at papirjournalen ikke var tilgængelig på afdelingen, fordi den var med patienten uden for afdelingen, eksempelvis til undersøgelse, operation e.l. Samtidig synes hun, at dokumentationen i EPJ er mere overskuelig at læse, dels fordi dokumentationen er elektronisk og ikke med håndskrift som i kardex, dels fordi man som sygeplejerske er tvunget til at dokumentere mere struktureret og kortfattet i en mere "juridisk holdbar" sprogbrug end tidligere i kardex. Sygeplejersken giver udtryk for, at sygeplejerskerne med EPJ er blevet mere bevidste om indholdet af deres dokumentation.

*"Kardex blev jo sjældent set, og vi kunne jo skrive rigtig mange ting i kardex, hvor vi nok skrev lidt mere lige ud af posen, så det var forståeligt for alle, hvad det her egentlig handlede om, og som man måske ville omformulere lidt, eller moderere lidt. Det skulle jeg vænne mig til."*

(Lægelig områdeleder 2): I forlængelse heraf mener overlægen, at EPJ vil være en hel nødvendig teknologi, hvis man vil sikre sig en sammenhæng mellem dokumentationen i forhold til akkrediteringsstandarderne og arbejdspraksis, eller i forhold til dokumentationen af kerneydelserne behandling og pleje på hospitalet, hvor det vil være nødvendigt, at man automatiserer de procedurer, der er i akkrediteringsstandarderne, så de kan gøres praktisk anvendelige i et patientforløb. Eksempelvis ved, at det ikke skal være muligt at indlægge en patient, uden at man har spurgt denne omkring eventuelle allergier. På den måde vil EPJ, gennem diverse hjælpefunktioner og elektroniske instrukser, kunne tvinge personalet til at udføre bestemte arbejdsgange, hvilket formentligt vil sikre et kvalitetsløft i patientbehandlingen, samtidig med at afdelingsledelsen sikrer sig en mere ensartet behandling inden for de forskellige patientforløb. Det forudsætter, at instrukserne og de forskellige guidelines og hjælpefunktioner er opdaterede. Overlægen mener, at det egentlige problem med EPJ, som den i dag fungerer i Børneafdelingen, er problemet i forhold til den manglende overskuelighed og dermed det manglende overblik over de respektive patientforløb. Det beror på, som overlægen udtrykker det:

*"Det der kulturmøde mellem læger og sygeplejersker."*

Men det er et problem, overlægen mener opvejes af, at journalen i dag altid er tilgængelig. Det betyder, at overlægen altid vil kunne sidde ved sit skrivebord, eller ved nærmeste computer i afdelingen, og orientere sig i journalen, eksempelvis i tilfælde af pludselige



telefonopkald fra familier eller andre udefra. Samtidig er det med hjælpefunktionen ”brev” i EPJ meget nemmere nu at skrive breve til forældre, end det var tidligere, hvor denne arbejdsgang typisk gik igennem lægesekretæren, der skulle renskrive, finde konvolut og frimærke m.m. Nu er det et tryk på ”send brev” i mailsystemet. Overlægen begrundet det, at sekretærerne som gruppe er på vej ud, med det aspekt, at ledelsen i Børneafdelingen sidste år af hospitalsdirektionen fik pålagt en besparelse på 1.2 millioner kroner. Denne besparelse mente man i Børneafdelingen, at man efter indførelsen af EPJ ville kunne lægge på sekretærgruppen, fordi en større del af sekretærernes arbejde naturligt ville overgå til lægerne og sygeplejerskerne. En forudsigtelse, der har vist sig at holde stik, hvorfor der er blevet færre sekretærer i Børneafdelingen. Det, at der er blevet færre sekretærer, betegner overlægen som lidt af et kulturskifte, fordi de fungerede som en slags ”blæksprutte” i afdelingen, der klarede alle de praktiske ting, som eksempelvis ud fra forskellige ordinationsark at bestille prøver fra forskellige afdelinger.

Fordi kommunikationen uden EPJ ofte var mundtlig, selv om den også kunne være skriftlig med til tider meget sjusket håndskrift på små gule lapper papir, samtidig med at arbejdstempoet i situationer kunne være højt, var der en ikke ubetydelig risiko for, at der kunne opstå fejl i ordinationerne som følge af fejl i kommunikationen mellem læger, sygeplejersker og sekretærer. Lægen skulle først og fremmest med sig selv i situationen, hvor han besluttede sig for en given ordination, tænke på den ”rigtige” ordination, hvorefter han som oftest ville videreformidle ordinationen til en sygeplejerske, der så enten i håndskrift ville skrive ordinationen ned på en lap papir eller mundtligt overlevere den til sekretæren, hvorefter denne skulle finde ud af at bestille det rigtige. Med papirjournalen havde man ikke en ”direkte linje” mellem læge og bestilling af ordination. Det bevirkede, at der var mange muligheder for at tage fejl, hvorimod styrken ved EPJ er, at lægen i beslutningsøjeblikket kan bestille ordinationen direkte i EPJ. Svagheden, i hvert fald set med lægernes øjne, er til gengæld, at de mister den tradition eller kulturbetingede arbejdspraksis, hvor de havde muligheden for at sige til en sygeplejerske eller en sekretær ”gør det her” eller ”bestil lige det her”. Dette kulturskifte synes at have været vanskeligt for nogle læger at håndtere, fordi det, at de nu selv skal sidde og skrive, føles som en ekstra stor arbejdsbyrde, da skrivningen gør, at lægen føler, at han har mindre tid til patientkontakten.

Med EPJ har lægen altså fået en række ekstra opgaver, som sekretærerne tidligere varetog, samtidigt med at det ikke gennem opgaveglidning er lykkedes for lægerne at komme af med en række opgaver til andre faggrupper, her mest oplagt til sygeplejegruppen. En sådan opgaveglidning har været vanskeliggjort af, at når alt kommer til alt, er det kun lægen, der lovmæssigt har ret til at ordinere.

Samtidig med at Børnemodtagelsen er kendetegnet ved mange akutte situationer, er det ifølge overlægen også kendetegnende for afsnittets patientgrundlag, at ca. 80 % af patienterne udskrives igen efter få timer. Det nødvendiggør et effektivt tværfagligt samarbejde. Derfor har man nu i Børnemodtagelsen valgt en arbejdsform, som er baseret på det, de i Børnemodtagelsen kalder ”et fælles notat”, dvs. et notat, hvor både læger og sygeplejersker skriver. Den ledelsesstrategiske hensigt med indførelsen af fællesnotatet har været at bryde den ikke særlig gunstige arbejdsform, hvor lægerne skriver deres notater, og sygeplejerskerne deres, samtidig med at hverken lægerne eller sygeplejerskerne gensidigt læser hinandens notater.

At dokumentere i ét fælles notat er virkelig hensigtsmæssigt i forhold til de naturlige arbejdsgange i Børnemodtagelsen, hvor det som oftest er sygeplejersken, der modtager og siger ”goddag” til familien med det henviste barn, idet hun i denne forbindelse vil forhøre sig om, ”hvad henvisningen drejer sig om”, ”hvor længe det har stået på”, og omkring ”hvad der er givet af behandling”, og ”hvordan det i øvrigt går” osv.

Når omkostningerne ved al dokumentationen er nævnt, mener overlægen dog, at EPJ er fremtidens arbejdsredskab, men den version, man har i Børneafdelingen, er ikke udviklet på et tilstrækkeligt effektivt niveau.

*”Indtil videre har vi kun set den (EPJ) i en eller anden amputeret, sådan lidt politisk befængt halvinvalid udgave, hvor man mister overblik, og der går tid med det. Der går en eller anden irritation i det, fordi det tvinger os til at arbejde på en ny måde, hvor vi sidder og synes, at vi har et tidsforbrug, som ikke er ’cost-effektivt’, fordi vi sidder og laver noget, som ret beset er spild af tid, fordi vi sidder og bruger krudt på den information, vi skal bruge. Den gemmer sig her måske nok, men den er svær at få øje på, og det tror jeg er et irritationsmoment for ganske mange”.*

Men overlægen er ikke i tvivl om, at EPJ vil være det rigtige medie at dokumentere patientforløbene i, fordi den giver medarbejderne nogle flere frihedsgrader end papirjournalen, hvis bare medarbejderne, og her peger han først og fremmest på sygeplejegruppen, lærer at disciplinere deres dokumentationspraksis og ikke bare sætter signatur og skriver, hvad der måske lige er skrevet i et ovenstående notat, blot for at dokumentere, at man har været på arbejde. Sygeplejerskernes nuværende dokumentationspraksis i EPJ gør det nemlig sværere for lægegruppen at få den samme struktur og sammenhæng i de løbende notater, som man havde i papirjournalen.

*”Det er blevet sværere at få den struktur, som vi hidtil havde som læger, hvor vi kunne gå ind og kigge i hinandens hjerner ved at se, hvad vi har tænkt, og hvad vi har gjort, og hvad for nogle overvejelser er der osv. Den der gennemskuelighed i, hvad det er for en problemstilling, er gået tabt i forhold til en masse masse masse dokumentation.”*

Overlægen mener, at problemerne i samarbejdet mellem læger og sygeplejersker er skabt på baggrund af de to faggruppers forskellige dokumentationspraksis i patientjournalen, som til dels er et produkt af forskellen mellem faggruppernes uddannelsesmæssige baggrund. Lægeuddannelsen er en akademisk uddannelse, der udstyrer lægen med ét bestemt tankesæt og én systematik, der kommer til udtryk i lægens notat og øvrige omgang med journalen, mens sygeplejekulturen har helt fundamentalt andre momenter i sig. Forskellen i lægernes og sygeplejerskernes fagkulturer har ikke været det store problem tidligere, men det bliver det i højere grad i forbindelse med indførelsen af den tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ og den ledelsesstrategiske beslutning om et øget fokus på det tværfaglige samarbejde i Børneafdelingen.

*”På den måde vi mere eller mindre bliver pisket til at skulle arbejde sammen på, bliver det mere og mere åbenlyst, at der er to forskellige verdner. Der er to forskellige måder at se patienten på og to forskellige måder at tænke på, og så vidt jeg kan se det, er der ikke mange tilfælde, hvor der kommer særligt meget ud af det, som er til patientens fordel, andet end, at vi på lægesiden*

*nogle gange kan gøre os lystige over, hvad sygeplejerskerne kan finde på af småtterier i en journal ... ”*

(Lægelig områdeleder 1): En overlæge peger på, at efter at have haft EPJ i nogle måneder var der en ting, der pludselig slog ham vedrørende en, efter hans mening, ganske afgørende kulturforskel mellem læger og sygeplejersker i forbindelse med notatskrivning i patientjournalen. Lægerne skriver meget struktureret og målrettet frem mod en behandlingsplan og en konklusion, og hvis man som læge har været rigtig grundig, anfører man tillige i notatet dato for, i hvor lang tid frem den pågældende plan virker. Sygeplejerskerne, derimod, har en meget mere kortsigtet tidshorisont, idet de helt klart primært skriver til deres afløsere på efterfølgende vagt. Det i sig selv er ikke noget problem, men problemet opstår, når man samlet ser ned over indholdet i både læge- og sygeplejenotaterne, hvor man med de forskellige tidshorisonter vil se mange dobbeltregistreringer i patientjournalen. Eksempelvis har lægen skrevet nogle specifikke data i sin behandlingsplan, der måske er gældende for den næste uge, eller de næste tre dage, og sygeplejerskerne skriver til deres afløsere, og dem er der tre af på et døgn. Så inden ugen eller de tre dage er gået, kan sygeplejerskerne have overleveret den samme specifikke mængde data, som også står i lægens behandlingsplan, mange gange.

Det kunne eksempelvis være fire prikker, der signalerede, at patienten havde ondt i ”prik, prik, prik, prik”, og ud fra det var der jo ikke nogen som helst, der kunne vide, hvor det præcis var, patienten havde ondt, hvorfor man måtte gætte sig til det ud fra sammenhængen. Sådanne gætterier betød, at man med papirjournalen oplevede relativt mange transskriptionsfejl, som man, ifølge overlægen, levede med, fordi ”man” sagde, at sådan var det jo, og hvis lægen i stedet selv skulle sidde og skrive det i hånden, ville det alligevel også blive ulæseligt. De mange transskriptionsfejl betød, at alle kunne indse, at man havde et problem med papirjournalen, men ingen vidste rigtig, hvad man skulle stille op for at løse problemet, før IT og EPJ kom på tale. Transskriptionsfejlene tidligere med papirjournalen, men også med den nuværende EPJ, er resultatet af en indbygget konservatisme inden for lægekulturen og inden for kulturen på en hospitalsafdeling. Den har betydet, at læger, i hvert fald siden diktafonen teknologisk gjorde det muligt for dem at diktere deres notater og ordinationer på bånd, ikke selv har skrevet deres notater i patientjournalen. De har i stedet ordineret og gjort notater til diktafon. Overlægens pointe er, at man ikke slipper for transskriptionsfejlene alene ved at skifte journalteknologi fra papir til skærm, dem slipper man kun af med, eller i hvert fald minimerer væsentligt, hvis man sideløbende med teknologiskiftet træffer en ledelsesmæssig beslutning, der gør op med ovenfor beskrevne konservatisme og pålægger lægerne selv at skrive, for ellers kan man meget velbegrundet, med overlægen, spørge sig selv:

*”Jamen, hvad skal vi så med en EPJ, så er det jo bare strøm til papirjournalen, så man skal jo udvikle den ... ”*

Overlægen mener, at det er noget meget dybtliggende, at man som læge har ”den frie ordinationsret”, en følelse, der måske er stærkest blandt de lidt ældre læger, hvorfor det synes at være et generationsspørgsmål, da mange yngre læger synes at være tilfredse med, at der er fælles retningslinjer for diagnosticering, ordination og behandling. De ældre læger har i højere grad været opdraget til, at man som læge arbejder sig op igennem systemet, hvor man så som ledende overlæge har den frie ordinationsret på afdelingen. Et virkelighedsbillede, der forstyrres af, at man vil indføre en EPJ med fælles retningslinjer, bestemt af andre.

*”... og hvis man så er overlæge, så har man den frie ordinationsret på afdelingen, og så skal de ikke komme og sige, at det kan godt være, at de gør sådan et andet sted, men sådan vil jeg bare ikke her.”*

Overlægen foreslår, at man i forhold til problematikken omkring den forskellige terminologi benytter sig af nogle fælles retningslinjer. De skal netop kun være ment som retningsgivende, hvorfor man i de forskellige afdelinger ikke er tvunget til at bruge dem. De vil så kunne justeres lokalt på afdelingerne, da der vil kunne være forhold, der af bestemte lokale grunde kan retfærdiggøre, at lægerne her gør tingene på en anden måde. Det er meget vigtigt, at man fra centralt hold husker at kalde det for en vejledning, således at det ikke opleves af den enkelte læge, som om dennes frie lægelige skøn frarøves, men at standarderne og retningslinjerne i stedet opfattes som et hjælpeværktøj, man som læge kan konsultere i forbindelse med en given ordination, så man kan få alle aspekter med omkring ordinationen. På den måde kommer instruksen til at virke som en ”frigørende” teknologi, der kan hjælpe lægen i den kreative proces, der ligger bag ved det lægelige skøn, frem for en disciplinerende og kontrollerende teknologi, der hæmmer lægen i frit at foretage sit lægelige skøn.

Overlægen påpeger, at hvis man ikke betoner frivilligheden af at benytte sig af disse retningslinjer over for lægerne, vil retningslinjerne forstyrre lægerne og opleves som ”spændetrøjer”, da lægerne er blevet opdraget til, at man skal tænke kreativt for herigennem at se, hvorvidt brikkerne passer sammen i et helhedsbillede omkring givne ordinationer. Og hvis brikkerne ikke passer sammen, er det lægens opgave at argumentere for, hvorfor han ikke gør, som der står i vejledningen. Overlægen giver udtryk for, at der er læger, der har ”fået en næse” for at følge vejledningen, fordi de har stirret sig blinde på at følge denne. Vejledningerne kan således komme til at virke som en slags sovepude for lægen, hvis denne blot slår automatpiloten til uden selv at tænke. Lægen må fastholde, at alle patienter, på trods af de standardiserede retningslinjer, er unikke tilfælde, der reagerer fysisk som psykisk på deres helt egen og unikke måde i forhold til en given behandling og pleje, hvorfor det ofte kan være nødvendigt for lægen at overveje det hensigtsmæssige i at afvige fra de standardiserede vejledninger. Afviger han fra vejledningerne, skal han blot huske at skrive i patientjournalen, hvorfor han gør det.

*”Det der er jo kernen. Det kommer an på, om EPJ automatisk stiller diagnoser, så kan det blive en sovepude, men hvis det er sådan her, at lægen siger, at det her mener jeg er meningitis (hjernehindebetændelse), så vil det være en klar styrke, at EPJ efterfølgende siger, så skal du gøre sådan, sådan og sådan, men hvis du har skrevet nogle fund ned, og så siger EPJ, jamen, det her er en hjerneblødning, (og lægen så ræsonnerer) jamen, maskinen siger, at det er en hjerneblødning, jamen så må vi hellere behandle det som en hjerneblødning, og så er det en meningitis i stedet for.”*

Overlægen påpeger, at man tidligere med kunstig intelligens har forsøgt sig med computere, der på baggrund af nogle oplysninger skal udregne handlingsanvisninger på baggrund af forskellige alternativer, men at disse forsøg er gået galt hver gang, fordi disse udregninger er meget komplekse, idet de er en blanding af noget faktuel, kombinatorik og noget intuition. Dvs. at man i mange situationer i forbindelse med diagnosticering og behandling som læge står i den situation, hvor man siger, at det kunne minde om diagnose X, men alligevel er der nogle ting i det samlede billede, der ikke passer, hvorfor man må

foretage nogle andre forsøg og dermed afvige fra standardpraksis. Overlægen mener derfor, at det er meget vigtigt, at det er lægen, der først stiller diagnosen, fordi der endnu ikke er nogen former for kunstig intelligens, der kan magte opgaven. Den kunstige intelligens bliver en falsk form for støtte eller en sovepude for lægen. Men når lægen først på egen hånd har stillet diagnosen, kan den kunstige intelligens benyttes til at foreslå forskellige behandlingsalternativer i form af undersøgelser og ordinationer, lægen så kan vælge at afvige fra, hvis han begrundet afvigelsen. Handlingsforslagene fra den kunstige intelligens kan benyttes som en slags huskeliste for både den mere erfarne og især den uerfarne læge.

Benyttes den kunstige intelligens i EPJ på andre måder, forudser overlægen, at EPJ kan få uheldige konsekvenser for lægens beslutninger, idet lægen i forhold til sine patienter står over for to overordnede valgsituationer, vedrørende diagnose og vedrørende behandling. EPJ vil foreslå en eller anden diagnose, og hvis den er programmeret tilstrækkeligt avanceret, vil den også foreslå lægen, hvornår han skal afvige fra standardbehandlingen i forhold til den foreslåede diagnose. Man kommer dog ikke uden om, at lægen på baggrund af sygehistorien alligevel hver gang selv skal tage stilling til, om der for den givne patients vedkommende er noget, der gør, at det er nødvendigt at afvige fra den foreslåede standardbehandling. Lægen vil nok have en tendens til under alle omstændigheder at blive påvirket af de forslag, EPJ stiller, han vil som en slags helgardering, for at være på den sikre side, og for at man ikke senere skal kunne komme efter ham i forhold til hans dispositioner i patientforløbet, lade patienten gennemgå de undersøgelser og prøver, som EPJ stiller, selv om de måske ikke er nødvendige i den givne situation. Risikoen, ud fra såvel et effektivitets- som et kvalitetskriterium, er, at der bliver taget for mange prøver, hvilket betyder, at patientforløbet bliver meget dyrere end nødvendigt. Alternativt kunne man foretage de foreslåede undersøgelser successivt, forstået på den måde, at lægen i første omgang kunne foretage de første fire af foreslåede undersøgelser for at se, om disse giver nye perspektiver, eller om ”brikkerne nu synes at passe” i forhold til en tilstrækkelig stor diagnostisk sikkerhed.

Overlægen peger på, at der findes store kulturforskelle inden for de forskellige behandlingsregimer, afdelinger, og mellem generalisterne og specialisterne, på spørgsmålet om, hvornår der er tale om en tilstrækkelig høj grad af diagnostisk sikkerhed. Specialisterne vil sætte en faglig ære i at have en meget, meget høj grad af diagnostisk sikkerhed, før de foreslår en behandling, hvorimod generalisterne kan affinde sig med en relativt lavere grad af sikkerhed.

*”Jamen, jeg har siddet i nogle arbejdsgrupper, hvor vi skulle finde nogle fælles retningslinjer, men problemet er, at det jo fuldstændig er som at sidde med nogle hanhunde, så skal de alle sammen lige sætte deres lille mærke på det (de fælles retningslinjer) i stedet for at sige, okay, det er fint nok.”*

De fælles retningslinjer i EPJ har stor risiko for at medføre, at der især blandt de yngre læger vil blive taget mange flere prøver, fordi de tænker, at de hellere må være på den sikre side og gøre, som der bliver foreslået i EPJ, samtidig med at både de yngre og de ældre læger ved at gøre, som EPJ foreslår, sparer tid ved ikke at skulle sidde i prosatekst og argumentere for, hvorfor de afviger fra retningslinjerne.

*”Vi havde fx omkring utilsigtede hændelser, der førte vi sådan en logbog før det hele startede (dokumentation og indberetning af utilsigtede hændelser),*

*hvor man bare skrev i, og der gav det en enorm gennemslagskraft, at det var mig, der skrev de to første. Altså nogle ting, som jeg havde lavet utilsigtet, hvor folk så tænkte, at når overlægen kan indrømme sine fejl, så kan vi andre også, så det er der, at ledelsen går frem med det gode eksempel, og hvor personalet intuitivt kan se, at det her er fornuftigt.”*

Den store skepsis blandt lægerne over for den tværfaglige EPJ er en reaktion på den ledelsesstrategiske beslutning, afdelingsledelsen har taget, at det ikke skal være teknisk muligt at sortere i notaterne, så at man eksempelvis som læge kan vælge kun at få vist lægenotater. Reservelægen er for så vidt grundlæggende enig i beslutningen, men giver samtidig udtryk for, at det fordrer en stor disciplin i forbindelse med notatskrivning, for at notaterne ikke bliver for lange og fyldt med unødvendig information. Denne ændring i dokumentationspraksis kalder reservelægen for radikal, fordi det fordrer af den enkelte læge og sygeplejerske, at de dokumenterer ud fra en fastlagt struktur, hvor man ikke længere kan sidde og ”fabulere frit på samme måde som man tidligere kunne”. Det er en maskine, man kommunikerer med, og der er derfor faste rubrikker til bestemte typer af information.

*”Nogle ting skal stå et sted og ikke et andet sted, for hvis man skal kunne finde det senere hen, så er man nødt til at skrive det de steder, hvor det hører hjemme, og vi bliver nødt til at opføre os mere maskinelt, end man er vant til. Det tror jeg er den mest radikale ændring.”*

Kravet om de strukturerede og standardiserede notater i EPJ mener reservelægen kan have den negative effekt, i hvert fald over for lægegruppen, at det kan gå ud over ”lægenes kunstneriske frihed”, idet lægen fratages muligheden for ”at tale frit for leveren”, som han kunne, da han dikterede til bånd i diktafon, og hvor lægesekretæren så efterfølgende transskriberede båndet til papirjournalen.

*”Nu (med EPJ) prøver man ligesom at skære det overflødige væk, der selvfølgelig en gang imellem er et eller andet krydderi på teksten, der får det til at virke interessant at læse. Nu er det sådan mere facts, kolde facts, der bliver skrevet ned.”*

En af de helt store positive effekter med EPJ er journalens tilgængelighed. Derudover synes reservelægen, at notaterne med EPJ har fået en højere kvalitet, fordi de er blevet mere strukturerede, korte og præcise. Endelig er der med EPJ opstået en større effektivisering, da der synes at være en tendens til, at medarbejderne er begyndt at genbruge hinandens notater, så at dobbeltregistreringen er blevet relativt sjældnere, end den var i papirjournalen. En anden positiv effekt med den tværfaglige EPJ, på trods af lægenes irritation over de mange og lange sygeplejenotater, har været, at der er en tendens til, at både læger og sygeplejersker læser hinandens notater relativt mere end med papirjournalen. Det opleves heller ikke, som om den øgede mængde af skriftlig kommunikation mellem læger og sygeplejersker har fundet sted på bekostning af den mundtlige kommunikation, hvor reservelægen har oplevet, at han ofte sidder sammen med en sygeplejerske foran EPJ for at diskutere, og blive enige om, hvad der skal stå i notatet. Det er, som om den fælles skriftlige kommunikation bliver katalysator for en øget mundtlig kommunikation. Der er dog en undtagelse herfor, og det er i forbindelse med stuegangen, hvor det godt kan irritere reservelægen, at det ofte kan være svært at finde den sygeplejerske, han skal gå stuegang med. Dette forhold kan bunde i, at sygeplejersken

prioriterer andre plejemæssige opgaver, fordi hun tænker, at lægen kan læse om hendes observationer og vurderinger i EPJ.

(Diverse læger i kursusstilling): I det hele taget er det i forbindelse med fællesnotatet et problem, at sygeplejerskernes begrebsanvendelse er meget mere uskarp end lægernes, hvilket førstereservelægen illustrerer med et eksempel, hvor sygeplejersken skriver ”tacke pneu”, og hvor det bestemt ikke er givet, at det er ”tacke pneu”, barnet har, måske mener sygeplejersken blot, at barnet trækker vejret hurtigere, end hun synes det skulle. Hvorimod når en læge skriver ”tacke pneu”, så er der en meget større sandsynlighed for, at han har forholdt sig til, hvad den helt nøjagtige respirationsfrekvens er i forhold til alderen, og i forhold til, om barnet er vågent eller sover. Begreberne anvendes meget mere specifikt af lægerne. Førstereservelægen understøttes af endnu en adspurgte reservelæge i sin argumentation om de umiddelbart negative effekter i forhold til den ledelsesstrategiske beslutning om at indføre fællesnotatet i Børneafdelingen. Reservelægen giver udtryk for, at det er meget afgørende, hvilken sygeplejerske du skal skrive fællesnotat med, fordi det ikke er alle sygeplejerskerne, der er lige strukturerede i deres dokumentation. Det betyder, at de kan finde på at dokumentere i felter i EPJ, der er beregnet til den lægefaglige dokumentation i forbindelse med lægens objektive undersøgelse af patienten. Argumentet for at indføre ordningen med fællesnotatet synes at have været, at der kunne spares noget tid med, at der eksempelvis med fællesnotatet ikke længere skal optages to sygehistorier. I det hele taget har det været hensigten med fællesnotatet at undgå dataredundans i EPJ, i form af dobbeltregistreringer. Reservelægen nuancerer dog det billede, hendes lægelige kollegaer synes at tegne af, at lægens overblik over patientjournalen med den tværfaglige dokumentationspraksis er blevet dårligere. Reservelægen giver udtryk for, at overblikket med EPJ er blevet bedre i forhold til, at der er relativt færre dobbeltregistreringer med EPJ, samtidig med at de enkelte læge- og sygeplejerskenotater er strukturerede og standardiserede på samme måde. Dvs. de er bygget ens op, hvorfor det er relativt lettere for reservelægen at danne sig et overblik over tidligere notater omkring, hvad der er foretaget af undersøgelser på patienten, og hvilke undersøgelser der er bestilt.

Omvendt bruger reservelægen relativt længere tid på at dokumentere egne notater, end hun gjorde, da hun dikterede til bånd med papirjournalen, simpelthen fordi hun kunne tale hurtigere, end hun kan skrive. På lidt længere sigt, hvor lægerne har vænnet sig til at skrive, er det hendes forventning, at hun vil bruge kortere tid på at dokumentere, fordi notaterne i EPJ er relativt kortere og mere strukturerede end i papirjournalen. Reservelægen opfatter de mange standarder i EPJ som et støtteværktøj snarere end en kontrol, fordi det giver lægen en sikkerhed for, at hun har husket at dokumentere alt på den korrekte måde, og at hun efterfølgende altid vil kunne gå tilbage i EPJ og påvise, at hun har udført sit arbejde ordentligt. De mange standarder mener hun ikke går ud over hendes mulighed for at foretage ”et frit lægeligt skøn” i forhold til den enkelte unikke patient, fordi der i EPJ er en mulighed for, at man som læge kan afvige fra standarderne, og hvor man i prosatekst kan dokumentere ”frit fra leveren”, hvor man altså ikke bare skal sætte et kryds i et forprogrammeret og standardiseret afkrydsningskema. Gevinsten ved den standardiserede dokumentationspraksis er, at der er relativt større sikkerhed for, hvad der bliver dokumenteret, og der derfor må forventes færre dokumentationsfejl.

*”Det er jo klart en fordel, at det nærmest er skemaagtigt, men der skal helst være rum for, at man kan nuancere det. Journalerne er i hvert fald blevet kortere, end dengang vi dikterede, fordi det er nogle standardforløb, som vi*

*går igennem, og så kan vi tilføje ekstra objektive felter, men det er ligesom sådan et standardskema.”*

Samlet set er det derfor svært for reservelægen at vurdere, om hun bruger mere tid med EPJ, end hun tidligere gjorde med papirjournalen. Samtidig bruger reservelægen mere tid på at rette i sygeplejerskernes kommentarer i fællesnotatet for at sikre, at sproget i notatet er korrekt. Det gør reservelægen, fordi hun er bevidst om, at det er lægen, der har det endelige (juridiske) ansvar for notatet, og det dermed er lægen, der vil blive draget til ansvar, hvis notatet ikke har den nødvendige kvalitet.

*”Der kan godt være nogle misforståelser, der gør, at vi (lægerne) går ind og retter i deres (sygeplejerskernes) sprog i fællesnotaterne, ikke når vi har separate notater, så rører vi ikke deres, men hvis vores navn, eller hvis vi har ansvaret for notatet, så går vi ind og retter... det kan være vigtigt, at du bruger ord rigtigt, eller man bruger de ord, alt efter om man har handlet efter det. Og derfor er det jo vigtigt, at vi lægger samme betydning i ordene.”*

Det er ikke kun lægerne, der på kort sigt synes at bruge længere tid på at dokumentere egne notater i EPJ. Således redegør en sygeplejerske for, at EPJ har bevirket, at hun er blevet meget grundigere med, hvad hun skriver i journalen, fordi det, man nu skriver i journalen, ”bliver stående der til mands minde”, frem for tidligere, hvor ens notater figurerede på nogle papirer, der blev lagt om bag i journalen. Data blev også stående dengang med papirjournalen, medmindre papirerne faldt ud af journalen, men de syntes at være mindre tilgængelige.

(Sygeplejerske 2): Sygeplejersken fremhæver videre, at et af afdelingsledelsens salgsargumenter i forbindelse med indførelsen af EPJ har været, at EPJ er mere effektiv end papirjournalen. Men set i forhold til sygeplejerskens hverdag bruger hun ligesom den adspurgte reservelæge ovenfor, i hvert fald på kort sigt, længere tid på hvert notat. Derfor mener sygeplejersken, at det kan diskuteres, i hvilket omfang EPJ er blevet mere effektiv. Men sygeplejersken giver udtryk for, at EPJ nok vil opleves som værende mere effektiv på lidt længere sigt, hvor medarbejderne bliver mere trænet i at skrive den. Samtidigt synes der med implementeringen af EPJ at være tid at spare for den enkelte medarbejder, når denne skal søge på notater. Denne udviklingstendens antyder sygeplejersken med følgende kommentar:

*”Altså når du spørger mig i dag, så bruger jeg mindre tid, spurgte du mig for tre år siden, så var det så meget mere tid i EPJ, hvilket jeg egentlig synes er naturligt i en introduktionsperiode... Nu sparer jeg tid, synes jeg.”*

Sygeplejersken oplever til gengæld, at lægerne bruger længere tid i EPJ, end de gjorde i papirjournalen, og det hænger, ifølge sygeplejersken, i høj grad sammen med, at lægerne nu skal skrive selv. Det tager tid, hvilket sygeplejersken kan mærke, når hun går stuegang med lægerne, hvor der går længere tid mellem hvert barn på stuegangen. Dette tidsaspekt er, stadig ifølge sygeplejersken, afhængig af, hvilken læge man som sygeplejerske er på stuegang med den pågældende dag. For nogle af de nye læger tager det relativt lang tid at skrive i EPJ, da de lige skal have muligheden for at lære EPJ at kende.

(Læge i kursusstilling): Lægen mener, at det har været en forkert måde, hvorpå afdelingsledelsen har kommunikeret ud til medarbejderne, hvad der har været årsagen til,



at lægerne nu selv skal skrive med EPJ. Lægen peger på, at afdelingsledelsens begrundelse var, at lægerne ved at skrive selv ville lære EPJ bedre at kende. Det blev så pludselig til en permanent ordning, hvilket lægen mener skyldes, at afdelingsledelsen vil spare nogle lægesekretærer. Og det er problematisk for lægerne, fordi de i forvejen har for lidt tid til patienterne, og nu skal de så samtidig sidde og skrive notater, hvilket lægesekretærene kunne gøre meget hurtigere. Lægen har et ambivalent forhold til det at skulle skrive alt selv, for på den ene side mener han, at notaterne bliver en smule bedre formuleret, ved at han selv skriver dem, samtidig med at han ”fanger nogle ting omkring patienten”. Det er aspekter, som han ikke ville få med, hvis han skulle diktere notatet. Derudover læser lægen altid sit notat igennem efter at have skrevet det, hvorved han fanger nogle fejl i notatet, som han så kan rette. Det ville han ikke kunne gøre, hvis han dikterede. På den anden side tager det indiskutabelt længere tid for lægen at skrive selv, hvilket igen skaber mere stress omkring de øvrige arbejdsopgaver og er dermed med til at forringe kvaliteten af arbejdet. Derudover mindsker stressfaktoren den almindelige trivsel som læge i afdelingen.

*”Altså, jo travlere folk har, jo mere bider de ad hinanden, og desto mindre samarbejde. Det hele er en stor ond cirkel. Jo mere man presser citronen, jo lavere kvalitet får man samlet set af det arbejde, der bliver udført. Det tager nemlig tid fra noget andet.”*

(Lægelig områdeleder 3): Overlægen giver udtryk for, at det forstyrrer ham, at han selv skal skrive i EPJ, og det på trods af, at han betragter sig som en habil maskinskriver.

*”Det forstyrrer mig, at jeg skal skrive, og jeg er givetvis én af de tre bedste maskinskrivere blandt lægerne på denne afdeling. Og jeg skriver hurtigere på maskine, end jeg skriver i hånden. Jeg har gået til maskinskrivning, som var de bedste 20 timer, jeg nogensinde har investeret, men alligevel forstyrrer EPJ mig.”*

(Læge i kursusstilling): I forlængelse af ovenstående peger lægen på en positiv effekt ved, at lægerne nu selv skal skrive, nemlig at lægerne er blevet mere selvkørende. De føler, at de løser alle opgaverne selv, da de står alene med patienterne på stuegang, på trods af at man i afdelingen har besluttet, at det skulle være anderledes. Det betyder, at man som læge under stuegangen udfører nogle af de opgaver sygeplejersken ellers skulle have udført, og at man efter stuegangen sidder og udfører sekretærernes tidligere skrivearbejde. På den baggrund mener lægen, at han er blevet meget mere ”allround handyman” som læge.

(Lægelig områdeleder 3): En adspurgt overlæge mener, at det tværfaglige samarbejde imellem læger og sygeplejersker styrkes som følge af den tværfaglige EPJ, fordi sygeplejerskerne nu kan få lettere adgang til lægens notater. Overlægen er godt klar over, at denne udmelding kan provokere fagpolitisk.

*”Jeg er udmærket klar over, at jeg får alle sygeplejerskerne på nakken, inklusive min kone (som er sygeplejerske), men på en eller anden måde er hospitalet altså ikke et plejehjem, det er en behandlingsinstitution, og det er faktisk det lægelige arbejde, der efterspørges, og det er det lægelige arbejde patienterne kommer for, ellers kunne de komme på et plejehjem. Og derfor er sygeplejerskernes notater i den store sammenhæng ikke så vigtige. Der ville det være særdeles udmærket, hvis sygeplejerskernes notater indgik i en eller anden lægelig vurdering, som ville kunne vurdere, hvad der egentlig er*

*vigtigt at få med, for ikke at få en hel masse oplysninger ind, der vil forstyrre overblikket.”*

### **Opsamlende diskussion på afsnit 3**

I umiddelbar forlængelse af stuegangen dokumenterer lægen og sygeplejersken i fællesskab i EPJ, hvilke behandlingsplaner lægen har lagt. Derudover dokumenterer lægen og sygeplejersken lægens medicinordinationer og lægens eventuelle bestilling af diverse undersøgelser i EPJ. På baggrund af, hvad lægen og sygeplejersken har dokumenteret i EPJ, koordinerer sygeplejersken efterfølgende de ting, der er blevet aftalt mellem dem under stuegangen. Det kan være forskellige ordinationer, at få sat aftaler i stand med andre faggrupper, der skal tilse barnet, eksempelvis terapeuter, skolelærere, psykologer eller socialrådgivere. Ved udarbejdelsen af stuegangsnotatet er det primært lægen, der sidder ved tastaturet og skriver, hvor så sygeplejersken kommer med sine kommentarer og tilføjelser. Efter stuegangen i forbindelse med udarbejdelsen af det skriftlige stuegangsnotat finder der tillige en mundtlig dialog sted mellem lægen og sygeplejersken omkring patientforløbet. Hovedreglen synes at være, at det er lægen, der er den skrivende, og sygeplejersken, der supplerer med mundtlige tilføjelser, men omvendt er der sygeplejersker, der har givet udtryk for, at både lægerne og sygeplejerskerne i dag i langt højere grad end tidligere skriver i fællesnotatet. Overgangen til i højere grad at skrive fællesnotater i EPJ har ikke været problemfrit, men den ledelsesmæssige hensigt med fællesnotatet har været at undgå den megen dobbeltregistrering, hvor især lægerne har givet udtryk for, at de har mistet overblikket, fordi sygeplejerskernes notater nu tillige figurerer i kontinuationsarket. Derudover synes hensigten med fællesnotatet at have været et ønske om at undgå den tidligere tredelte arbejdsproces i forbindelse med sygeplejerskernes dokumentation. Tidligere overleverede sygeplejerskerne de notater, de havde skrevet i kardex mundtligt til lægerne, der efterfølgende dikterede sygeplejerskernes overleveringer ind på bånd, for at de igen kunne blive afleveret til lægesekretærene, der så ville skrive dem ind i patientjournalen. En arbejdsproces, der omfattede tre faggrupper, hvor risikoen for fejl i forbindelse med udarbejdelse af notatet var relativ stor, fordi der kunne opstå fejl som følge af, ”at man havde hørt forkert”, man havde misforstået eller fejltolket afsenderens budskab. Denne fejlkilde er der med EPJ kompenseret for, idet sygeplejerskerne nu noterer deres værdiobservationer i journalens kontinuationsark, samme sted som lægernes gør deres notater.

Med EPJ disponeres lægerne og sygeplejerskerne til at samarbejde på en måde, hvor samarbejdet tager sit udgangspunkt i EPJ. For at undgå dobbeltregistrering og dataredundans synes der at være en tendens til, at lægerne med EPJ i højere grad end tidligere er begyndt at læse sygeplejerskernes notater, for ikke at gentage det sygeplejerskerne har skrevet i deres egne notater. Tidligere læste lægerne ikke sygeplejerskernes notater i nær samme omfang, fordi kardex var utilgængelig for lægerne, og fordi der har været en dokumentationskultur blandt sygeplejerskerne, hvor de har forfattet sig side op og side ned i ”prosa-romaner”. Med den tværfaglige og standardiserede EPJ forsøger sygeplejerskerne i stigende grad at forfatte notaterne kortere og mere præcist ud fra diverse sygeplejeinstrukser og sygeplejeklassifikationssystemet.

Både læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at det har været et problem med sygeplejerskernes sprog og begrebsanvendelse i den tværfaglige EPJ. Problemet opstår som følge af, at sygeplejersker i EPJ er begyndt at dokumentere traditionelt medicinsk

lægevidenskabelige aspekter omkring diagnosticering og behandling i en upræcis og i sammenhængen ukorrekt måde. Sygeplejerskerne benytter sig med andre ord af de samme begreber og samme terminologi som lægerne uden at vide, hvad de enkelte ord og begrebssammenhænge dækker over.

EPJ åbner muligheden for en mundtlig kommunikation mellem læge og sygeplejerske i forbindelse med udfærdigelse af stuegangsnotatet, hvor de gensidigt kan udnytte hinandens faglige kompetencer for på den måde at få flere aspekter med omkring problemstillingerne knyttende sig til patienten, hvorved de sammen har alle muligheder for at producere et mere nuanceret og dermed et relativt bedre notat. Tendensen synes at være, at på trods af, at der kommer fagligt flere nuancer med i notaterne, så synes notaterne i dag at være relativt kortere og nemmere at overskue. Det skyldes, at notaterne er mere strukturerede og præcise end lægens tidligere mundtlige diktater. Der synes ikke at kunne udledes nogen entydig tendens, men adspurgte læger har givet udtryk for, at grunden til, at notaterne er blevet kortere og mere strukturerede end tidligere, er, at skriveprocessen er mere præcis end den verbale dokumentationsproces. Sproget flyder lettere, når det bliver talt, end når det bliver skrevet, den talte tekst har en tendens til at blive længere end den skrevne, selv om det faglige indhold er det samme, fordi der i den talte tekst er mange fyldord, som der ikke er i den skrevne tekst.

Igen kan der ikke siges noget entydigt, men de adspurgte sygeplejersker har givet udtryk for, at de med EPJ er begyndt at skrive mere nuancerede notater, som samtidig er mere kortfattede, strukturerede og præcise. Sygeplejerskerne synes også at give udtryk for, at deres dokumentation er blevet bedre og mere effektiv, fordi der ikke er nær så meget dobbeltdokumentation, som tilfældet var, da de dokumenterede i kardex. Derudover har sygeplejersker givet udtryk for, at deres dokumentation er blevet mere overskuelig at læse, dels fordi dokumentationen er elektronisk og ikke med håndskrift, dels fordi de nu er tvunget til at dokumentere mere struktureret og kortfattet i en mere ”juridisk holdbar” sprogbrug end tidligere i kardex. Sygeplejerskerne er med andre ord blevet mere bevidste om indholdet af deres dokumentation. Dette synes dog at blive modsagt af en del af de adspurgte læger, der ser sygeplejerskernes mange gentagende notater i kontinuationsarket som et stort problem. De har givet udtryk for, at en forudsætning for, at sygeplejerskerne bør dokumentere i EPJ, er, at de lærer at disciplinere deres dokumentationspraksis og ikke bare sætter signatur og skriver, hvad der måske lige er skrevet i et ovenstående notat, blot for at dokumentere, at de har været på arbejde. Sygeplejerskernes nuværende dokumentationspraksis i EPJ gør det med andre ord sværere for lægegruppen at få struktur og sammenhæng i lægenotaterne.

Lægernes dokumentation i patientjournalen synes at være blevet mere effektiv og kvalitativt bedre, ved at lægen i umiddelbar forlængelse af beslutningsøjeblikket omkring en given behandling kan bestille eventuelle ordinationer direkte i EPJ. På det symbolske plan og set med lægernes øjne har beslutningen om, at lægens selv skal skrive i EPJ, betydet et tab af lægens kulturbetingede arbejdspraksis, hvor han havde muligheden for at uddelegere opgaver til sygeplejersker og sekretærer. Det har nok været sværest for de lidt ældre læger at håndtere tabet af disse rettigheder.

Adspurgte læger har givet udtryk for, at et stort problem med den standardiserede EPJ er, at lægerne mister noget meget dybtliggende hos mange læger, ”den frie ordinationsret”. Problemet har igen været størst blandt de lidt ældre læger, hvor de yngre læger synes at være tilfredse med, at der er fælles retningslinjer for diagnosticering, ordination og

behandling. De ældre læger har i højere grad været opdraget til, at man som læge skal arbejde sig op igennem systemet, hvor belønningen som overlæge har været den frie ordinationsret. Et virkelighedsbillede, der forstyrres af, at man vil indføre en EPJ med fælles retningslinjer, bestemt af andre. Derfor har der fra lægers side været en betoning af, at det vil være en fordel, hvis afdelingsledelserne gør meget ud af at forklare lægerne, at der med retningslinjerne ”kun” er tale om vejledninger og ikke dekretter. På den måde vil den enkelte læge ikke have oplevelsen af, at dennes frie lægelige skøn frarøves, men vil i stedet opfatte standarderne og retningslinjerne som et hjælpeværktøj, de kan benytte sig af til at konsultere i forbindelse med en given ordination. Herved kan lægen få alle aspekter med omkring ordinationen, og på den måde kommer instruksien til at virke som en ”frigørende” teknologi, der kan hjælpe lægen i den kreative proces, der ligger bag ved det lægelige skøn, frem for en disciplinerende og kontrollerende teknologi, der hæmmer ham i frit at foretage sit lægelige skøn. Betoner afdelingsledelsen ikke frivilligheden af at benytte sig af disse retningslinjer over for lægerne, vil retningslinjerne forstyrre lægerne og opleves som ”spændetrøjer”, da lægerne er blevet opdraget til at tænke kreativt i beslutningsprocesserne omkring diagnoser og behandlinger. Nogle af de adspurgte lægers forbehold over for EPJ er med andre ord, at der er risiko for, at vejledningerne kan komme til at virke som en slags sovepude for lægen, hvis denne i sin brug af vejledningerne blot slår automatpiloten til uden selv at tænke. Lægen må fastholde, at alle patienter på trods af de standardiserede retningslinjer er unikke tilfælde, der alle reagerer fysisk som psykisk på deres helt egen og unikke måde i forhold til en given behandling og pleje, hvorfor det ofte kan være nødvendigt for lægen at overveje det hensigtsmæssige i at afvige fra de standardiserede vejledninger.

Lægerne synes med EPJ at bruge mere tid på at rette i sygeplejerskernes kommentarer i fællesnotatet for at sikre, at sproget i notatet er korrekt, fordi det stadig er lægen, der har det endelige (juridiske) ansvar for notatet, og det dermed er ham, der vil blive draget til ansvar, hvis notatet ikke har den nødvendige kvalitet. Der har også været adspurgte sygeplejersker, der har givet udtryk for, at de bruger mere tid på hvert enkelt notat. Forklaringen synes at være, at det de nu skriver i journalen bliver læst af flere, samtidig med at det skrives ”bliver stående der til mands minde”, frem for tidligere i kardex, hvor sygeplejerskernes notater figurerede på nogle papirer, der blev lagt om bag i journalen. Kort sagt fordi data er mere tilgængelige i EPJ.

## **Opsamling på EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi**

### **Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ før, under og efter stuegang**

I ovenstående fortælling om EPJ har jeg rettet mit blik mod patientjournalen som beslutningsstøtte- og kommunikationsteknologi. Lægerne og sygeplejerskerne i Børneafdelingen har italesat en række begivenheder, hvor EPJ har været anledning til omorganisering af det sociale handlerum i forbindelse med kommunikations- og beslutningssituationer i løbet af en dagvagt i afdelingen. I det følgende vil jeg opliste analysens centrale undersøgelsesresultater, og derefter vil jeg perspektivere lægernes og sygeplejerskernes udsagn i forhold til, hvad der sker med henholdsvis lægernes og

sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i patientjournalen før, under og efter stuegangen.

## **Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ før stuegang**

Læger og sygeplejersker kan kommunikere mundtligt og tværfagligt omkring patientens behandlings- og plejeplaner foran EPJ, umiddelbart inden de sammen (eller lægen alene) går stuegang. Det betyder at lægernes og sygeplejerskernes beslutninger omkring patientens behandlings- og plejeplaner bliver fagligt mere nuancerede og af en bedre (tvær)faglig kvalitet.

Lægerne og sygeplejerskerne læser i højere grad hinandens notater i EPJ før stuegang, hvorfor der med EPJ på trods af en stadig eksisterende monofaglig notatlæsningskultur i hvert fald potentielt er mulighed for, at der med EPJ kan finde en øget skriftlig kommunikation sted mellem lægerne og sygeplejerskerne.

Flere sygeplejersker gav udtryk for, at de følte sig mere ensomme med den øgede mængde skriftlige dokumentation i EPJ, hvorfor noget kunne tyde på, at den øgede skriftlige dokumentation i EPJ før stuegangen i nogen grad sker på bekostning af den mundtlige kommunikation mellem lægerne og sygeplejerskerne foran EPJ i forbindelse med forberedelsen af stuegangen. Det synes altså at være afgørende for, at den tværfaglige skriftlige kommunikation ikke skal ske på bekostning af den tværfaglige mundtlige kommunikation, at både lægerne og sygeplejerskerne i praksis i den travle hverdag vælger og prioriterer, at de sammen får sat sig foran EPJ for at træffe beslutninger omkring patienterne. Prioriterer sygeplejerskerne ikke den mundtlige kommunikation med lægen, betyder det, at lægen vil sidde alene foran EPJ og forberede stuegangen.

En positiv effekt i forhold til lægens beslutningsgrundlag med EPJ i forbindelse med forberedelsen af stuegangen er, at den sikrer en høj grad af datatilgængelighed, fordi EPJ altid er tilgængelig, og fordi EPJ indeholder mange sygeplejerskenotater og lægenotater. Lægen vil derfor have gode betingelser for at træffe beslutninger på baggrund af skriftlige sygepleje- og lægenotater. En negativ effekt på lægens beslutningsgrundlag ved forberedelsen af stuegang er, at de mange data kan få lægen til at miste overblikket over det samlede patientforløb. Det gør sig især gældende, hvor lægerne og sygeplejerskerne har foretaget megen dobbeltregistrering med dataredundans til følge. Mange læger gav derfor udtryk for, at det er vigtigt, at man undgår dobbeltregistrering.

Omvendt synes der at have været mange sygeplejersker, der er tilfredse med den tværfaglige skriftlige kommunikationspraksis mellem læger og sygeplejersker før stuegang, fordi det betyder, at sygeplejerskernes notater bliver læst af flere end tidligere med kardex. Det betyder også, at lægerne nu i stigende omfang læser sygeplejerskernes notater, selv om der stadig er læger, der giver udtryk for, at de aldrig kunne drømme om at læse sygeplejerskernes notater.

Alt i alt synes den største positive effekt i forhold til lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningsprocesser med EPJ før stuegang at være, at hvis både lægerne og sygeplejerskerne er indstillet herpå, vil den øgede skriftlige kommunikation mellem de to faggrupper i EPJ kunne udnyttes til også at øge den mundtlige

kommunikation mellem faggrupperne. Det vil styrke det tværfaglige beslutningsgrundlag omkring patientens behandling og pleje.

## **Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ under stuegang**

Lægen går som hovedregel stuegang sammen med sygeplejersken, selv om både adspurgte læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at der i stigende grad er en tendens til, at sygeplejerskerne undlader at gå med på stuegang med argumentet om, at lægerne blot kan orientere sig i sygeplejerskernes notater i EPJ. Det betyder selvsagt, at lægernes og sygeplejerskernes kommunikation under stuegangen er ikke-eksisterende, og det betyder, at sygeplejerskerne ikke kan deltage i lægens beslutningsprocesser under stuegangen, hvor sygeplejerskerne ved at udeblive fra stuegang i højere grad orienteres om lægens beslutninger mundtligt af lægen eller ved at læse hans skriftlige notat i EPJ. Lægen skriver sit stuegangsnotat i umiddelbar forlængelse af stuegangen, så at sygeplejersken med det samme kan i værksætte diverse ordinationer og plejemæssige handlinger.

Lægen går efter implementeringen af EPJ i afdelingen stuegang uden patientjournal, hvilket ifølge lægerne har den positive effekt, at deres kommunikation med patienter og pårørende bliver mere nærværende, fordi lægen nu ikke står og kigger i patientjournalen. Ved mere komplicerede patientforløb, hvor der er mange detaljer, der skal huskes omkring patienten, peger nogle læger dog på, at det i beslutnings- og kommunikationssituationer under stuegangen kan være uhensigtsmæssigt at patientjournalen ikke er med på stuegang. Det betyder, at lægen må forlade stuen og søge til et kontor med EPJ for at læse og derefter vende tilbage til stuen. Lægerne mener, dette er en tidskrævende proces, hvor lægen kan komme til at fremstå som fagligt inkompetent i forældrenes øjne.

Den store potentielle gevinst under stuegang med EPJ er – under forudsætning af, at sygeplejerskerne går med på stuegang – at lægerne og sygeplejerskerne mundtligt kan kommunikere tværfagligt omkring patientens behandlings- og plejeplaner. På baggrund af den mundtlige kommunikation vil lægerne og sygeplejerskerne sammen kunne træffe beslutninger om patientens behandling og pleje. Omvendt er det uhensigtsmæssigt, når den øgede skriftlige kommunikation mellem lægerne og sygeplejerskerne sker på bekostning af den mundtlige kommunikation, hvor sygeplejerskerne fravælger at gå med på stuegang.

## **Lægernes og sygeplejerskernes skrive- og læseaktiviteter i EPJ efter stuegang**

Efter stuegangen er det store potentiale med EPJ i lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningssituationer, at de sammen vil kunne sætte sig ned foran EPJ og udarbejde et fælles stuegangsnotat. Ved denne fremgangsmåde finder den skriftlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker ikke sted på bekostning af den mundtlige, fordi de kan føre en mundtlig dialog om notatets indhold, hvor beslutningerne omkring pleje og behandling får tværfaglige perspektiver. Sygeplejerskerne vil efterfølgende straks kunne udføre de handlinger, lægens beslutninger om patientens behandlingsplan kræver. Fordi lægerne skal skrive deres stuegangsnotater selv, har lægerne mistet en kulturbetinget

arbejdspraksis, hvor de ikke i samme omfang som tidligere har muligheden for mundtligt at uddelegere opgaver til sygeplejersker og sekretærer.

Både læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at det, efter at lægerne er begyndt at læse flere sygeplejenotater, er blevet tydeligt for alle i afdelingen, at sygeplejerskernes anvendelse af medicinsk lægevidenskabelig terminologi er upræcis og ukorrekt. På trods af sygeplejerskernes upræcise terminologianvendelse er der en tendens til, at både lægernes og sygeplejerskernes notater er blevet fagligt mere nuancerede, samtidig med at de er blevet kortere og mere strukturerede. Derudover synes der med EPJ at være en risiko for, at nogle læger med den standardiserede EPJ med de forprogrammerede retningslinjer får følelsen af, at de har mistet den for en læge grundlæggende rettighed i form af den frie ordinationsret.

## **Konklusioner på EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi**

Lægerne og sygeplejerskerne i fortællingen peger på én væsentlig forklaring på, hvordan EPJ som forandringsteknologi bliver en anledning til at omorganisere deres læse- og skriveaktiviteter i patientjournalen. Forklaringen er, at EPJ er elektronisk, hvilket gør det lettere for dem at få adgang til patientjournalen og dens elektroniske dokumenter. EPJ's store tilgængelighed betyder, at det er muligt for lægerne og sygeplejerskerne at læse og skrive i patientjournalen løbende under hele vagten. Dette var ikke muligt med papirjournalen, der, når den ikke var væk, fulgte patienten fysisk, hvorfor det kun var muligt for lægen at læse i patientjournalen på bestemte tidspunkter umiddelbart før mødet med patienten. Patientjournalens store tilgængelighed betyder med andre ord, at dokumentation i patientjournalen bliver en integreret del af lægernes og sygeplejerskernes arbejde på en vagt.<sup>158</sup> EPJ sikrer potentielt mere fleksible kommunikations- og beslutningsprocesser for både læger og sygeplejersker.

På baggrund af udsagnene i min fortælling synes jeg ikke, det er muligt at sige noget entydigt om, hvorvidt kommunikationen mellem læger og sygeplejersker med EPJ er blevet mere omfangsrig end tidligere med papirjournalen. Det synes heller ikke muligt at sige noget entydigt om, hvorvidt den øgede skriftlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker i EPJ er sket på bekostning af den mundtlige kommunikation, eller om den øgede skriftlige kommunikation har medført, at læger og sygeplejersker også taler mere sammen. Der har været udsagn, der synes at bekræfte begge tendenser, men én væsentlig forandring relaterer sig til EPJ. Med EPJ er der sket en ændring i rækkefølgen mellem lægernes og sygeplejerskernes mundtlige og skriftlige kommunikation. Fordi EPJ er elektronisk og tilgængelig, har afdelingsledelsen truffet beslutningen om, at lægerne som hovedregel skal skrive deres notater selv. Det betyder, at lægerne med EPJ til forskel fra med papirjournalen bliver deres egne første læsere, hvor lægerne løbende under en vagt har mulighed for både at læse og skrive notater i patientjournalen.

Da lægerne bliver deres egne første læsere, sker der potentielt den væsentlige forskel i lægernes notatskrivning, at udformningen af notatet bliver meget mere selvkritisk, end

---

<sup>158</sup> På den baggrund kan struktureringen af min fortælling ud fra kategorierne før, under og efter stuegang virke misvisende eller ude af trit med virkeligheden og som et udtryk for en læse- og skrivelogik i patientjournalen, som papirjournalen repræsenterede. Men jeg har alligevel valgt denne kategorisering, fordi mine respondenter har fremført deres udsagn ud fra denne logik, og fordi det har været en velegnet måde for mig at strukturere de mange empiriske data på.

tilfældet var med papirjournalen, hvor lægen blot dikterede til bånd og afleverede til sekretær. Lægen vil læse sit eget notat under den skriftlige udarbejdelse og vil i den forbindelse kunne rette i notatet, indtil det har den for lægen rigtige ordlyd. Med andre ord finder der en løbende korrektion af lægenotatet sted i forbindelse med dets udarbejdelse. Man kan sige, at lægen også havde denne mulighed med diktafon, da han blot kunne spole båndet tilbage og foretage sine rettelser, men den store ændring består i lægens læsning af sine notater. I og med at lægen læser sine egne notater, bliver han på en og samme tid korrekturlæser og redaktør af sine notater, hvor han på grund af sin faglige stolthed vil sætte en ære i, at de er af faglig høj kvalitet, læsevenlige og brugbare. Det betyder, at lægen vil forsøge at undgå overflødige ord og gentagelser for herved at forfatte korte og præcise notater (jf. den lægelige områdeleder 1's udtalelse). Tidligere med diktafonen var det lægesekretæren, der havde rollen som korrekturlæser, og det var ikke muligt for hende at rette væsentligt i notatets struktur og faglige indhold, da hun ikke havde de faglige kompetencer til det. Lægesekretæren kunne luge lidt ud i gentagelser, dårligt sprog, stave- og decimalfejl. Med båndet opstod tillige den fejlkilde ved notatskrivning, at indholdet af lægens diktat blev misforstået af lægesekretæren som følge af baggrundsstøj eller utydelig tale fra lægen på båndet. Da lægen nu selv skriver, overtager han lægesekretærens rolle, hvilket betyder, at lægenotatet med sin endelige struktur og indhold bliver forfattet på et fagligt højere niveau.

Udsagnene fra lægerne i min fortælling synes at have været modstridende i forhold til, hvor tilfredse lægerne er med at have overtaget skriverollen fra lægesekretæren. Nogle læger, især blandt de lidt ældre, vælger at skrive så lidt som muligt ud fra det argument, at rollen som "skriverkarl og sekretær" ikke er lægearbejde, og at det som læge gælder om at undgå at spille i forvejen sparsom tid på "ikke-lægearbejde". Et ofte udtalt udsagn blandt de adspurgte lidt ældre læger var, at den tid, de bruger på at skulle dokumentere i EPJ, går fra den tid, de burde bruge på rigtigt lægearbejde, dvs. patientbehandling, undervisning eller forskning. På den anden side har mange af de lidt yngre læger givet udtryk for, at de betragter den skriftlige dokumentation i EPJ som en aktivitet, der i fremtiden bør være en integreret del af lægearbejdet, fordi det faglige indhold af notaterne herved bliver højere, ved at notaterne bliver mere korrekte, kortfattede og præcise.

Der synes dog at være enighed blandt lægerne om, at skriveprocessen er mere tidskrævende end dikteringsprocessen var, men omvendt produceres der med EPJ lægenotater af en højere kvalitet end tidligere med papirjournalen. Med andre ord synes udsagnene blandt de læger, der har givet udtryk for, at skrivearbejdet i EPJ alene er tidsrøvende, og at det ikke er rigtigt lægearbejde, at hvile på en logik, man støder på inden for professionsteoriene, hvor modstanden mod lægens skriftlige dokumentation i EPJ skal forstås som en kamp for at bevare det professionelle monopol på "de prestigefyldte" arbejdsopgaver. Ud fra denne forklaringslogik vil lægerne bevare en identitet udadtil og en selvforståelse indadtil som profession, hvor lægegerningen forbindes med en gerning, der kræver en høj uddannelse og dermed fagligt meget kompetente medarbejdere. Dette image og denne selvforståelse om den fagligt kompetente læge matcher lægens nye opgave med EPJ meget dårligt, hvor han som skrivende imagemæssigt sidestilles med lægesekretærer. For lægen synes der at have været større prestige med at dokumentere i papirjournalen, fordi han kunne diktere til bånd for derefter at aflevere båndet til enten sygeplejerske eller sekretær. Nu, hvor lægen selv skal skrive, bliver lægens dokumentationsproces en mere simpel opgave, hvor han sidder foran computeren og skriver selv. Med EPJ skal lægen bruge mere tid på bureaukratiske rutineopgaver i stedet for at koncentrere sig om lægegerningen.



Beslutningen om, at lægerne som hovedregel skal skrive deres notater selv, samtidig med at det nu er tilladt for sygeplejerskerne at dokumentere i EPJ, kan således på det symbolske plan tolkes som et spørgsmål om ændring i magtforhold og status mellem faggrupperne, hvor tendensen er, at forskellen mellem lægerne og sygeplejerskerne udlignes på lægernes banehalvdel, forstået på den måde, at sygeplejerskerne synes at erobre noget af lægernes monopol på at dokumentere lægevidenskabelige data i patientjournalen. Der har blandt lægerne i mine interviews været bred enighed om, at i og med at lægen selv skriver sine notater ind frem for at diktere til bånd, bliver notaterne mere disciplinerede, kortfattede og præcise. EPJ's 17 tomme skærm samt det, at lægen læser korrektur på sit eget notat under udarbejdelsen af det, betyder, at lægen disciplinerer sig selv. Nogle af lægerne har forklaret denne tendens med, at det ligger i de respektive teksters natur, det skrevne og det talte sprog, hvor der er relativt større risiko for, at man som læge med det talte sprog i diktafon kommer til at benytte sig af gentagelser og mere upræcise formuleringer, fordi det talte sprog "flyder hurtigere" end det skrevne. Nu, hvor lægen selv skal skrive, vil han ud over at sikre den faglige kvalitet spare tid ved at gøre notaterne så kortfattede og præcise som muligt. De vil derved også være lettere for lægekollegaer og sygeplejersker at læse, hvorfor der tillige spares tid i forbindelse med læsning i EPJ. Argumentationen omkring det fordelagtige, ved at lægen selv skriver sine notater, bygger dels på en medicinsk lægevidenskabelig logik, ved at den faglige kvalitet bliver højere, dels på en økonomisk-administrativ logik (Djøff-logik), ved at det er mere effektivt, når lægen selv skriver, da der spares tid både i forbindelse med lægens skrivning af notater og i forbindelse med lægernes og sygeplejerskernes læsning af notaterne.

På baggrund af mine interviews med lægerne og sygeplejerskerne i Børneafdelingen synes jeg, der tegner sig et klart billede af, at i hvert fald sygeplejerskerne læser langt flere lægenotater i den tilgængelige EPJ, end de gjorde med den ofte utilgængelige papirjournal. Omvendt synes der på baggrund af mine interviews ikke at tegne sig noget entydigt billede af, hvorvidt lægerne med EPJ læser sygeplejerskernes notater. Igen er der måske en tendens imod, at det specielt er de lidt yngre læger, der kan se nogle fordele i at orientere sig i sygeplejerskernes notater inden en stuegang, hvor de lidt ældre læger på trods af, at de kan gå ind og aflæse sygeplejerskernes værdier i EPJ, alligevel vælger at få en mundtlig overlevering af værdierne fra sygeplejersken umiddelbart inden eller i forbindelse med stuegangen. EPJ's store tilgængelighed og sygeplejerskernes mulighed for at læse i både egne notater og ikke mindst i lægernes, betyder, at sygeplejerskerne har fået en større adgang til de medicinske lægevidenskabelige data omkring patientens behandling. Det betyder for det første, at de er mere velinformerede omkring den behandlingsmæssige del af patientforløbet, hvilket igen betyder, at kommunikationen mellem lægen og sygeplejersken ændrer sig med EPJ. Tidligere med papirjournalen var det lægen, der orienterede sygeplejersken mundtligt omkring behandlingsmæssige beslutninger før og under stuegangen, da journalen var utilgængelig for sygeplejersken. Med den tilgængelige EPJ vil sygeplejersken allerede om morgenen have orienteret sig i lægernes notater omkring de indlagte patienters behandlingsforløb. Hun vil allerede i mødet med lægen være orienteret om de historiske data, hvorfor lægen og sygeplejerskens kommunikation kan tage afsæt på et mere fremadrettet niveau, da sygeplejersken ikke behøver at få de grundlæggende oplysninger af lægen. Med andre ord bliver sygeplejerskerne bedre orienteret om det lægelige arbejde og den lægelige terminologi og begrebsanvendelse i forhold til diagnoser og behandlinger i patientforløbene. Både læger og sygeplejersker i mine interviews har givet udtryk for, at der opstår situationer, hvor sygeplejersker påminder lægen om aspekter vedrørende patientens behandling, hun har læst sig til i EPJ.

Det betyder, at lægen mister den magt og den status over for sygeplejersken, der er forbundet med at orientere om patientforløbet, hvor sygeplejersken med den tilgængelige EPJ får muligheden for at konkurrere og meningsudveksle med lægen inden for lægens fagområde omkring patientens behandling, og deraf afledt omkring hvilke aktiviteter der skal iværksættes i de enkelte patientforløb. Med EPJ synes lægernes traditionelle helbredelsesetik at vinde frem på bekostning af sygeplejerskernes omsorgsetik.<sup>159</sup> Det er Afgørende er det dog, at det stadig er lægen, der suverænt foretager beslutninger omkring patienternes behandlingsplaner.

Der er blevet argumenteret for det hensigtsmæssige i omorganiseringen af lægernes og sygeplejerskernes kommunikationssituationer før og under stuegangen ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik, da deres kommunikation bliver på et fagligt højere niveau, da man kan nå at udveksle flere oplysninger på et højere niveau, når det grundlæggende er på plads. Samtidig er der blevet argumenteret for det hensigtsmæssige ud fra en økonomisk-administrativ logik, da der opnås effektivitetsgevinster ved de tempofordele, der skabes i lægernes og sygeplejerskernes kommunikation i forbindelse med forberedelse og afholdelse af stuegang. Derudover er sygeplejerskerne bedre orienteret om den medicinske dagsorden omkring patientforløbene, hvorfor de er i stand til mere aktivt at tage del i dialogen med lægen omkring behandling i forbindelse med stuegangen. Dette betyder tillige, at sygeplejerskerne vil være bedre i stand til at føre en dialog med lægen efter stuegangen i forbindelse af dokumentation af (fælles) stuegangsnotat. Det kan derfor hævdes, at lægernes og sygeplejerskernes ændrede læseroller i patientjournalen betyder, at dokumentationen i EPJ kommer til at ske på et styrket tværfagligt grundlag. Omvendt har både læger og sygeplejersker i mine interviews givet udtryk for det uhensigtsmæssige i, at sygeplejerskerne selv – som følge af, at de læser flere af lægernes notater – begynder at anvende den lægefaglige terminologi i deres sygeplejenotater, uden at de har den uddannelsesmæssige baggrund for at kunne gøre dette. De benytter sig nu af begreber med samme ordlyd som lægerne, men i andre sammenhænge og betydninger, dvs. uden at kende den præcise betydning af de anvendte lægefaglige begreber. Det er uheldigt ud fra en medicinsk videnskabelig logik, da patientjournalen er så vigtig for de trufne beslutninger omkring patientens behandling og pleje, men også uheldigt ud fra en juridisk logik, da patientjournalen er juridisk ansvarspådragende, og det derfor i forbindelse med eventuelle patientklager og i forbindelse med behov for andre former for dokumentation er vigtigt, at begreber er anvendt korrekt.

Der har været læger i mine interviews, som har givet udtryk for, at det kan være uhensigtsmæssigt, at det med EPJ ikke længere er muligt at tage EPJ med på stuegang. I de mere komplicerede patientforløb betyder det, at lægerne bliver nødt til at rende mellem patientens seng og kontoret, hvor den stationære EPJ står. Det er tidskrævende for lægen, men det kan også efterlade ham i et uprofessionelt lys i pårørende og patientens øjne. Lægen vil over for patienter og pårørende kunne virke fagligt inkompetent og i bedste fald glemsom, samtidig med at hans færden frem og tilbage mellem kontor og patientstue gør kommunikationen mellem læge, patient og pårørende meget lidt nærværende. Omvendt har

---

<sup>159</sup> Signe Svenningsen, 2004, s. 120, forklarer med et citat fra Pellegrino, 1985, s. 10, at medicinens historie kan indeholdes i to ord: helbredelse og omsorg. Dette dobbelte fokus står imidlertid over for at indsnævres til det første, hvor ”Lægevidenskabens historiske udgangspunkt i omsorg og medfølelse nu bliver udfordret af en biomedicinsk tilgang, som definerer lægevidenskabens vigtigste opgave at kurere/helbrede, og derfor er lægen nødt til først og fremmest at være videnskabsmand. Denne model indebærer stadig, at sygdommen ’rummes’ ved at bremse dens symptomer, men den fokuserer på, at de ting, der skal gøres ved en bestemt sygdom, skal være målbart effektivt.”

der været læger, der har givet udtryk for, at det kan være en fordel, at EPJ ikke er med på stuegang, fordi lægen herved ikke hele tiden står og kigger ned i journalen, men i stedet har sin fulde opmærksomhed rettet mod patienten og de pårørende. Patientjournalen kan ikke længere benyttes som ”lægens sutteklud” på stuegangen. Den stationære EPJ stiller større krav til lægen om, at han gennemlæser patientens journal grundigt umiddelbart inden afholdelsen af stuegangen, hvor lægen med papirjournalen læste journalen under selve afholdelsen af stuegangen. Enten stod han og skimmede ned i papirjournalen, eller i de mere komplicerede tilfælde kunne han ligefrem sprede papirjournalens mange løsark i form af undersøgelsesvar, røntgenbilleder, notater, medicinordinationer etc. ud på patientens seng for derved at få et samlet overblik over patientforløbet.

Mange af de interviewede læger har givet udtryk for, at overblikket med EPJ er blevet dårligere, fordi brugergrænsefladen, selve skærmen, kun er 17 tommer, og det i lange komplicerede patientforløb derfor er nødvendigt for lægen at sidde og scrowle langt tilbage i kontinuationsarket efter nødvendige oplysninger, jf. også her problematikken med sygeplejerskernes mange og lange notater i det, der tidligere var lægernes kontinuationsark. Med EPJ synes tendensen at være, at lægen bruger mindre, men mere effektiv og nærværende tid sammen med patienten og de pårørende i forbindelse med afholdelse af stuegang, fordi lægen nu læser patientjournalen, inden han afholder stuegang, hvor han tidligere ikke havde set patientjournalen, før han stod på stuen. Omfanget af de u hensigtsmæssigheder, der kan være forbundet med, at lægen læser patientjournalen inden afholdelse af stuegangen, synes at afhænge af især to ting, 1) hvor kompliceret et patientforløb der er tale om, og dermed hvor mange detailoplysninger lægen er nødsaget til at huske, og 2) lægens erfaring og rutine.

En stor del af de adspurgte læger har givet udtryk for, at lægernes mulighed for at læse sygeplejerskernes notater i EPJ betyder, at sygeplejerskerne ofte vælger ikke at gå med lægen på stuegang. Det betyder, at lægen hverken har patientjournalen eller sygeplejersken at støtte sig til under afholdelse af stuegangen. Lægen må i forhold til tidligere forberede sig bedre i patientjournalen foran computeren før stuegangen. I de tilfælde, hvor sygeplejersken går med på stuegang, kan lægen og sygeplejersken sammen sidde foran computeren og diskutere og træffe beslutninger på baggrund af informationerne i patientjournalen. Der synes ikke at være nogen entydig tendens i forhold til, hvor ofte sygeplejerskerne går med på stuegang, og hvor ofte de undlader, men med EPJ er der den klare tendens i forhold til lægernes læsning i EPJ, at den nu foregår inden stuegang og ikke under selve afholdelsen af stuegangen. Kommunikationen mellem patienten, lægen og sygeplejersken har ændret sig på den måde, at lægen med EPJ nu står alene over for patienten under stuegangen og ikke længere har sygeplejersken som sin ”lille hjælper”, der kan assistere ham med ”nødvendige banale småoplysninger” som temperatur, spisemønster, vandladning etc., der skal til, for at lægen ”kan lægge det store forkromede puslespil” i form af patientens behandlingsplan. Med papirjournalen fremstod lægen mere autoritativt med sin patientjournal under armen og sin assisterende og servicerende sygeplejerske ved sin side. Med EPJ foregår der en fagligt mere ligeværdig diskussion omkring patientens behandling og pleje foran computeren inden afholdelsen af stuegangen, som patienten og de pårørende ikke overværer. Men forandringen af patientjournalen ændrer ikke ved, at det stadig er lægen, der suverænt fremstår som beslutningstageren omkring patientens videre behandlingsforløb. Det er bare det rum, lægens beslutninger finder sted i, der har ændret sig.

EPJ synes alt i alt, i forhold til læsning og skrivning af lægenotater med henblik på klinisk kommunikation og beslutningstagen mellem læger og sygeplejersker indbyrdes og hver for sig, at have været anledning til, at der er sket en omorganisering af kommunikationen mellem lægerne og sygeplejerskerne, som har påvirket det grundlag, lægen har for at træffe de kliniske beslutninger vedrørende patientens behandlingsplan under afholdelse af stuegang. Lægens læseaktivitet i patientjournalen foregår nu foran computeren og ikke ved patientens seng, hvorfor man, som mange af de adspurgte læger har givet udtryk for, kan hævde, at lægen med EPJ bruger relativt mere tid foran computeren for at dokumentere frem for at bruge tiden på direkte kommunikation med patienten og dennes pårørende. Omvendt foregår der med EPJ en mere nærværende kommunikation mellem læge, patient og pårørende, hvorfor man kan hævde, at kvaliteten af kommunikationen bliver bedre, selv om tidsforløbet er blevet kortere. Med papirjournalen foretog lægen sine kliniske beslutninger vedrørende patientens behandlingsplan ved at læse i patientens journal under stuegangen, idet han samtidig stillede patienten nogle spørgsmål, hvis svar han havde brug for i sin beslutningsproces. Med EPJ finder lægens beslutningsproces i langt højere grad sted inden afholdelse af stuegang, hvor lægen sidder og læser i EPJ, hvilket kan betyde, at han læser grundigere i patientens journal, fordi han i højere grad kan sidde uforstyrret foran computeren.

Den tilgængelige EPJ betyder, at både læger og sygeplejersker skriver og læser langt flere læge- og sygeplejenotater end tidligere. En klar tendens har været, at sygeplejerskerne med EPJ læser mange flere lægenotater, hvorfor sygeplejerskerne kommunikerer mere sammen indbyrdes og med lægerne i en traditionel medicinsk videnskabelig terminologi. Med EPJ skriver sygeplejerskerne også langt flere sygeplejerskenotater i medicinsk videnskabelig terminologi til hinanden, da det stadig efter indførelsen af den tværfaglige EPJ uden mulighed for at sortere i læge- og sygeplejerskenotater langt fra synes at være alle læger, der bruger mere tid end tidligere på at læse sygeplejerskernes notater. Der har været flere forklaringer fra lægerne herpå, at sygeplejerskenotaterne er for mange og for lange, for ustrukturerede og på et fagligt ringe niveau med en forkert anvendelse af den medicinske terminologi. Det betyder igen, som mange af de adspurgte læger har givet udtryk for, at overblikket over patientforløbet er blevet dårligere i den tilgængelige tværfaglige EPJ.

Den tværfaglige EPJ har betydet, at flere både læser og skriver i en medicinsk naturvidenskabelig terminologi, hvorfor man kan hævde, at den medicinske diskurs med EPJ har vundet terræn i forhold til omsorgsdiskursen. Eftersom sygeplejerskerne læser flere lægenotater i medicinsk terminologi, adopterer de lægernes begreber og anvender dem i deres egne sygeplejenotater. Flere adspurgte læger og sygeplejersker har givet udtryk for en u hensigtsmæssighed herved, da sygeplejerskerne ikke har den nødvendige uddannelsesmæssige baggrund og journalskrivetræning til at "efterligne lægerne". Den medicinske diskurs er blevet udbredt med EPJ, hvilket har betydet, at lægerne ikke længere har monopol på både at læse og forfatte de medicinske notater i patientjournalen. Det er vigtigt at iagttage, at der med EPJ ikke ændres ved, at det er lægen, der stadig har den suveræne beslutningskompetence og beslutningsansvar i forhold til beslutninger omkring patientens diagnoser og behandlingsforløb. Men flere læger har givet udtryk for, at der er sket en ændring i lægens identitet og selvforståelse som følge af, at lægerne skal skrive selv, fra at have været den ophøjede læge, der dikterede med papirjournalen, til at være den skrivende læge med EPJ, hvor lægerollen reduceres til at være "en lægesekretær på højt niveau".

Det er ikke kun den medicinske diskurs repræsenterende helbredelsesetikken, der har vundet terræn i forhold til plejediskursen repræsenterende omsorgsetikken, også den ledelsesmæssige økonomisk-administrative diskurs (Djøff-diskursen) med fokus på sammenligninger og kvantitative målinger, ”cost-benefit-analyser”, monitorering etc. synes at have gode vilkår med EPJ, fordi det med EPJ’s tilgængelighed og gennemsigtighed og med dens standardiserede indhold og struktur i langt højere grad er muligt at kvantificere data for dermed at kunne foretage diverse sammenlignende effekt- og kvalitetsmålinger. Det samlede resultat er, at det er sværere for lægerne at bevare overblikket i den kliniske beslutningsproces, samtidig med at der på trods af, at der ikke ændres ved lægens suveræne ansvar for at træffe de kliniske beslutninger, alligevel sker en udjævning i magt- og statusfordelingen mellem lægerne og sygeplejerskerne, men bemærkelsesværdigt inden for den traditionelle medicinske lægevidenskabelige diskurs.

Beslutningen om den tværfaglige EPJ, hvor sygeplejerskerne også gør notater, betyder, at der ikke længere som med papirjournalen og kardex finder en fysisk adskillelse sted mellem lægenotaterne og sygeplejenotaterne, hvorfor det i EPJ potentielt er muligt for både læger og sygeplejersker løbende at orientere sig i egen faggruppes notater og i de respektive faggruppers notater. Med andre ord betyder det, at det enkelte notat i EPJ, om det er et sygeplejenotat eller et lægenotat, potentielt får flere læsere, og potentielt betyder den tværfaglige EPJ med både læge- og sygeplejenotater under forudsætning af, at lægerne og sygeplejerskerne læser hinandens notater, vil mindske dobbeltregistreringen og dataredundansen i patientjournalen. Det vil være hensigtsmæssigt både ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik, da det alt andet lige må være lettere for både læger og sygeplejersker at bevare overblikket over patientforløbet på EPJ’s relativt lille skærm ved færre gentagelser, og i forhold til en økonomisk-administrativ logik, da lægerne og sygeplejerskerne vil skulle bruge mindre tid på at dokumentere i EPJ. Lægerne og sygeplejerskerne vil potentielt kunne blive mere effektive, ved at der frigøres tid i forbindelse med dokumentation i patientjournalen.

Sygeplejerskerne er inddelt i tre vagthold i løbet af et døgn, fordi det er sygeplejerskernes opgave at følge patienternes døgnrytme i forhold til hospitalets organisatoriske og aktivitetsmæssige tidsrytme (jf. kapitel 4). Med andre ord står sygeplejerskerne for at indsamle og dokumentere de forskellige tal og prøver, der repræsenterer de enkelte patienter, i EPJ. Patienternes tal og prøver skal være dokumenteret for dermed at kunne være repræsenteret på rette tid og sted i forhold til de faste rutinemæssige arbejdsgange, der finder sted i løbet af et døgn på et hospital. Det er vigtigt, at sygeplejerskerne har bestemte værdier omkring patienterne klar i forbindelse med afholdelse af lægernes stuegang, diverse laboratoriers åbningstider og i forhold til aftalte tider i forbindelse med de forskellige patienters specifikke behandlingsplaner. For en sygeplejerske på dagvagt betyder det med andre ord, som det også fremgik af mine interviews med forskellige sygeplejersker, at hun løbende i løbet af den otte timers vagt læser og skriver i EPJ. På en dagvagt skal en sygeplejerske, der møder klokken 07.00, foretage forskellige målinger (temperatur, puls, blodtryk m.m.), sikre, at bestilte blod- og urinprøver bliver udført, kontrollere medicinbeholdning, bestille medicin, udvise omsorg over for patienter, rydde op i skyllerum, sengestuer, holde møde med patienter og pårørende etc. Alt sammen aktiviteter, sygeplejersken løbende dokumenterer i EPJ. Sygeplejerskerne foretager med EPJ en løbende opdatering og vidererapportering af de sygeplejemæssige aktiviteter med henblik på tre ting, 1) for at koordinere de sygeplejefaglige aktiviteter på og imellem vagtskiftene med henblik på at informere sygeplejerskekollegaer om, hvad der er blevet gjort på vagten, hvad der bør undgås, hvilke patienter der er på afdelingen m.m., 2) for at

dokumentere den enkelte sygeplejerskes aktivitet i løbet af en vagt, 3) for fagpolitisk at dokumentere vigtigheden og omfanget af sygeplejegruppens aktiviteter.<sup>160</sup> Denne opdatering og vidererapportering udførte sygeplejerskerne tidligere skriftligt i kardex og som mundtlig overlevering fra den aftrædende sygeplejerske til de tiltrædende i forbindelse med vagtskifte. Men EPJ har væsentligt ændret betingelserne for sygeplejerskernes skriftlige dokumentation af deres aktiviteter, som hovedregel skriver de i EPJ første gang i umiddelbar forlængelse af, at de har gået en runde til patienterne, hvor de har haft muligheden for at vurdere patienternes aktuelle tilstand og gøre sig observationer omkring eventuelle korrektioner i forhold til deres aktuelle plejeplaner m.m. I forbindelse med deres dokumentation vil sygeplejerskerne have mulighed for at læse de foregående sygeplejerskenotater i EPJ for at kunne formulere deres eget notat i forlængelse af den historie, der allerede er fortalt om patienten. Med EPJ bliver sygeplejerskernes notater små kapitler eller afsnit i den samlede fortælling om patientens kropshistorie (jf. kapitel 4). Hermed kan der argumenteres for, at det skriftlige samarbejde mellem sygeplejerskerne er blevet styrket. Det er typisk i forbindelse med dokumentationen af egne notater, at sygeplejerskerne benytter sig af EPJ til at læse lægernes notater, og som flere respondenter har givet udtryk for, er det en væsentlig grund til, at sygeplejerskerne i større omfang er begyndt at benytte sig af den medicinske lægeterminologi. Signe Svenningsen (2004) redegør for den meget interessante pointe, at det er en for unuanceret og forsimplet tanke at forestille sig, at et notat forfattes af et enkelt subjekt, læge eller sygeplejerske, netop fordi den enkelte læge og sygeplejerske i forbindelse med udfærdigelsen af sit notat trækker på et utal af informationer og udsagn fra tidligere læge- og sygeplejenotater, medicinskemaer, patientlister, laboratoriesvar, røntgenbilleder, samtaler med kollegaer, patient og pårørende etc. På baggrund af de mange indtryk forfatter den enkelte læge eller sygeplejerske sit notat, hvorfor man kan sige, at der ligger en stor kollektiv proces bag dokumentationen af de enkelte læge- og sygeplejerskenotater i EPJ.

Uafhængigt, men mere tydeligt som følge af implementeringen af EPJ, dokumenterer sygeplejersker efter en problemorienteret struktur, dvs. de dokumenterer et problem med en kode. Problemet kan fx være en plejekode, der knytter sig til en bestemt type af smerte. Ud fra dette problem dokumenterer sygeplejersken en relevant handling, der eksempelvis kan være forslag til en bestemt smertelindring. Efter at den bestemte handling er sat i værk, evaluerer hun den med, at den enten virkede efter hensigten, eller at den bør korrigeres til andet præparat, en anden dosis e.l. Herved består sygeplejerskernes dokumentation af vigtige rapporteringsemner: evaluering af tidligere udpegede problemer, opstilling af nye problemområder, information omkring iværksat handling. Sygeplejerskens dokumentation i EPJ er med andre ord en proces, hvor hun løbende forholder sig til tidligere læge- og sygeplejenotater og problematiserer dem i forhold til egne observationer og erfaringer med patienten. Der finder en løbende dialog sted mellem sygeplejerskerne indbyrdes og imellem lægerne og sygeplejerskerne i EPJ.

Sygeplejerskerne dokumenterede også problemorienteret før implementeringen af EPJ, og de læste også hinandens notater i kardex, samtidig med at de fik mundtlige overleveringer ved vagtskifte, men EPJ ændrer radikalt for det potentielle omfang, det nu er muligt for sygeplejerskerne at dokumentere i, fordi datatilgængeligheden er så meget større. Kardex

---

<sup>160</sup> Signe Svenningsen, 2004, s. 138, forklarer denne tendens med, at *"en grundlæggende idé bag denne strategi er, at en systematisk produktion af data om sygeplejerskernes arbejde gør det muligt at oparbejde store databaser, der kan bruges til omfattende, statistisk generaliserbare videnskabelige undersøgelser af sygeplejepsiksssen, og dermed til produktion af 'fakta', som kan bruges til at øge sygeplejerskers gennemslagskraft på organisatoriske og politiske niveauer (Bowker & Star 1999)"*.

var ligesom papirjournalen fysisk altid kun ét sted ad gangen, håndskriften gjorde de enkelte sygeplejenotater mere utydelige, langstrakte, uensartede som følge af, at der i kardex ikke i samme omfang som i EPJ er foruddefinerede felter og skemaer, der automatisk giver de enkelte notater en mere ensartet struktur. I EPJ står det heller ikke sygeplejersken frit for selv at definere et problem, hun må vælge imellem de problemer, der har en foruddefineret sygeplejediagnosekode i sygeplejeklassifikationssystemet. Ligesom det er et problem med de standardiserede lægenotater i EPJ, kan det også virke uhensigtsmæssigt i forhold til sygeplejedokumentationen, at den er standardiseret ud fra en sygeplejeklassifikation. Man kan bruge den samme argumentation om, at patienten aldrig er en ”standardvare”, der kan beskrives ud fra standardiserede koder, men er unik og reagerer på sin helt egen måde i forhold til given behandling og i forhold til givne sygeplejehandlinger. Eksempelvis har patienter meget forskelligt temperament og reagerer meget forskelligt på samme type af omsorg. Den standardiserede sygeplejedokumentation i EPJ kan måske derfor bedst benyttes som et udtryk for dokumentation af sygeplejerskernes produktivitet og arbejde udadtil, men er dårlig som koordinationsredskab mellem sygeplejerskerne, da sygeplejerskernes faktiske handlinger i forhold til patienten ikke altid retvisende vil kunne dækkes af de foreliggende koder i sygeplejeklassifikationssystemet. Kravet om, at sygeplejersker skal dokumentere deres arbejde, kan forklares ud fra en økonomisk-administrativ logik, hvor fokus er på, at sygeplejerskerne skal dokumentere effektivitet og produktivitet for at legitimere deres eksistens som faggruppe fagpolitisk og organisatorisk.

EPJ's manglende mobilitet i Børneafdelingen, hvor den på undersøgelsestidspunktet materialiserede sig i form af stationære computere, har de samme uhensigtsmæssigheder i forhold til sygeplejerskernes kommunikation med patienten og de pårørende, som det er tilfældet med lægens kommunikation med patienten som følge af, at han er nødsaget til at afholde stuegang uden patientjournal. Sygeplejersken kunne have kardex med inde på patientstuen, hvor hun i samtale med patienten og måske de pårørende kunne gøre notater. Med EPJ synes der måske derfor at være en tendens til, at der ikke er de samme muligheder for sygeplejerske og pårørende til at diskutere problemstillinger omkring barnet med afsæt i sygeplejersken notater. Denne tendens modvejes dog af, at EPJ er mere tilgængelig, og der derfor bliver skrevet flere sygeplejenotater, som kan diskuteres enten ved udprint fra EPJ eller på et nærliggende sygeplejekontor, hvor der er en EPJ. En problematik i forlængelse heraf, som har at gøre med det forhold, at sygeplejerskerne læser flere lægenotater og derfor bliver mere medicinsk lægelige i deres terminologianvendelse, er, at det kan være relativt sværere for patienter og pårørende at forstå indholdet af sygeplejenotaterne, fordi de er blevet mere tekniske og dermed ikke skrevet i samme ligefremme sprog henvendt til patient og pårørende som tidligere. Der kan argumenteres for, at sygeplejerskernes dokumentation i EPJ mere er henvendt til sygeplejekolleger og læger end til patienterne og pårørende, fordi disse alligevel ikke læser sygeplejenotaterne i samme omfang med EPJ. Der kan tillige argumenteres for, at sygeplejerskernes mere formaliserede og lægeligt inspirerede problemorienterede dokumentationsform i EPJ stiller sygeplejerskerne over for en stor udfordring i deres kommunikation i EPJ, hvor de skal afbalancere kommunikationen, 1) så den opfylder de fagpolitiske sygeplejemæssige målsætninger med over for omgivelserne at give disse et indtryk af, at sygeplejefaget er en videnskab på højde med lægevidenskaben, hvilket gøres med den formelle og tekniske medicinske lægeterminologi ud fra klassifikationssystemer, og 2) så patienter og pårørende kan forstå informationerne. Der har været en tendens til, at lægerne og sygeplejerskerne i mine interviews har givet udtryk for, at sygeplejerskerne i deres iver efter fagpolitisk at fremstå så professionelle som muligt måske forsømmer at dokumentere de mere klassiske

sygeplejemæssige eller omsorgsmæssige aspekter omkring patienten, der ikke lige kan passes ind i en sygeplejediagnosekode i EPJ.

Sygeplejersker i mine interviews har givet udtryk for, at de har en koordinerende funktion i deres arbejde med patientlisterne, som de udprinter fra EPJ, og som de efter at have prioriteret i rækkefølge diskuterer med lægerne i forbindelse med forberedelsen af stuegangen. På den måde vil jeg argumentere for, at indholdet af patientlisterne, som sygeplejerskerne kan udfylde med nøgleord, i stort omfang sætter dagsordenen for den mundtlige dialog mellem lægerne og sygeplejerskerne, og dagsordenen for lægernes stuegang. Med patientlisterne har sygeplejerskerne mulighed for at være med i beslutningen om, hvad der bør prioriteres som vigtigt og mindre vigtigt på den pågældende vagt. Da patientlisterne printes ud og bæres af både læger og sygeplejersker, som en slags huskeseddel om, hvad der skal gøres i forbindelse med de enkelte patienter, kan der argumenteres for, at patientlisterne bliver en slags substitut for den med EPJ manglende patientjournal i forbindelse med afholdelse af stuegang. Patientlisterne bliver objekt for, hvilke arbejds gange lægerne og sygeplejerskerne som subjekter skal prioritere, og bliver dermed et normativt objekt for deres arbejds gange. Indholdet af patientlisterne bliver formålsbeskrivelsen og dermed succeskriteriet for lægernes og sygeplejerskernes arbejde på den enkelte vagt. Jeg vil endvidere argumentere for, at den medicinske lægelige terminologi i form af diagnose- og sygeplejekoder, der præger patientlisterne, er med til at understøtte den medicinske lægevidenskabelige logik i forhold til synet på patienten på bekostning af det mere sociale og omsorgsmæssige syn på patienten, der ikke umiddelbart kan kategoriseres i en kode. Med andre ord er patientlisterne som objekt med til at understøtte EPJ som objekt i at præsentere patienterne over for lægerne og sygeplejerskerne som en række diagnoser baseret på en række af symptomer, som derved bliver patientforløbets omdrejningspunkt. Det vil være de bestemte diagnoser og symptomer, den organisatoriske aktivitet på den pågældende vagt vil tage afsæt i. Patientlisterne kan analyseres som et udtryk for, at den medicinske lægevidenskabelige diskurs vinder terræn på bekostning af den plejemæssige diskurs. De har standardiserede nøgleord, der gør kvantificering og sammenligning af data mulig, samtidig med at de er en eksPLICIT formålsbeskrivelse for lægernes og sygeplejerskernes arbejde, hvor de derved gør det tydeligt, om lægerne og sygeplejerskerne når det, de skal. Hermed er patientlisterne tillige et udtryk for, at den økonomisk-administrative diskurs vinder terræn i den kliniske hverdag i afdelingen. Endelig vil jeg argumentere for, at patientlisterne er et dokument, der er udtryk for indholdet af det tværfaglige samarbejde imellem lægerne og sygeplejerskerne, hvor man ved at læse patientlisterne kan få et indtryk af, hvad det er for organisatoriske aktiviteter og bestemte arbejds gange, der prioriteres og vægtes højest i forbindelse med patientforløbet, hvor tendensen som sagt er, at det er den medicinske lægevidenskabelige diskurs i form af medicinske emner, der dominerer i forhold til de plejemæssige problemstillinger.

Ud over patientlisterne som en koordineringsteknologi anvender sygeplejerskerne imidlertid stadig den mundtlige afrapportering som koordineringsteknologi i forbindelse med vagtskifte, hvor tendensen dog synes at være, at den mundtlige afrapportering er af mindre omfang og knap så regelmæssig som før EPJ og patientlisterne. Argumentet er her, at der ikke er grund til at bruge tid på mundtligt at overlevere information, som den enkelte sygeplejerske kan læse sig til i EPJ. Samtidig har sygeplejerskerne givet udtryk for, at de ikke i samme omfang som tidligere har tid til disse mundtlige overleveringer, fordi de bruger tiden umiddelbart før vagtskifte til at få dokumenteret de sygeplejenotater, de har gjort sig på patientlisten eller på papirlapper under vagten, og som de ikke har haft tid til at



dokumentere i EPJ. På den baggrund kan man diskutere, om ikke der går noget tabt i den sygeplejemæssige diskurs, ved at sygeplejerskerne ikke i samme omfang benytter sig af at diskutere de plejemæssige problemstillinger mundtligt. Netop fordi der her er tale om et forum, hvor det er muligt for sygeplejerskerne at tale mere frit, mens deres kommunikation i EPJ er mere struktureret i en mere medicinsk lægevidenskabelig diskurs. Med andre ord synes der at være en tendens til, at den mundtlige kommunikation mellem sygeplejerskerne bliver mindre til fordel for en øget skriftlig kommunikation i EPJ. Hvor sygeplejerskernes standardiserede dokumentation ud fra sygeplejeklassifikationssystemet i EPJ tilgodeser strategiske behov i forhold til at dokumentere effektivitet og produktivitet, så tilgodeser deres skriftlige dokumentation på patientlisterne koordineringen af deres og lægernes arbejds gange.

Det vil være logisk at slutte, at sygeplejerskernes øgede skriftlige kommunikation i EPJ tillige betyder, at de bruger mere tid på at læse sygeplejenotater i EPJ, end de gjorde i kardex. De sygeplejersker, jeg har interviewet, har også kommet med udsagn, der synes at understøtte denne tendens, hvor de har givet udtryk for, at det første de gør, når de møder om morgenen, er at opdatere sig om de enkelte patienter ved at orientere sig i patienternes EPJ'er. Orienteringen kan efter behov, hvor faktorer kan være den enkelte sygeplejerskers temperament, hvor kompliceret patientforløbet er, den mødende sygeplejerskes kendskab til de enkelte patienter etc., give anledning til en supplerende mundtlig kommunikation mellem mødende og aftrædende sygeplejerske, hvor den tiltrædende sygeplejerske kan stille den aftrædende sygeplejerske afklarende spørgsmål omkring bestemte patientforløb. Det er i forbindelse med denne opdatering, at sygeplejerskerne benytter EPJ til også at læse lægernes notater om patienterne, hvorfor man kan sige, at sygeplejerskernes terminologi og syn på patienten vil præges meget af den medicinske lægevidenskabelige måde at betragte patienten på. Jeg vil her argumentere for, at den tiltrædende sygeplejerske med EPJ bliver mere ansvarlig end tidligere for at opdatere sig omkring patienterne, da hun sidder alene foran EPJ og orienterer sig, hvor det er hendes eget ansvar at stille aftrædende sygeplejerske eventuelle afklarende spørgsmål. Tidligere, hvor den mundtlige opdatering var den eneste, var det i højere grad den aftrædende sygeplejerske, der bar hovedansvaret for opdateringsprocessen ved vagtskifte. Der har ikke været nogen entydig tendens blandt de adspurgte sygeplejersker, men en stillingtagen til ændringen i graden af skriftlig kommunikation på bekostning af den mundtlige kommunikation er et tema, mange af sygeplejerskerne forholdt sig til i mine interviews. Tendensen mod øget skriftlig kommunikation på bekostning af den mundtlige kommunikation imellem sygeplejersken understøttes af det udsagn fra mange sygeplejersker, at de føler sig mere ensomme på vagterne end tidligere.

På baggrund af ovenstående analyse af ændringer i sygeplejerskernes kommunikation og plejemæssige beslutninger med EPJ er det min hensigt efterfølgende at redegøre for, hvad disse ændringer i kommunikations- og beslutningssituationer betyder for sygeplejerskernes relationer til hinanden og til lægerne.

Det plejemæssige arbejde koordinerede sygeplejerskerne tidligere skriftligt gennem notater i kardex, hvilket de stadig gør gennem deres notater i EPJ, men på en mere struktureret, kort og præcis måde inden for en medicinsk lægefaglig terminologi. På grund af EPJ's tilgængelighed synes der at blive dokumenteret flere sygeplejenotater end tidligere, og på grund af standardiseringen i EPJ synes disse notater at være relativt mere struktureret end i kardex. Dog har mange læger givet udtryk for, at der stadig er lang vej i forhold til, at sygeplejerskerne formulerer sig kort og præcist. Den øgede skriftlige opdatering i EPJ

synes at finde sted på bekostning af den mundtlige opdatering ved vagtskifte mellem aftrædende og tiltrædende sygeplejersker. Det betyder, at sygeplejerskernes koordination i dag finder sted på en mere entydig og standardiseret måde ud fra den problemorienterede logik fra notaterne i EPJ. Sygeplejerskerne betragter i højere grad patienten som en diagnose med forskellige symptomer ud fra en helbredelsesetik end som en patient med behov for pleje og omsorg ud fra den traditionelle plejemæssige omsorgsetik, der tidligere kom til udtryk blandt sygeplejerskerne i de kollektive mundtlige overleveringsdiskussioner i forbindelse med vagtskifte. Den medicinske problemorienterede, standardiserede og målrettede lægevidenskabelige diskurs vinder frem blandt sygeplejerskerne, fordi de med EPJ læser flere lægenotater end tidligere, og fordi de skal dokumentere deres standardiserede sygeplejediagnoser i EPJ ud fra et sygeplejeklassifikationssystem, der baserer sig på en medicinsk lægevidenskabelig terminologi. Det synes igen at betyde, at sygeplejerskernes måde at tale med lægerne på har ændret sig, da de nu er langt bedre informeret omkring patienten set fra et lægefagligt perspektiv. Der kan argumenteres for, at relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne er blevet mere jævnbyrdige, men omvendt har sygeplejerskernes øgede indsigt i lægenotaterne ikke ændret ved, at det fortsat er lægerne, der har det suveræne ansvar og den suveræne beslutningskompetence i forhold til opstilling af diagnose og behandlingsplan og dermed i forhold til beslutninger vedrørende tilrettelæggelse af patientforløbene.

På trods af, at sygeplejerskerne både læser og skriver langt mere i patientjournalen end tidligere, så er lægerne stadig den faggruppe, der suverænt sætter dagsordenen på en hospitalsafdeling, fordi det er lægegruppen, der fortsat har beslutningskompetencen omkring diagnostisering og behandling af patienterne, hvilket betyder, at det er lægen, der i en patientforløbstankegang har den fulde beslutningskompetence omkring patientens indlæggelse, undersøgelser og udskrivning. Inden for dagsrytmelogikken med fokus på de faste daglige rutiner bevarer lægen også den fulde beslutningskompetence omkring beslutninger på stuegangen, ordinerede undersøgelser etc. Det betyder igen, at lægen bevarer det fulde ansvar for lægenotatet, også selv om det i Børneafdelingen på frivillig basis er blevet til et tværfagligt fællesnotat. Den største forandring for lægerne med EPJ er vel i virkeligheden, at de nu selv skal skrive deres notater i EPJ, hvor de tidligere kunne diktere, og at deres data bliver læst af flere andre læger, såvel som af sygeplejerskerne. Den øgede opmærksomhed og den større grad af bevågenhed på lægens notater kan få lægen til at føle, at der er en større grad af kontrol med kvaliteten af hans notater, hvilket igen kan få ham til at gøre sig mere umage med at formulere sine notater kort og præcist. Den øgede kontrol disciplinerer lægen i forbindelse med notatskrivning. Flere adspurgte læger har givet udtryk for, at det er en økonomisk-administrativ rationalitet med fokus på effektivitets-, kvalitets- og produktivitmålinger, der er årsag til, at de nu selv skal skrive i den standardiserede EPJ, hvor det netop er muligt at sammenligne og kvantificere data.

En stor symbolsk forandring med den tværfaglige EPJ i forhold til lægens papirjournal er, at lægernes monopol på viden omkring data i patientjournalen med den status og magt i det organisatoriske hierarki og de tempofordele i kommunikations- og beslutningsprocesser, dette monopol tidligere medførte, er erstattet af en situation, hvor sygeplejerskerne som oftest er lige så godt informeret om de enkelte patientforløb som lægen, når denne kommer på afdelingen for at gå stuegang. Det betyder, at præmisserne for lægernes og sygeplejerskernes kommunikation har ændret sig radikalt fra at have været lægens mundtlige overleveringer til sygeplejersken til at være en mere jævnbyrdig dialog, der kan finde sted, fordi sygeplejersken allerede har læst lægens skriftlige notater i EPJ. Men igen, der ændres ikke radikalt ved det organisatoriske hierarki i form af magt og status, da det

stadig er lægerne, der har den fulde beslutningskompetence i patientforløbet. Mine undersøgelsesresultater peger snarere mod, at en del læger er blevet en smule irriterede over at måtte opgive deres vidensmonopol i patientjournalen, og endnu mere over, at de med den tværfaglige EPJ uden den knap, der kan sortere i notaterne faggruppespecifikt, i højere grad føler sig tvunget til at læse sygeplejerskernes notater. Mange af lægerne har givet udtryk for, at deres overblik over patientforløbene bliver dårligere med EPJ som teknologi med den begrænsede brugergrænseflade og med sygeplejerskernes mange og lange notater i en upræcis medicinsk terminologi. Men de ændrede kommunikations- og beslutningsstrukturer med EPJ synes ikke at føre til en ændring i det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, hvor lægen stadig forhører sig hos sygeplejersken omkring værdier og plejemæssige forhold, men hvor lægen stadig på egen hånd træffer beslutninger.

## Kapitel 6

### Konklusionen - Hvad blev der af tværfagligheden?

På baggrund af afhandlingens analyseresultater i kapitel 5 er det min påstand, at EPJ som teknologi, gennem lægernes og sygeplejerskernes ændringer i dokumentationspraksis i patientjournalen, har skabt nogle forandringer i lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningsprocesser før, under og efter stuegang. I første del af dette kapitel vil jeg analysere og perspektivere undersøgelsesresultaterne i kapitel 5 ud fra terminologien i den analysemodel, jeg præsenterede i kapitel 5, som gennem fortællingen har været styrende for mit blik. Gennem perspektiveringen i analysemodellen vil jeg besvare afhandlingens problemformulering ved at undersøge, hvad ændringerne i lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningsprocesser før, under og efter stuegang har betydet for det ledelsesstrategiske handlerum i bestræbelserne på at forandre samarbejdsrelationerne imellem lægerne og sygeplejerskerne med henblik på at styrke det tværfaglige samarbejde mellem lægerne og sygeplejerskerne.<sup>161</sup> Kort sagt vil jeg analysere, hvad der bliver tværfaglighedens indhold mellem læger og sygeplejersker med EPJ i Børneafdelingen. I sidste del af kapitlet vil jeg afrundende gøre mig nogle overvejelser omkring forholdet mellem EPJ-teknologi som styringsprogram i forhold til den medicinske lægevidenskabelige rationalitet.

### EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi før stuegang

#### Objektformer, subjektformer, sandhedsformer og handleformer med EPJ før stuegang

EPJ, og herunder patientlisterne, som lægerne og sygeplejerskerne læser og prioriterer patienterne ud fra i forhold til den kommende stuegang, udgør objektformerne i lægernes og sygeplejerskernes (subjekternes) kommunikations- og beslutningsprocesser før stuegangen. EPJ som objekt skaber nogle nye subjekt-subjekt-relationer mellem lægerne og sygeplejerskerne og nogle nye subjekt-objekt-relationer mellem lægerne og EPJ, samt nogle nye subjekt-objekt-relationer mellem sygeplejerskerne og EPJ. EPJ's bestemte objektform styrer lægernes og sygeplejerskernes (subjekternes) praksis, hvor lægerne og sygeplejerskerne vil styre sig selv ved at benytte bestemte underkastelsesformer for at efterleve de normer og sandhedsformer, der er indlejret i EPJ. Med andre ord skaber EPJ som objekt nogle nye relationer mellem subjekterne og dermed potentielt nogle nye handleformer mellem subjekterne før afholdelse af stuegang. Den logik, der er indlejret i

---

<sup>161</sup> Et stort problem i forhold til EPJ-systemet i Børneafdelingen har været, at det har været et førstegenerations EPJ-system, hvilket bl.a. har betydet, at man endnu ikke har kunnet integrere EPJ-systemet med andre afdelingers IT-systemer. Det har igen betydet, at mange af de fordele, der potentielt ligger i et integrerbart EPJ-system, ikke endnu er blevet høstet i Børneafdelingen. De store fremtidige ledelsesstrategiske udfordringer for afdelingsledelsen i Børneafdelingen bliver derfor at udnytte de potentielt fremtidige muligheder med et integrerbart EPJ-system. Alligevel synes det på baggrund af analysen af forandringerne i arbejdsgangene åbenlyst, at den nye journalteknologi allerede nu med førstegenerations EPJ-systemet i Børneafdelingen har skabt et handlerum for, at ledere og medarbejdere i afdelingen vil kunne forbedre både effektiviteten og kvaliteten i patientforløbene.

EPJ gennem EPJ's forprogrammerede skemaer, rubrikker, tabeller, vejledninger og klassifikationssystemer bliver normsættende for såvel lægernes som sygeplejerskernes sociale handlen, og dermed også for lægernes og sygeplejerskernes forhold til sig selv. Denne logik i EPJ må igen være baseret på bestemte former for tænken, viden og ekspertise, dvs. bestemte sandhedsformer, for at styre lægerne og sygeplejerskerne (subjekterne). EPJ gør det med andre ord muligt for lægerne og sygeplejerskerne at styre sig selv gennem bestemte subjektformer med henblik på at efterleve normen.

Før stuegangen konstitueres lægerne og sygeplejerskerne som subjekter, der med afsæt i patientlisterne vil kommunikere mundtligt med hinanden omkring prioriteringen af patienterne til stuegangen. Det betyder, at den fælles beslutning, de træffer omkring prioriteringen af patienterne på stuegangen, er funderet ud fra både behandlings- og plejemæssige behov. Fordi lægerne og sygeplejerskerne sammen sidder foran EPJ og prioriterer patienterne, konstitueres både lægerne og sygeplejerskerne som subjekter, der i højere grad end tidligere kommunikerer tværfagligt omkring patienterne inden afholdelse af stuegang. Dette sker på baggrund af en gennemlæsning af de respektive faggruppers skriftlige notater i EPJ.

Hermed konstitueres læge-sygeplejerske-relationen tillige som en relation, der baserer sig på en højere grad af skriftlig kommunikation end med papirjournalen, hvor faggrupperne ikke i samme omfang læste hinandens notater. Der er dog læger, der stadig giver udtryk for, at de ikke læser sygeplejerskernes notater, men alene ønsker mundtlige overleveringer fra sygeplejerskerne, men det synes ikke at være tendensen. Under alle omstændigheder konstituerer EPJ som objekt subjekt-subjekt-relationen mellem læger og sygeplejersker som en relation, der potentielt vil kunne basere sig på en højere grad af mundtlig og skriftlig kommunikation som baggrund for fælles tværfaglige beslutninger omkring patienters behandlings- og plejeplaner i forbindelse med forberedelse af stuegang. Det er bevidst, at jeg skriver at EPJ kun potentielt sikrer denne øgede skriftlige såvel som mundtlige kommunikation og beslutningsproces mellem lægerne og sygeplejerskerne, for det forudsætter selvfølgelig at både lægerne og sygeplejerskerne beslutter sig for, at det er en god idé at sætte sig sammen foran EPJ før afholdelsen af stuegang. I de tilfælde, hvor lægerne og sygeplejerskerne ikke beslutter sig for at sætte sig sammen foran EPJ, vil EPJ konstituere en subjekt-subjekt-relation mellem lægerne og sygeplejerskerne, der stort set baserer sig på skriftlig kommunikation. Netop fordi EPJ er tilgængelig, vil de respektive faggrupper kunne læse hinandens notater i EPJ, hvorfor det ikke som tidligere med papirjournalen er nødvendigt at mødes inden afholdelse af stuegang.

EPJ synes på én gang både at kunne styrke og nuancere lægernes beslutningsgrundlag før afholdelse af stuegang. På grund af dens tilgængelighed og dens standardiserede og strukturerede indhold vil EPJ potentielt kunne konstituere lægen som et subjekt, der før stuegang vil kunne træffe sine beslutninger på et meget nuanceret niveau baseret på både behandlings- og plejemæssige overvejelser. Omvendt, hvis lægerne og sygeplejerskerne ikke har noteret korrekt i forhold til EPJ's struktur, vil lægen og sygeplejerskerne kunne opleve dobbeltregistreringer og dataredundans i EPJ, hvilket vil forplumre både lægernes og sygeplejerskernes overblik over patientforløbet og dermed deres kommunikations- og beslutningsgrundlag i EPJ før afholdelse af stuegang. På den baggrund kan det sandsynliggøres, at EPJ i hvert fald på sigt vil disponere både læger og sygeplejersker til at undgå dobbeltregistreringer og dataredundans, fordi det med EPJ er blevet tydeligt for enhver hvor u hensigtsmæssige dobbeltregistreringerne er.

Alt i alt synes de største positive effekter i forhold til lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningsprocesser med EPJ før stuegang at være, at hvis både lægerne og sygeplejerskerne er indstillet herpå, vil den øgede skriftlige kommunikation mellem de to faggrupper i EPJ kunne udnyttes til også at øge den mundtlige kommunikation mellem faggrupperne. Det vil styrke det tværfaglige kommunikations- og beslutningsgrundlag omkring patientens behandling og pleje før afholdelse af stuegang.

Det betyder, at der i modsætning til subjekt-subjekt-relationen læge og sygeplejerske med papirjournalen nu med EPJ skabes en mere ligeværdig kommunikation og beslutningsproces mellem lægerne og sygeplejerskerne, fordi sygeplejersken er orienteret om de enkelte patientforløb, inden hun sammen med lægen sætter sig foran computeren for at forberede stuegangen. Det er hun, fordi hun med EPJ har fået rettighed og adgang til at læse lægernes notater omkring de behandlingsmæssige aspekter i patientforløbene. Herved bliver faggruppernes kommunikation mere en dialog end lægens envejskommunikation til sygeplejersken. Det betyder igen, at lægen i et vist omfang bliver lyttende og ikke kun talende i forbindelse med forberedelse af stuegang, men EPJ ændrer ikke ved subjekt-subjekt-relationen mellem læge og sygeplejersken i den forstand, at det er lægen, der træffer de endelige beslutninger omkring stuegangen.

### **EPJ og tilgængelighed**

Når læger og sygeplejersker skal legitimere EPJ bl.a. i forbindelse med lægernes og sygeplejerskernes forberedelse af stuegang, synes argumenterne for EPJ at basere sig på udsagn, der problematiser papirjournalen. Der har således været store forventninger til EPJ, fordi den i modsætning til papirjournalen er elektronisk og derfor mere tilgængelig end papirjournalen. Det betyder, at både læger og sygeplejersker er i stand til at læse, og for den sags skyld også at skrive, notater i EPJ bedre og hurtigere end tidligere med papirjournalen i forbindelse med planlægningen af stuegangen.

Læger og sygeplejersker har argumenteret for, at den større datatilgængelighed betyder, at de vil være i stand til at læse og skrive i patientjournalen fra flere forskellige arbejdsstationer (computere) samtidigt, i modsætning til tidligere med papirjournalen, hvor data kun ville være fysisk til stede ét sted. Papirjournalen fulgte rent fysisk patienten, hvorfor lægerne og sygeplejerskerne var tvunget til at læse i journalen, mens patienten observerede og ventede under afholdelse af stuegang. En arbejdsgang, der kunne virke negativt ind på patienten og de pårørendes oplevede kvalitet af stuegangen, idet lægerne og sygeplejerskerne let kunne virke uforberedte.

Lægerne og sygeplejerskerne giver ud fra en medicinsk lægevidenskabelig diskurs udtryk for, at kvaliteten af deres arbejde bliver bedre med EPJ, i og med at de lettere fra flere geografiske lokaliteter og på et tidligere tidspunkt i patientforløbet/vagten vil kunne orientere sig om patienterne. Det betyder, at når lægerne og sygeplejerskerne mødes for endeligt at planlægge stuegangen sammen, har både lægen og sygeplejersken allerede forinden kunnet orientere sig i EPJ. Deres mundtlige kommunikation og efterfølgende beslutninger kan derfor finde sted på et fagligt højere niveau, og der opnås nogle tempofordele i den mundtlige kommunikation, ved at lægen og sygeplejersken ikke først skal læse om det mest grundlæggende i patientjournalen. Det styrker selvsagt lægernes og sygeplejerskernes kommunikations- og beslutningsprocesser og mulighed for at planlægge stuegangen.

Der synes at være blevet argumenteret ud fra både en medicinsk lægevidenskabelig logik og ud fra en økonomisk/administrativ logik om, at den højere grad af datatilgængelighed betyder, at lægerne og sygeplejerskerne med EPJ vil have bedre præmisser for at kommunikere i forbindelse med forberedelse af stuegangen, og dermed bedre muligheder for at koordinere det samlede patientforløb. Lægerne og sygeplejerskerne har argumenteret for, at det igen betyder, at patienten og de pårørende vil opleve, at de ikke bliver spurgt om de samme ting af forskellige læger, og de vil opleve tempofordele i form af bedre forberedte læger og sygeplejersker. Lægerne og sygeplejerskerne underkaster sig nogle sandhedsformer, der bygger på en ”scientific management”/økonomisk-administrativ logik om, at der med EPJ skabes nogle rationaliseringsgevinster i form af tempofordele i arbejdsgangene omkring indtastning af data, ved at de kun behøver at blive indtastet én gang, hvor det er mest hensigtsmæssigt, for derefter at kunne blive genbrugt i mange andre sammenhænge. Herved undgås dataredundans.

### **EPJ som læsning**

Et andet hyppigt fremført argument med EPJ som teknologi og dennes måde at organisere relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne på før afholdelse af stuegang har været, at den arbejdsgang, hvor lægerne og sygeplejerskerne sætter sig sammen foran EPJ og kommunikerer mundtligt omkring den forestående stuegang ud fra de tværfaglige notater i EPJ, er en enestående og nødvendig arbejdsgang, for at lægerne og sygeplejerskerne på lidt længere sigt vil kunne sikre sig den nødvendige entydighed i anvendelsen af medicinske lægevidenskabelige begreber og begrebssammenhænge. Den er nødvendig, fordi en entydig medicinsk lægevidenskabelig begrebsanvendelse vil være en forudsætning for opnåelsen af den helt store rationaliseringsgevinst både ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik og ud fra en økonomisk/administrativ logik, hvor data kun indtastes én gang for derefter at kunne genbruges og ikke mindst ”at kunne forstås på samme måde” i andre sammenhænge af andet klinisk personale repræsenterende samme eller anden faggruppe. Læger og sygeplejersker har argumenteret for, at en forudsætning for, at den tværfaglige EPJ vil kunne fungere hensigtsmæssigt under forberedelse af stuegang, hvor læger og sygeplejersker primært læser tværfaglige notater, er, at lægerne og sygeplejerskerne også ved forberedelse af stuegang kommunikerer og beslutter ud fra samme rationaler udtrykt gennem anvendelsen af de samme medicinske lægevidenskabelige begreber og begrebssammenhænge, den samme medicinsk lægevidenskabelige semantik.

### **EPJ som planlægningsværktøj**

Der er ud fra en medicinsk lægevidenskabelig diskurs og ud fra en økonomisk/administrativ diskurs blandt læger og sygeplejersker givet udtryk for, at EPJ understøtter en hensigtsmæssig forberedelse af stuegangen, hvor der under afholdelse af stuegang på en sengeafdeling ofte arbejdes med flere patienter samtidigt eller i umiddelbar forlængelse af hinanden. Med patientlisterne i EPJ er lægerne og sygeplejerskerne i stand til at sammenstille og præsentere flere patienters journaler på én gang, således at de hurtigt kan danne sig et samlet overblik over flere patientforløb, idet de dermed er i stand til at planlægge den mest kvalitative og effektive stuegang. Men i det hele taget i forbindelse med planlægningen af stuegangen har lægerne og sygeplejerskerne givet udtryk for, at de

med patientlisterne i EPJ er i stand til at smidiggøre arbejdsgangene, da patientlisterne giver lægerne og sygeplejerskerne et bedre overblik over den samlede patientportefølje. Samtidig hermed argumenteres der ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik og ud fra en økonomisk/administrativ logik, at fordi lægen selv skal skrive sine notater i EPJ, så bliver notaterne kortere, mere strukturerede og præcise. Det betyder, at lægen sparer tid, uden at det går ud over notaternes faglige kvalitet, fordi det stadig er lægen, der med initialer hæfter for notaternes indhold og kvalitet, og fordi lægens notater i EPJ bliver relativt mere tilgængelige, hvorfor der også skabes en større datagennemsigtighed. Argumentet er derfor, at lægen på grund af sin faglige stolthed, og fordi han er klar over, at mange lægekolleger og andre med gennemsigtigheden og tilgængeligheden af data i EPJ vil kontrollere og kommentere hans notater.

### **EPJ og problemorientering**

Blandt især lægerne er der blevet argumenteret for, at det er en fordel for dem, at EPJ i indhold og struktur er programmeret ud fra en problemorienteret og klassisk medicinsk lægevidenskabelig tænkemåde, da det er i patientjournalen, lægen definerer og dokumenterer den stillede medicinsk lægevidenskabelige diagnose, det opstillede problem i patientforløbet, og hvor lægen efterfølgende beslutter sig for og dokumenterer den bedst egnede behandlingsplan, den bedst egnede løsning på det opstillede problem. Lægen tænker, handler og dokumenterer problemorienteret omkring patienten i patientjournalen, hvor patientjournalen kommer til at fremstå som en samlet dokumentation for lægens problemorienterede tilgang til patienten. For lægen vil det i forbindelse med forberedelse af stuegangen ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik være en fordel at læse notater ud fra en struktur, han er flasket op med igennem medicinstudiet. Formålet med den problemorienterede dokumentationspraksis i EPJ ud fra den medicinske lægevidenskabelige logik, men også ud fra den økonomiske/administrative logik, er at gøre patientjournalen overskuelig og procesorienteret, ved at alle data, der dokumenteres i journalen, skal perspektiveres i forhold til et givent problem, samtidig med at det skal være let for den, der dokumenterer, og andre at finde det skrevne notat og sætte det i forhold til en samlet helhed eller det samlede problemkompleks i patientforløbet. Problemorienteret dokumentationspraksis bliver således til mere end at perspektivere de enkelte notater i forhold til problemer, der er også tale om en struktur i journalen, der skal gøre det let at søge på problemer og få dem præsenteret i en samlet helhed, således at der gerne skulle opnås en bedre forståelse for patientens situation, med henblik på lettest muligt at forbedre dennes behandling og pleje. Adspurgte læger har ud fra et lægefagligt perspektiv givet udtryk for, at det med EPJ skal være muligt at få illustreret en problemorienteret struktur på patientforløbet, der går ind og understøtter den diagnostiske proces ved at illustrere en klar sammenhæng i informationerne imellem diverse anamnesticke informationer, lægens objektive fund på patienten (det, lægen konstaterer af symptomer ved at se på, røre ved og lytte til patienten), i forhold til forskellige behandlingsalternativer og undersøgelsesresultater. Samtidig har lægerne argumenteret for, at det skal være muligt for dem at orientere sig i patientrelaterede data ud fra den kronologiske struktur, hvilket man sikrer sig ved at bevare lægens continuationer, der er dennes notater i tidsmæssig (kronologisk) rækkefølge. Det sikrer lægen, og nu også sygeplejerskerne, det bedst mulige overblik over patientforløbet, hvilket i høj grad er vigtigt i forbindelse med lægernes og sygeplejerskernes arbejdsgange med henblik på at forberede stuegangen.



I forhold til sygeplejerskernes forberedelse af stuegang synes EPJ's problemorienterede journalstruktur at passe godt til den måde, hvorpå sygeplejersker tænker gennem deres sygeplejeklassifikationssystemer, hvor det for dem handler om at læse og dokumentere i forhold til plejemæssige aspekter i patientforløbene. På den baggrund synes den problemorienterede struktur og dokumentationspraksis i EPJ kun at understøtte sygeplejerskerne i deres arbejdsgange og deres måde at tænke på i forhold til sygeplejediagnoser, fordi de i EPJ fortsat, som de tidligere gjorde i kardex, kan dokumentere problemorienteret. Sygeplejerskerne sikrer således en fortsat klar sammenhæng imellem patientens plejemæssige problemer og behov, de sygeplejefaglige handlinger og disses resultater. Det er en fordel for sygeplejerskerne, når de skal forberede en stuegang med læsning af sygeplejenotater i EPJ, hvor det for dem gælder om at evaluere de respektive sygeplejefaglige handlingsalternativer, og det giver sygeplejersken et godt overblik over patientens reaktioner på forskellige plejemæssige behandlingsformer. Der skabes en god sammenhæng mellem plejemæssige mål og plejemæssige midler, således at EPJ vil kunne fungere som et effektivt beslutningsunderlag for fremtidig justering af patientens pleje. Den store udfordring i forbindelse med sygeplejerskernes problemorienterede sygeplejenotater i den tværfaglige EPJ består i at nå til enighed om en struktureret og standardiseret måde at notere på, der sikrer, at indholdet i notaterne bliver kort og præcist. Dette skal ses i lyset af, at der i en elektronisk tværfaglig journal, med de nuværende relativt lange og i måden at bruge forskellige lægelige og sygeplejemæssige termer og begreber på meget forskelligartede sygeplejenotater, vil være en betydelig risiko for, at både læger og sygeplejersker kan miste meningsindholdet i de enkelte sygeplejenotater, men også grundet deres volumen og antal vil kunne miste overblikket over de centrale og vigtigste notater i forhold til det samlede patientforløb.

Samlet set har lægerne og sygeplejerskerne ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik og ud fra en økonomisk/administrativ logik argumenteret for, at den elektroniske, tværfaglige og problemorienterede EPJ er med til at gøre forberedelsen af stuegangen overskuelig for lægerne og sygeplejerskerne.

### **Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold før stuegang?**

Læger og sygeplejersker kan potentielt kommunikere mundtligt og tværfagligt sammen omkring patientens behandlings- og plejeplaner foran EPJ, umiddelbart inden de sammen går stuegang. Det betyder, at lægernes og sygeplejerskernes beslutninger omkring patientens behandlings- og plejeplaner potentielt bliver fagligt mere nuancerede og af en bedre (tvær)faglig kvalitet. EPJ gør lægernes og sygeplejerskernes notater let tilgængelige, hvorfor lægerne og sygeplejerskerne potentielt i højere grad vil kunne læse hinandens notater i EPJ før stuegang. EPJ kan potentielt sikre øget skriftlig kommunikation mellem lægerne og sygeplejerskerne inden afholdelse af stuegang. Det synes at være afgørende for, at den tværfaglige skriftlige kommunikation ikke skal ske på bekostning af den tværfaglige mundtlige kommunikation, at både lægerne og sygeplejerskerne i praksis i den travle hverdag vælger at prioritere, at de sammen får sat sig foran EPJ for at træffe beslutninger omkring patienterne. Prioriterer sygeplejerskerne ikke den mundtlige kommunikation med lægen, betyder det, at lægen vil sidde alene foran EPJ og forberede stuegangen.

En positiv effekt i forhold til lægens beslutningsgrundlag med EPJ i forbindelse med forberedelsen af stuegangen er, at EPJ sikrer en høj grad af datatilgængelighed, fordi EPJ altid er tilgængelig. Lægen vil derfor have gode betingelser for at træffe beslutninger på

baggrund af skriftlige sygepleje- og lægenotater. En negativ effekt på lægens beslutningsgrundlag ved forberedelsen af stuegang er, at de mange data kan få lægen til at miste overblikket over det samlede patientforløb i EPJ. Det vil især gøre sig gældende, hvor lægerne og sygeplejerskerne har foretaget megen dobbeltregistrering med megen dataredundans til følge. EPJ gør det tydeligt, at det er vigtigt, at lægerne og sygeplejerskerne undgår dobbeltregistrering. Den tværfaglige skriftlige kommunikationspraksis mellem læger og sygeplejersker før stuegang har betydet, at sygeplejerskernes notater potentielt bliver læst af både læger og sygeplejersker.

## **EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi under stuegang**

### **Objektformer, subjektformer, sandhedsformer og handleformer med EPJ under stuegang**

EPJ konstituerer en væsentlig ny relation mellem lægen (subjektet) og patientjournalen (objektet) i forbindelse med lægens afholdelse af stuegang, hvor lægen efter implementeringen af EPJ i afdelingen går stuegang uden patientjournal. Det betyder, at lægens relation til patienten og de pårørende potentielt bliver mere nærværende, fordi han nu ikke står og kigger i patientjournalen. Eftersom EPJ har været tilgængelig for lægen umiddelbart før stuegang, betyder det, at lægen ikke behøver at spørge patienten og de pårørende om de samme ting flere gange under stuegangen, hvilket får lægen til at virke mere forberedt og mere fagligt kompetent. Den nye relation mellem lægen og patientjournalen får lægen til at virke mere professionel ud fra en medicinsk lægevidenskabelig logik. I forbindelse med mere komplicerede patientforløb, hvor der er mange detaljer, der skal huskes omkring patienten, peger nogle læger dog på, at det i beslutnings- og kommunikationssituationer under stuegangen kan være uhensigtsmæssigt, at patientjournalen ikke er med på stuegang.

Selv om lægen stadig som hovedregel går stuegang sammen med sygeplejersken, ændrer EPJ potentielt ved denne subjekt-subjekt-relation mellem lægerne og sygeplejerskerne, idet flere adspurgte både læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at der i stigende grad er en tendens til, at sygeplejerskerne undlader at gå med på stuegang med argumentet om, at lægerne blot kan orientere sig i sygeplejerskernes notater i EPJ. Det betyder selvsagt, at lægernes og sygeplejerskernes kommunikation under stuegangen er ikke-eksisterende, og det betyder igen, at sygeplejerskerne ikke kan deltage i lægens beslutningsprocesser under stuegangen, hvor de i højere grad orienteres om lægens beslutninger mundtligt af lægen eller ved at læse lægens skriftlige notat i EPJ. Den store potentielle gevinst under stuegang med EPJ er, under forudsætning af at sygeplejerskerne går med på stuegang, at lægerne og sygeplejerskerne kan fortsætte den mundtlige og tværfaglige kommunikation omkring patientens behandlings- og plejeplaner, som de indledte foran EPJ under forberedelse af stuegangen. På baggrund af den mundtlige kommunikation vil lægerne og sygeplejerskerne sammen kunne træffe beslutninger om patientens behandling og pleje. Den store uhensigtsmæssighed med EPJ synes at være, at der er en tendens til, at den øgede skriftlige kommunikation mellem lægerne og sygeplejerskerne sker på bekostning af den mundtlige kommunikation, da sygeplejerskerne fravælger at gå med på stuegang.

Grundlæggende ændrer EPJ ikke i relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne under afholdelse af selve stuegangen, der stadig med EPJ består af lægens målrettede kliniske undersøgelse af patienten med hovedvægten lagt på de aspekter, lægen og sygeplejersken

på forhånd under planlægningen af stuegangen har en fornemmelse af, at der skal fokuseres på hos det pågældende barn. Stuegangen vil tage sit afsæt i oplysningerne i børnenes EPJ'er. Eftersom EPJ ikke kan komme med på stuegang, betyder det, at lægen må forlade stuen og søge til et kontor med EPJ for at læse, for derefter at vende tilbage til stuen. Nogle læger har givet udtryk for, at dette kan være en tidskrævende proces, hvor lægen kan komme til at fremstå som fagligt inkompetent i forældrenes øjne. EPJ ændrer ikke ved, at stuegangen, ligesom stuegangen var med papirjournalen, er problemorienteret ud fra en medicinsk lægevidenskabelig diskurs med hovedvægten på de ting, der skal tages stilling til i forhold til det enkelte barn, hvor lægen undersøger barnet med en målrettet klinisk undersøgelse, hvorefter sygeplejersken underretter barnets forældre om objektive fund. På baggrund af undersøgelsen tager lægen stilling til den videre behandling og undersøgelse af barnet. Lægen lægger enten en ny plan for behandlingen eller ændrer lidt i den gamle plan. Stuegangen afsluttes med, at lægen og sygeplejersken enten kan vælge at fortsætte den gamle behandling og pleje, justere lidt i behandlingen og plejen, eller lægge henholdsvis en ny behandlings- og/eller plejeplan. Derudover træffer lægen en beslutning om, hvornår der skal ordineres nye prøver og undersøgelser, og hvornår det næste gang vil være relevant, at der bliver gået stuegang på barnet.

### **Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold under stuegang?**

EPJ synes potentielt at disponere for et paradoks under afholdelse af stuegang i forhold til hensigterne om det tværfaglige samarbejde mellem lægerne og sygeplejerskerne, da sygeplejerskerne i stigende grad vælger ikke at gå med på stuegang, hvorfor stuegangen bliver mere monofaglig. Når lægerne og sygeplejerskerne går stuegang sammen, synes EPJ ikke at ændre i dagsordenen under stuegangen, der stadig er lægens problemorienterede kliniske undersøgelse af patienten, og som efterfølgende bærer præg af lægens beslutninger i forhold til patientens behandlingsplan. Lægen konstitueres stadig som den handlingsorienterede og målrettede klinisk rationelle læge, der på baggrund af patientens data i patientjournalen foretager den kliniske undersøgelse af patienten, og hvor sygeplejersken konstitueres som den, der bistår lægen med de relevante plejemæssige data i forbindelse med lægens undersøgelse af patienten. Stuegangen er stadig med EPJ domineret af en medicinsk lægevidenskabelig logik. Det betyder videre, at sygeplejerskerne med EPJ i de tilfælde, hvor de deltager i stuegangen, stadig synes at have en servicerende funktion over for lægerne, idet de mundtligt bistår dem med oplysninger omkring patientens plejemæssige informationer.

### **EPJ som beslutnings- og kommunikationsteknologi efter stuegang**

#### **Objektformer, subjektformer, sandhedsformer og handleformer med EPJ efter stuegang**

EPJ har først og fremmest ændret radikalt i subjekt-objekt-relationen mellem lægen og patientjournalen, og deraf afledt i subjekt-subjekt-relationen mellem lægen og sygeplejersken i forbindelse med udfærdigelsen af stuegangsnotatet, da lægen nu selv i umiddelbar forlængelse af stuegangen skal skrive stuegangsnotatet i EPJ. Det betyder, at EPJ fratager lægen den kulturbetingede arbejdspraksis, hvor han mere direkte og verbalt havde muligheden for at uddelegere opgaver til sygeplejersker og sekretærer. Derudover konstituerer EPJ subjekt-subjekt-relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne efter

stuegangen på nye måder, hvor det med EPJ potentielt og under forudsætning af, at sygeplejerskerne vælger at gå med lægen på stuegang, er muligt for lægerne og sygeplejerskerne at sætte sig sammen foran EPJ og udfærdige et fælles stuegangsnotat på baggrund af en tværfaglig og ligeværdig dialog, der tager afsæt i de fælles erfaringer med patienterne på stuegangen. Lægernes og sygeplejerskernes fælles handlerum ændres med andre ord radikalt med EPJ.

### **EPJ kombineret med mundtlighed**

Både lægerne og sygeplejerskerne konstitueres med EPJ som tværfagligt samarbejdende i beslutningsprocessen omkring patientens videre behandlings- og plejeplan i den forstand, at både lægen og sygeplejersken lytter mere til hinanden, samtidig med at de potentielt har mulighed for at læse det fælles stuegangsnotat i takt med, at det bliver skrevet af lægen. Men selv om det skrives af lægen, har sygeplejersken potentielt mulighed for at komme med korrektioner, påmindelser og rettelser i forhold til stuegangsnotatet, inden lægen sender notatet til godkendelse med sine initialer. På det symbolske plan synes EPJ at konstituere lægerne og sygeplejerskerne mere ligeværdigt, men dagsordenen er stadig domineret af den medicinske lægevidenskabelige og problemorienterede sandhedsform i forhold til udredning af patientforholdene. Den medicinske lægevidenskabelige diskurs sætter dagsordenen mellem lægen og sygeplejersken. Men med EPJ er sygeplejersken blevet inkluderet i den medicinske diskurs, hvor hun kan deltage med rettelser og korrektioner. Der er ikke tale om, at sygeplejersken inkluderes på lige fod med lægen, men hun er med i udarbejdelsen af de lægelige notater. Det giver sygeplejersken nogle tempofordele i forhold til tidligere med papirjournalen vedrørende, hvor hurtigt hun kan orientere sig i patienternes behandlingsforløb.

Kort sagt, med EPJ skabes der en relation mellem lægerne og sygeplejerskerne baseret på tværfaglig kommunikation og tværfaglige beslutningsprocesser efter afholdelsen af stuegangen. Ved denne fremgangsmåde finder den skriftlige kommunikation mellem læger og sygeplejersker med EPJ ikke sted på bekostning af den mundtlige, fordi lægerne og sygeplejerskerne kan føre en mundtlig dialog om notatets indhold, hvor beslutningerne omkring pleje og behandling får tværfaglige perspektiver. Sygeplejerskerne vil efterfølgende straks kunne udføre de handlinger, lægens beslutninger om patientens behandlingsplan kræver. Men den potentielle mulighed for udarbejdelse af et fælles stuegangsnotat ændrer ikke ved lægernes og sygeplejerskernes relative faggruppebestemte status, i og med at det stadig er lægen, der er beslutningstageren i forbindelse med udfærdigelsen af stuegangsnotatet, hvorfor det fortsat er lægen, der sætter den fremtidige dagsorden omkring patientforløbene. Lægen vil stadig være den styrende og delegerende over for sygeplejersken, hvis arbejdsgange omkring pleje, ordinationer, rekvisitioner etc. bestemmes ud fra den behandling, lægen beslutter. Men lægens uddelegering og styring af sygeplejersken foregår måske mere skjult og knap så direkte som før med papirjournalen, hvor lægen i højere grad gav mundtlige instrukser. Nu læser sygeplejersken selv instrukserne i lægens notat/(fællesnotatet), hvilket kan give hende en følelse af, at hun styrer sit eget arbejde, selv om hun reelt er servicerende i forhold til den medicinske lægevidenskabelige diskurs. Nogle læger har endda givet udtryk for, at de med EPJ og indførelsen af fællesnotatet bruger megen tid på at rette i sygeplejerskernes kommentarer i fællesnotatet for at sikre, at sproget i notatet er korrekt, fordi det stadig er lægen, der har det endelige (juridiske) ansvar for notatet, og det dermed er lægen, der vil blive draget til ansvar, hvis notatet ikke har den nødvendige kvalitet. Der har også været adspurgt

sygeplejersker, der har givet udtryk for, at de bruger mere tid på hvert enkelt notat. Forklaringen synes at være, at det, sygeplejerskerne nu skriver i journalen, bliver læst af flere, samtidig med at det skrevne ”bliver stående der til mands minde” frem for tidligere i kardex, hvor sygeplejerskernes notater figurerede på nogle papirer, der blev lagt om bag i journalen. Kort sagt, fordi data er mere tilgængelige i EPJ.

### **EPJ uden mundtlighed**

Omvendt konstituerer EPJ subjekt-subjekt-relationen på en anden og ny måde efter afholdelse af stuegang, hvis sygeplejersken vælger ikke at gå med på stuegangen, hvor lægernes nye relation til patientjournalen som skrivende generelt synes at få lægen til at fremstå som mere selvhjulpne og som en mere effektiv læge, der arbejder monofagligt på bekostning af det tidligere tværfaglige samarbejde med sygeplejersken under stuegangen. Fordi lægerne med EPJ selv skal skrive deres stuegangsnotater, bliver de ansvarlige for notaternes endelige struktur og indhold, og da EPJ samtidig ændrer relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne på den måde, at flere fra de respektive faggrupper kommer til at læse hinandens notater, synes lægen at blive mere præcis, kortfattet og struktureret i sin dokumentation. EPJ tvinger lægen til at formulere sig skriftligt, hvor den skriftlige tekst i sin natur disponerer lægen til at være mere præcis og kortfattet, end han var med det verbale sprog i diktafonen.

Lægen disciplineres og underkastes dokumentationsstrukturerne i de standardiserede præfabrikerede skemaer og tabeller i EPJ, samtidig med at han er underkastet de standardiserede vejledninger, koder og klassifikationssystemer i EPJ. Denne disciplinering holdes i hævd af ydre kontrol- og overvågningsmekanismer, hvor ledelse og kollegaer qua EPJ's tilgængelighed og datas gennemsigtighed til enhver tid vil kunne kontrollere og kommentere indholdet og kvaliteten af hver enkelt læges notater. Da lægen selv skriver, ændres lægens relation til sygeplejerskerne sig tillige ved, at der med EPJ skabes nogle tempofordele i lægernes og sygeplejerskernes tværfaglige samarbejde. Da lægen med EPJ skriftligt kan dokumentere sine beslutninger i stuegangsnotatet, umiddelbart efter at han har truffet beslutningerne, betyder det, at sygeplejersken potentielt med det samme i umiddelbar forlængelse af stuegangen vil kunne iværksætte de nødvendige sygeplejemæssige handlinger, lægens beslutninger nødvendiggør. Sygeplejerskerne synes generelt at fremstå som hurtigere og mere effektive i forbindelse med deres dokumentation, fordi det med EPJ er muligt at have alle relevante oplysninger omkring patienten samlet ét sted, hvor data altid vil være tilgængelige. Mange læger har dog givet udtryk for, at der er noget tilbage at ønske med hensyn til, hvor præcise og kortfattede sygeplejerskernes notater er. Sygeplejerskernes notater omkring plejemæssige observationer vil tillige blive mere standardiserede med en mere kortfattet, præcis og problemorienteret struktur. En sådan struktur gør, at der opstår mindre forvirring omkring meddelelser og – mere generelt – mindre forvirring i kommunikationen mellem sygeplejerskerne.

### **EPJ og jurisdiktion**

På den måde vil jeg med terminologien i min analysemodel hævde, at den skrivende læge som subjekt i sin kommunikation og dokumentation i EPJ gør sig selv til objekt på den måde, at han gør sig selv til objekt for selvstyring ved igennem en bestemt

dokumentationspraksis i EPJ at handle ud fra en bestemt sandhedsform, nemlig den, de standardiserede rubrikker, skemaer, tabeller, koder, klassifikationssystemer og vejledninger foreskriver. I EPJ er der således indlejret en bestemt norm om, at lægen skal være i stand til skriftligt og på egen hånd at kommunikere og dokumentere medicinske lægevidenskabelige data om patientens diagnoser og behandling på en præcis og kortfattet måde. Det er denne disciplinering af strukturen og indholdet af lægernes dokumentationspraksis i patientjournalen, der har fået nogle læger til at give udtryk for, at de som faggruppe har mistet den frie ordinationsret, som har været styrende for lægernes identitet og selvforståelse som læger. Fordi lægen selv skal skrive, konstitueres han ud fra en bureaukratiserings- og sandhedsform i EPJ, hvor lægen får rollen som administratoren eller bogholderen, der skal dokumentere effektivitet. Lægen konstitueres med EPJ ud fra en sandhedsform, hvor han får tildelt flere pligter, i og med at lægen selv skal skrive, samtidig med at han mister nogle rettigheder som den frie ordinationsret og den kulturbetingede ret til at lede og fordele arbejdet mellem sygeplejersker og lægesekretærer. På den måde er der indlejret en sandhedsform i EPJ om, at lægen i højere grad end tidligere skal indordne sig bureaukratiseringsnormerne i EPJ.

## **EPJ og veridiktio**

Den logik (effects of veridiction), der synes at have været disponerende for faglighedernes mulige handlerum (effects of jurisdiction), har været, at EPJ synes at disponere for monofaglighed, da EPJ kun har meget vage dispositioner for tværfaglige samarbejdssituationer mellem læger og sygeplejersker. Derudover er der indlejret en gennemgribende figur og rationalitet om effektivitet, produktivitet og reduktion af fejlkilder i EPJ. Fordi EPJ har været anledning til en omorganisering af lægernes og sygeplejerskernes arbejdsgange i patientjournalen, har implementeringen af EPJ betydet, at lægernes og sygeplejerskernes relationer har ændret sig i kommunikations- og beslutningssituationer. Den store forandring har bestået i, at sygeplejerskerne i langt højere grad end tidligere har fået muligheden for at læse lægernes notater om patienterne, samtidig med at sygeplejerskerne har fået mulighed for at dokumentere egne notater i patientjournalen, der nu er blevet tværfaglig. Derudover er både læge- og sygeplejerskenotaterne blevet mere strukturerede med EPJ på grund af de forskellige klassifikationssystemer og forprogrammerede felter i journalen. Det betyder, at sygeplejerskerne bliver langt bedre informeret omkring de medicinske og behandlingsmæssige forhold omkring patienterne. Det betyder igen, at sygeplejerskerne i større omfang i skrift og tale er begyndt at ytre sig omkring patienternes behandling, hvilket synes at være sket på bekostning af sygeplejerskernes dokumentation af de traditionelle sygeplejedata omkring pleje og omsorg. Sygeplejerskernes øgede fokus på de skriftlige medicinske patientdata synes at have betydet, at sygeplejerskerne i mindre grad kommunikerer mundtligt i løbet af vagten omkring de sygeplejemæssige data. Det betyder, at lægerne ikke længere har monopol på den medicinske lægevidenskabelige diskurs, hvor sygeplejerskerne er blevet medspillere, men hvor sygeplejerskerne ikke i samme omfang som tidligere formulerer sig mundtligt som skriftligt inden for den plejemæssige omsorgsdiskurs. Fordi dokumentationen i EPJ er blevet tværfaglig, er der sket et skred i forhold til ejerskabet af patientjournalen. Hidtil har journalen primært været tænkt som lægens journal, hvor der i forlængelse af ovenstående, og på baggrund af mange af de adspurgte lægers udsagn, nu ligger en stor udfordring i ”at sælge” visionen om den tværfaglige journal. Den tværfaglige journal er et opgør med den skarpt opdelte papirjournal, hvor læger og sygeplejersker har haft ”hver deres journal i journalen”. Nogle

læger har givet udtryk for, at de opfatter den nye journalstruktur og de ændrede arbejdsgange som en indtrængen på deres enemærker, mens sygeplejerskerne kan føle, at de nye tiltag udvisker deres faglige identitet, fordi det er den medicinske lægevidenskabelige diskurs, der er så dominerende i EPJ.

### **EPJ og den lægelige selvforståelse**

EPJ synes at have skabt helt nye selvforståelser blandt lægerne, hvor det måske især er de lidt ældre læger, der har følt, at deres identitet og position som læge er ændret væsentligt med EPJ. Adspurgte (lidt ældre) læger har givet udtryk for, at et stort problem med den standardiserede EPJ er, at lægerne mister en meget grundlæggende rettighed for mange lægers selvforståelse, den frie ordinationsret. Dog synes de yngre læger generelt at være tilfredse med, at der er fælles retningslinjer for diagnosticering, ordination og behandling i EPJ. De ældre læger har i højere grad været opdraget til, at man som læge skal arbejde sig op igennem systemet, hvor belønningen som overlæge har været den frie ordinationsret. Dette virkelighedsbillede forstyrres af, at man vil indføre en EPJ med fælles retningslinjer bestemt af andre. Derfor har der fra lægers side været en betoning af, at det vil være en fordel, hvis afdelingsledelserne gør meget ud af at forklare lægerne, at der med retningslinjerne "kun" er tale om vejledninger og ikke dekretter. På den måde vil den enkelte læge ikke have oplevelsen af, at dennes frie lægelige skøn frarøves, men at standarderne og retningslinjerne i stedet opfattes som et hjælpemærktøj, lægerne kan benytte sig af til at konsultere i forbindelse med en given ordination, hvorved lægen kan få alle aspekter med omkring ordinationen. På den måde kommer instruksens til at virke som en "frigørende" teknologi, der kan hjælpe lægen i den kreative proces, der ligger bag ved det lægelige skøn, frem for en disciplinerende og kontrollerende teknologi, der hæmmer lægen i frit at foretage sit lægelige skøn. Betoner afdelingsledelsen ikke frivilligheden af at benytte sig af disse retningslinjer over for lægerne, vil retningslinjerne forstyrre lægerne og opleves som "spændetrøjer", da lægerne er blevet opdraget til at tænke kreativt i beslutningsprocesserne omkring diagnoser og behandlinger. Nogle af de adspurgte lægers forbehold over for EPJ er med andre ord, at der er risiko for, at vejledningerne kan komme til at virke som en slags sovepude for lægen, hvis denne i sin brug af vejledningerne blot slår automatpiloten til uden selv at tænke. Lægen må fastholde, at alle patienter på trods af de standardiserede retningslinjer er unikke tilfælde, der alle reagerer fysisk som psykisk på deres helt egen og unikke måde i forhold til en given behandling og pleje, hvorfor det ofte kan være nødvendigt for lægen at overveje det hensigtsmæssige i at afvige fra de standardiserede vejledninger.

Nogle læger har givet udtryk for, at ikke alene forsvinder lægernes hidtidige monopol på journalen som arbejdsredskab, men i EPJ skabes der de nødvendige forudsætninger for, at man ved hjælp af den kunstige intelligens, der eksisterer gennem "bits and bytes" i den elektroniske journals forskellige standardprogrammer, i journalen har indlejret forskellige standardiserede kategorier i form af svar i forhold til centrale korrektioner i et patientforløb. Det er kategorier, der hører under lægens faglighed knyttende sig til undersøgelse, diagnose og behandling. Nogle af de adspurgte læger har derfor givet udtryk for, at EPJ sætter lægen, og dennes lægefaglige skøn, ud af spil. Med andre ord, det kliniske lægefaglige skøn devalueres, ved at EPJ-teknologien i højere grad overtager den faglige og kliniske ledelse på afdelingerne. Da den enkelte læges skøn er underkastet standardforløbene i computeren, er der desuden med EPJ røkket ved det bestående lægefaglige hierarki, idet de relativt rutinerede læger (overlæger) har mistet noget

indflydelse, fordi det som oftest er dem, der er mest kompetente til at foretage de lægefaglige skøn, som EPJ kan overflødig gøre eller mindske behovet for.

Forskydningerne i det lægefaglige hierarki kan belyses ud fra to forståelsesrammer eller diskurser, nemlig ud fra den lægefaglige diskurs, hvor der vil kunne argumenteres for, at der med standardforløbene er lagt en økonomisk/administrativ diskurs hen over den lægefaglige diskurs på netop de kliniske områder, der tidligere var domineret af den lægefaglige diskurs. Dette medfører, at man automatisk via standardforløbene, bevidst eller ubevidst, kommer til at betragte patienten som en "standardvare" inden for en given diagnose, med stor risiko for, at man kommer til at glemme det helt essentielle aspekt i al patientbehandling, at hver enkelt patient, også inden for samme diagnose, altid vil reagere fysisk som psykisk forskelligt på samme sygdom (diagnose) og behandling. Det forhold, at enhver patient kan siges at være unik og derfor altid vil have behov for en individuel tilpasset behandling og pleje, fordrer inden for den lægefaglige diskurs, at lægen må have de nødvendige frihedsgrader til at foretage sine lægefaglige skøn. For at de kan foretages bedst muligt, må de foretages ud fra observationer, lægen gør sig i samspillet med patienten, og ikke ud fra inkorporerede standardforløb og "guidelines" i en computer. Heroverfor kan implementeringen af EPJ forstås ud fra en økonomisk/administrativ diskurs, hvor der vil argumenteres for, at der i langt de fleste patientforløb vil være tale om relativt standardiserede processer, hvorfor det må komme patienterne, og hospitalerne, til gode, at undersøgelse, diagnosticering, behandling og pleje kommer til at foregå ud fra relativt standardiserede procedurer gennem standardforløbene i EPJ, fordi dette vil, om ikke helt sikre patientforløbene mod fejl eller utilsigtede hændelser, så i hvert fald sikre, at de foregår på et ensartet grundlag, og når fejlene eller de utilsigtede hændelser så opstår, bliver synliggjort gennem dokumentationen i EPJ, således at man vil kunne lære af dem og efterfølgende i EPJ-systemet sikre sig mod samme fejl eller samme utilsigtede hændelse. Kort sagt to forskellige dominerende diskurser på EPJ som teknologi, der kommer til udtryk i forbindelse med lægens arbejdsgange i EPJ med henblik på at dokumentere stuegangsnotatet omkring patientens fremtidige behandlingsforløb. Pointen er, at det er, som om nogle læger føler, at den medicinske lægevidenskabelige diskurs, som de har været vant til selv at fastsætte, bliver truet udefra, enten af en konkurrerende medicinsk lægevidenskabelig diskurs, andre har fastsat i form af retningslinjer og standardprogrammer i EPJ, eller i form af en økonomisk/administrativ diskurs, der gennem standardisering af patienterne ønsker at føre et bureaukratisk bogholderisystem over patienterne ved at putte dem i ensartede kasser (diagnoser), selv om patienterne hver især er ganske forskellige.

### **Delkonklusion: Hvad bliver tværfaglighedens indhold efter stuegang?**

I forbindelse med udarbejdelsen af stuegangsnotatet disponeres lægerne og sygeplejerskerne til at samarbejde tværfagligt med henblik på at udarbejde et fællesnotat. Med EPJ bliver det potentielt muligt for lægerne og sygeplejerskerne at sætte sig sammen og udfærdige et fælles stuegangsnotat på baggrund af en tværfaglig og ligeværdig dialog, der tager afsæt i de fælles erfaringer med patienterne på stuegangen. Lægernes og sygeplejerskernes fælles handlerum ændres med andre ord radikalt med EPJ. Både lægerne og sygeplejerskerne konstitueres med EPJ som tværfagligt samarbejdende i beslutningsprocessen omkring patientens videre behandlings- og plejeplan. Lægen og sygeplejersken lytter mere til hinanden, samtidig med at de med EPJ potentielt har mulighed for at læse det fælles stuegangsnotat i takt med, at det bliver skrevet af lægen.



Men selv om det skrives af lægen, har sygeplejersken potentielt mulighed for at komme med korrektioner, påmindelser og rettelser i forhold til stuegangsnotatet, inden lægen sender notatet til godkendelse med sine initialer. På det symbolske plan synes EPJ at konstituere lægerne og sygeplejerskerne mere ligeværdigt, men dagsordenen er stadig domineret af den medicinske lægevidenskabelige og problemorienterede sandhedsform i forhold til udredning af patientforholdene. På baggrund af lægens kliniske fund i undersøgelsen af patienten under stuegangen konstitueres lægen og sygeplejersken i umiddelbar forlængelse af stuegangen som fagligheder, der i fællesskab med afsæt i patientjournalen træffer beslutninger om patientens videre behandlings- og plejeforløb. I praksis vil det være lægen, der træffer beslutninger om de behandlingsmæssige tiltag, hvor sygeplejersken træffer beslutningerne vedrørende den relevante pleje. Med EPJ skabes der med andre ord mulighed for en tværfaglig mundtlig relation mellem læge og sygeplejerske i umiddelbar forlængelse af stuegangen. Ved udarbejdelsen af stuegangsnotatet efter stuegangen synes der med EPJ videre at være en tendens til, at lægen læser flere sygeplejenotater for at undgå dobbeltregistrering og dataredundans. Denne tendens synes tillige at være afledt af, at sygeplejerskerne med den tværfaglige og standardiserede EPJ i stigende grad forsøger at forfatte notaterne mere kort og præcist ud fra diverse sygeplejeinstrukser og sygeplejeklassifikationssystemet. Omvendt har EPJ tydeliggjort, at der er forskel på de to faggruppers status i forhold til den medicinske diskurs, hvor både læger og sygeplejersker har givet udtryk for, at der har været problemer forbundet med sygeplejerskernes sprog og begrebsanvendelse i den tværfaglige EPJ. Problemet opstår som følge af, at sygeplejersker i EPJ er begyndt at dokumentere traditionelt medicinsk lægevidenskabelige aspekter omkring diagnosticering og behandling i en upræcis og i sammenhængen ukorrekt måde. Sygeplejerskerne benytter sig af de samme begreber og af samme terminologi som lægerne uden at vide, hvad de enkelte ord og begrebssammenhænge dækker over. Denne tendens underbygger blot, at den medicinsk lægevidenskabelige diskurs fortsat synes at være klart den dominerende, men hvor lægerne har måttet opgive monoopolet i forhold til at repræsentere diskursen i patientjournalen.

## **Afhandlingens samlede konklusioner vedrørende samspillet mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program**

EPJ synes som teknologi at disponere for tværfaglighed som program ved tre begivenheder på lægernes og sygeplejerskernes dagvagt: ved forberedelse af stuegangen, ved afholdelse af stuegangen og ved den efterfølgende dokumentation af stuegangen. EPJ som teknologi disponerer for følgende:

1. Lægen skriver i EPJ, hvor han tidligere dikterende notater i diktafon og afleverede bånd til sekretær.
2. Lægen er kortfattet, struktureret og præcis i sine notater, hvor hans tidligere mundtlige notater var længere, mere upræcise og ustrukturerede.
3. Lægen er mere tværfagligt samarbejdende med sygeplejersken i forbindelse med planlægning af stuegang ud fra stuegangslisterne printet fra EPJ.
4. Lægen er mere tværfagligt samarbejdende med sygeplejersken i forbindelse med skrivning af stuegangsnotat i EPJ frem for tidligere, hvor lægen dikterede til diktafon og afleverede bånd til sekretær.
5. Lægen læser flere af sygeplejenotaterne, da disse nu er skrevet i den tilgængelige EPJ frem for tidligere i det utilgængelige kardex.
6. Lægen som mere opdateret, da patientjournalen altid er tilgængelig.

7. Sygeplejersken læser flere lægenotater, hvorfor hun er bedre orienteret omkring de medicinske lægefaglige forhold omkring patienten.
8. Sygeplejersken skriver mere i medicinsk lægefaglig terminologi ud fra en kortfattet og præcis problemorienteret struktur og med et præcist indhold ud fra et sygeplejediagnoseklassifikationssystem.
9. Sygeplejersken skriver plejenotater i den tværfaglige EPJ frem for i det monofaglige kardex, hvilket betyder, at der er flere faggrupper, der får mulighed for at læse sygeplejerskernes notater.
10. Sygeplejersken er mere tværfagligt samarbejdende med lægen i forbindelse med planlægning af stuegang ud fra stuegangslisterne printet fra EPJ.
11. Sygeplejerskerne er mere tværfagligt samarbejdende med lægen i forbindelse med udarbejdelse af stuegangsnotat. Tidligere dikterede alene lægen stuegangsnotatet.
12. Sygeplejersken læser mere i patientjournalen, da EPJ altid er tilgængelig, og fordi sygeplejerskens notater forefindes i EPJ.
13. Sygeplejersken som mere opdateret, da patientjournalen altid er tilgængelig.
14. En kommunikation og informationsformidling mellem læger og sygeplejersker, der i højere grad end tidligere er skriftlig i patientjournalen, frem for mundtlig dialog i afdelingen.
15. Den øgede skriftlige kommunikation i EPJ synes at være sket på bekostning af den mundtlige kommunikation både mellem lægerne og sygeplejerskerne, men også imellem sygeplejerskerne indbyrdes i forbindelse med rapportering ved vagtskifte.
- 16. Men de ændrede kommunikations- og beslutningsstrukturer med EPJ synes ikke at føre til grundlæggende ændringer i det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker, da lægen stadig har den suveræne beslutningskompetence og ansvaret for beslutninger omkring patientforløbet. Lægen forhører sig hos sygeplejersken omkring værdier og plejemæssige forhold, men han træffer stadig beslutninger på egen hånd.**

Ovenstående potentielle tendenser med forandringen i dokumentationspraksis har konstitueret lægerne som hurtigere, mere effektive og mere fagligt kompetente, hvilket igen har skabt et handlerum for effektiviseringer i patientforløbene, primært på grund af de tempofordele, EPJ har skabt i de forskellige arbejdsgange, og koordineringen af disse. Disse tempofordele har skabt en potentiel mulighed for at organisere det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker på en mere hensigtsmæssig måde, men synes tillige at have en positiv effekt på kvaliteten af arbejdsgangene. Den bedre kommunikation og informationsformidling mellem lægerne og sygeplejerskerne betyder overordnet set, at mulighederne for at planlægge og koordinere patientforløbet bliver bedre, hvilket skaber en højere grad af kontinuitet i patientforløbet. Det vil have en positiv effekt i forhold til den af patienten oplevede kvalitet. Det generelle mønster, der tegnede sig i forbindelse med mine interviews med læger og sygeplejersker, og i forbindelse med min analyse af deres arbejdsgange med EPJ i kravspecifikationen, er, at lægen, ligesom med papirjournalen, konstitueres inden for en ”klassisk naturvidenskabelig rationalitet”, men som noget nyt i en ”Djøff-rationalitet”, dvs. en økonomisk/administrativ effektivitetsfigur med lighedspunkter med den bærende rationalitet inden for eksempelvis New Public Management-teorien med fokus på tempofordele, effektivitet, produktivitet, standardisering og omsætningshastigheder. Sygeplejerskerne konstitueres med EPJ som en faggruppe, der i stadigt større omfang gennem deres dokumentation og læsning af lægenotater i EPJ har bevæget sig ind på lægernes arbejdsområde med fokus på den medicinske

lægevidenskabelige rationalitet på bekostning af dokumentationen af traditionelle plejemæssige og omsorgsrelaterede informationer omkring patienten.

Helt afgørende for, at det alligevel er min påstand, at der ikke er sket væsentlige ændringer i det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker med EPJ, er, at der med EPJ ikke er ændret ved, at det stadig er lægerne, der har den suveræne beslutningskompetence og det endelige ansvar for beslutninger omkring diagnoser, ordinationer og behandlingsplaner. I min analyse af de udvalgte udsagn fra læger og sygeplejersker og fra udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationen har jeg forsøgt at opspore de tiltag i forhold til EPJ, der handler om og synes at kunne disponere tværfaglige samarbejdssituationer mellem læger og sygeplejersker. Det generelle mønster er, at arbejdsgangene og kravspecifikationen til EPJ stadig synes at disponere for monofaglighed, selv om den ledelsesmæssige ambition med EPJ er, at den skal være tværfaglig. Denne ambition blev der redegjort for i de nationale IT-strategier og i EPJ-Observatoriets statusrapporter. Mønsteret er sådan på trods af, at afdelingsledelsen i Børneafdelingen har truffet en række ledelsesstrategiske beslutninger i forbindelse med implementeringen af EPJ med klare tværfaglige ambitioner mellem lægerne og sygeplejersken. Det er denne problemstilling, jeg vil forfølge nedenfor, hvor jeg vil redegøre for de ledelsesstrategiske beslutninger, der er blevet truffet i forbindelse med implementeringen af EPJ i Børneafdelingen, og hvor jeg vil problematisere de konkrete ledelsesstrategiske beslutninger om tværfaglighed som program i forhold til EPJ som teknologi. Det er ledelsesstrategiske beslutninger, der knytter sig til problemstillingen om, hvad den ændrede dokumentationspraksis i patientjournalen har betydet for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker i afdelingen. De ledelsesstrategiske beslutninger bliver trukket frem i lyset af EPJ som en anledning til en ledelsesstrategisk begivenhed, der sætter fokus på tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker i afdelingen. Refleksionerne handler om det snævre rum for styring, der sættes af EPJ som en teknologi, der fremmer en bestemt faglighed.

## Kapitel 7

### EPJ, et styringsregime

I dette afrundende kapitel vil jeg reflektere over EPJ som anledning til tværfaglighed i en teoretisk indramning, der handler om magt i forholdet mellem handling og styring. Det betyder, at jeg vil redegøre for, hvad forholdet er mellem handling og styring, hvor jeg genoptager Foucaults magtanalytik fra problemdiskussionen med de to perspektiver på magt. Magt som handling (handlingsmagt) og magt som styring (styringsmagt). Jeg vil redegøre for styringsmagts afhængighed af handlemagten i en analyse af de foregående kapitlers empiriske fortælling i Børneafdelingen. Et centralt tema i kapitlet er mine refleksioner over, hvad forholdet er mellem teknologi (veridiction) og handling (conduct) versus forholdet mellem program (jurisdiction) og handling (conduct). Med andre ord mine refleksioner omkring EPJ-teknologiens effekter på forestillingen om handleprogrammer i forhold til tværfaglighedsprogrammets effekter på forestillingen om handling. Spørgsmålet er, hvad der er stærkest, teknologi eller ledelse?

Det generelle mønster, der tegnede sig i forbindelse med mine interviews med læger og sygeplejersker og i forbindelse med min analyse af lægernes og sygeplejerskernes arbejdsgange med EPJ i kravspecifikationen, er, at lægen, ligesom med papirjournalen, konstitueres inden for en "klassisk naturvidenskabelig rationalitet", men som noget nyt med EPJ tillige i en "Djøff-rationalitet", dvs. en økonomisk/administrativ effektivitetsfigur med lighedspunkter med den bærende rationalitet inden for eksempelvis New Public Management-teorien med fokus på tempofordele, effektivitet, produktivitet, standardisering og omsætningshastigheder. Sygeplejerskerne konstitueres med EPJ som en faggruppe, der i stadig større omfang gennem deres dokumentation og læsning af lægenotater i EPJ har bevæget sig ind på lægernes arbejdsområde med fokus på den medicinske lægevidenskabelige rationalitet på bekostning af dokumentationen af traditionelle plejemæssige og omsorgsrelaterede informationer omkring patienten.

**Der er dog med EPJ ikke ændret ved, at det stadig er lægerne, der har den suveræne beslutningskompetence og det endelige ansvar for beslutninger omkring diagnoser, ordinationer og behandlingsplaner. I min analyse af de udvalgte udsagn fra læger og sygeplejersker og fra udvalgte arbejdsgange i kravspecifikationen har jeg forsøgt at opspore de tiltag i forhold til EPJ, der handler om og synes at kunne disponere tværfaglige samarbejdssituationer mellem læger og sygeplejersker. Det generelle mønster er, at arbejdsgangene og kravspecifikationen til EPJ stadig synes at disponere for monofaglighed, selv om den ledelsesmæssige ambition med EPJ er, at den skal være tværfaglig.**

**Det er derfor min påstand, at teknologi set som skaber af handling (styringsteknologisk) har været stærkere end ledelse (af det tværfaglige samarbejde).** Og det selv om tværfaglighed var en ambition, der blev givet skriftligt udtryk for i de nationale IT-strategier og i EPJ-Observatoriets statusrapporter. Og det på trods af, at afdelingsledelsen i Børneafdelingen har foretaget en række ledelsesstrategiske beslutninger i forbindelse med implementeringen af EPJ med klare tværfaglige ambitioner mellem lægerne og sygeplejersken.

Jeg vil i det følgende redegøre for og diskutere de specifikke ledelsesstrategiske beslutninger for afslutningsvist at begrunde, hvordan EPJ som styringsteknologi synes at have domineret den ledelsesstrategiske ambition om tværfagligt samarbejde. Det er ledelsesstrategiske beslutninger, der knytter sig til problemstillingen om, hvad den ændrede dokumentationspraksis i patientjournalen har betydet for det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker i afdelingen. Med andre ord vil jeg overordnet diskutere, hvordan begrebet om tværfagligt samarbejde har udkrystalliseret sig i mit interview med den ledende overlæge i Børneafdelingen. For interviewets fulde længde henviser jeg til bilag 1. Jeg vil i det følgende kun trække essenser ud i forbindelse med de ledelsesstrategiske beslutninger, der drejede sig om at styrke det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker.

I den ledende overlægens fortælling bliver EPJ objekt for handling på den måde, at den ledende overlæge bevidst har benyttet EPJ som en anledning til at afholde et ledelsesseminar i afdelingen, hvor dagsordenen var den tværfaglige organisering af arbejdsgange og opgavefordelinger i afdelingen. Den ledende overlæge kobler tre begivenheder sammen, implementeringen af EPJ, omstrukturering af patientforløb i afdelingen og afholdelsen af ledelsesseminaret, hvor dagsordenen er det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Hensigten er at konstruere forestillingen om, at med implementeringen af EPJ i afdelingen vil det være rationelt at organisere arbejdsgangene mellem lægerne og sygeplejerskerne på nye måder. EPJ bliver således en anledning til at redefinere relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne i afdelingen. Afdelingsledelsen har truffet nogle ledelsesstrategiske beslutninger i forhold til EPJ, for igennem disse beslutninger at konstruere forestillingen om EPJ som en tværfaglig patientjournal blandt læger og sygeplejersker i afdelingen.

I forbindelse med implementeringen af EPJ i alle afsnittene i Børneafdelingen i efteråret 2003 tager den ledende overlæge den bevidste beslutning, at lægerne selv skal skrive deres notater i EPJ, hvor lægen tidligere dikterende notater i diktafon og afleverede dikteret bånd til sygeplejerske eller sekretær. Den ledende overlæge benytter EPJ som anledning til at ændre ved nogle institutionaliserede forestillinger om lægen som den dikterende læge, der efter diktat kan aflevere sit bånd til en sygeplejerske med besked til denne om, at hun skal aflevere båndet til en sekretær, så denne vil kunne transskribere til patientjournal. Afdelingsledelsen konstruerer en ny relation mellem lægen og patientjournalen, og dermed også en ny relation mellem lægen og sygeplejersken. Lægen bliver nu skrivende i patientjournalen, hvilket betyder, at lægen får sat spørgsmålstejn ved sin tidligere identitet og selvopfattelse som lægen, der kunne diktere på bånd, for derefter at kunne uddelegere det videre arbejde med notatet til enten sygeplejerskerne eller sekretærene. Herved konstrueres lægerne og sygeplejerskerne som subjekter, der principielt og direkte igennem den "tværfaglige" EPJ (objekt) styres til at læse og skrive notater tværfagligt i EPJ. Den rationalitet, den ledende overlæge begrunder sin ledelsesstrategiske beslutning med, baserer sig på en medicinsk og naturvidenskabelig viden, da den ledende overlæge legitimerer sin beslutning om, at lægen selv skal skrive, med, at den faglige kvalitet af lægens notater herved bliver bedre, fordi notaterne er mere strukturerede og præcise. Men det er tillige en rationalitet, der baserer sig på en administrativ/økonomisk viden, når den ledende overlæge giver udtryk for, at lægerne nu ikke længer behøver at involvere både sygeplejersker og lægesekretærer i arbejdet med at dokumentere lægenotater.

Derudover benytter den ledende overlæge sig af en strategi, hvor hun igen med EPJ som anledning på ledelsesseminaret fastsætter en dagsorden, idet hun knytter begrebet og

problemstillingen omkring arbejdsmiljøet i afdelingen sammen med begrebet og problemstillingen om at ændre i det tværfaglige samarbejde og struktureringen af patientforløbene med EPJ. I det rum iscenesætter den ledende overlæge en forestilling om, at godt tværfagligt samarbejde i Børneafdelingen mellem læger og sygeplejersker handler om, at lægerne og sygeplejerskerne skal blive bedre til at tale pænt til hinanden og bedre til at anerkende og respektere hinandens arbejde faggrupperne imellem i det daglige. Herved giver den ledende overlæge begrebet om tværfagligt samarbejde i afdelingen med EPJ indhold af at have noget med lægernes og sygeplejerskernes indbyrdes kommunikation at gøre. Det gode tværfaglige samarbejde får indhold af at have noget med anerkendelse og respekt at gøre. Den ledende overlæge fortæller, at beslutningen om at indføre ugentlige fredagsmøder, ”hvor man kan tale om alt” i afdelingens forskellige områder, var et resultat af ledergruppens drøftelser af det tværfaglige samarbejde med EPJ. Kort sagt, den ledende overlæge har sammen med områdeledelserne været meget bevidst om at styrke det tværfaglige samarbejde (kommunikation) i dagligdagen. Afdelingsledelsen benytter EPJ som en anledning til at indholdsbestemme begrebet om et bedre tværfagligt samarbejde gennem at optone sygeplejerskernes deltagelse. Det tværfaglige samarbejde med EPJ konstruerer den ledende overlæge ud fra strategien om, at sygeplejerskerne skal dokumentere i EPJ. Hun benytter ikke EPJ til at træffe beslutninger om opgaveglidninger mellem læger og sygeplejersker i forbindelse med undersøgelse og behandling, hvor det fortsat skal være lægerne, der skal træffe beslutninger omkring de forskellige arbejdsgange i forbindelse med patientbehandlingen. Beslutningen om, at sygeplejersker skal have ret til at dokumentere i EPJ, begrundes med, at man undgår den tidligere dataredundans, der var et resultat af, at læger og sygeplejersker dokumenterede de samme ting i patientjournalen og i kardex. En økonomisk/administrativ rationalitet, hvor hensigten er at spare ressourcer på at dokumentere, men også en rationalitet, den ledende overlæge begrundes ud fra en medicinsk/naturvidenskabelig rationalitet, fordi lægerne nu vil læse flere af sygeplejerskernes notater.

Den ledende overlæge benytter den tværfaglige EPJ som anledning til at træffe beslutningen om, at lægerne skal dokumentere problemorienteret inden for hvert notat, hvor lægen med papirjournalen kun skulle dokumentere problemorienteret i indlæggelsesnotatet. EPJ gør det muligt for lægerne at formulere diagnoserne mere eksplicit som problemer, hvorfor lægerne skal formulere hvert enkelt notat problemorienteret med en målsætning i form af diagnostiske overvejelser og et diagnosehierarki, hvor lægen på baggrund af de opstillede diagnoser skal opstille en behandlingsplan.

Afdelingsledelsen benytter EPJ som anledning til at træffe den ledelsesstrategiske beslutning, at der i EPJ ikke må forefindes en ”sorterings-knap”, der gør det muligt at søge monofagligt efter notater. I stedet er det ledelsesstrategiske argument, at det er ekstra vigtigt, at lægerne og sygeplejerskerne får standardiseret sproget og begrebsanvendelsen i notaterne. Afdelingsledelsen benytter sig af endnu et argument til at indføre et standardiseret sprog og begrebsanvendelse i forbindelse med implementeringen af EPJ, nemlig argumentet om, at da skærbilledet i EPJ (brugergrænsefladen) kun er 17 tommer, er det nødvendigt, at læger og sygeplejersker bruger de samme standardiserede begreber som søgeord for at kunne orientere sig i notater, der kronologisk ligger længere tilbage i journalen end de 17 tommer og dermed ikke umiddelbart er til at se og danne sig et overblik over, hvis ikke lægerne og sygeplejerskerne bruger samme søgeord.

Den ledende overlæge indholdsbestemmer med andre ord begrebet om et godt tværfagligt samarbejde med EPJ til at være betinget af, at lægerne og sygeplejerskerne formår og er villige til at benytte sig af samme sprog og begrebsanvendelse i forbindelse med deres respektive dokumentation i EPJ. Afdelingsledelsen benytter sig af en anden strategi som legitimering af beslutningen om, at lægerne og sygeplejerskerne i en tværfaglig EPJ skal formulere sig ved hjælp af et ensartet sprog og en ensartet begrebsanvendelse, hvor det især er sygeplejerskernes meget lange og ustrukturerede notater i prosatekst, som den ledende overlæge vil have gjort mere strukturerede og standardiserede med henvisning til, at det er en forudsætning for, at afdelingen kan levere mere ensartede og kvalitativt bedre epikriser til de praktiserende læger. Epikriserne genereres i EPJ automatisk ud fra det første læge- og sygeplejenotat, samt ud fra den sidste konklusion og behandlingsplan i EPJ. Derudover begrundes den ledende overlæge beslutningen om den ensartede begrebsanvendelse i EPJ med argumentet om, at indholdet af patientjournalerne skal kunne holde juridisk i tilfældet af eventuelle patientklager eller andre former for ekstern aktindsigt i journalen. Det var blandt andet på den baggrund, at den ledende overlæge sammen med EPJ-projektgruppen traf beslutningen om at præformere og standardisere de forskellige rubrikker og skemaer i EPJ, for på den måde at undgå for meget fritext i EPJ. Den ledende overlæge lægger her en juridisk rationalitet til grund for sin beslutning, men også en rationalitet, der hviler på nogle medicinsk naturvidenskabeligt faglige betragtninger om at sikre, at afdelingen kan levere kvalitativt gode epikriser til praktiserende læger.

### **Ingen tværfaglighed uden mundtlighed**

Der er tale om ledelsesstrategiske beslutninger, som har stor indflydelse på, om man i afdelingen vil kunne udnytte EPJ's potentialer i forhold til at etablere et frugtbart samspil mellem EPJ som teknologi og tværfaglighed som program. På baggrund af de erfaringer, man har gjort sig i Børneafdelingen efter implementeringen af EPJ, underbygger analysen af forandringerne i lægernes og sygeplejerskernes læse- og skriveaktiviteter i EPJ før, under og efter stuegang, at der i hvert fald på lidt længere sigt, når lægerne vænner sig til at skrive selv, og når sygeplejerskerne vænner sig til at notere mere disciplineret i form af standardiserede, strukturerede, kortfattede og præcise notater, vil kunne skabes nogle effektivitetsforbedringer i form af tempofordele og nogle kvalitetsforbedringer i forhold til det samlede patientforløb. Ved at tilgængeligheden af data, og på lidt længere sigt overblikket i EPJ, bliver relativt større end i papirjournalen, skabes der med EPJ et bedre grundlag for læger og sygeplejersker til at planlægge patientforløbene. Der skabes en bedre tværfaglig kommunikation og beslutningsproces, hvorfor jeg mener, det er rimeligt at påstå, at det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker på sigt vil kunne styrkes, uden der behøver at være tale om egentlige opgaveglidninger mellem faggrupperne. En forudsætning herfor er dog, at lægerne og sygeplejerskerne beslutter sig for sammen at mødes foran EPJ inden afholdelse af stuegang, at de beslutter sig for at gå sammen på stuegang, og at de beslutter sig for sammen at udfærdige et fælles stuegangsnotat efter afholdelse af stuegang. På baggrund af mine interviews med ledere og medarbejdere er det derfor svært at sige noget entydigt om, hvad implementeringen af EPJ har betydet for ændringen i det tværfaglige samarbejde. Det skal ses i relation til den vigtige pointe, man kan uddrage af min analyse, nemlig at EPJ alene ikke kan skabe forandringen i arbejdsgangene og opgavefordelingen i den kliniske praksis, men kun kan virke som en katalysator for forandringer i kommunikations- og beslutningsrelationer mellem lægerne og sygeplejerskerne. Afdelingslederen må for at sikre forandringerne

kontinuerligt følge op på, at lægerne og sygeplejerskerne udnytter de potentielle muligheder, der ligger i et forbedret tværfagligt samarbejde som følge af EPJ-implementeringen. Lad mig illustrere, hvad jeg mener med ovenstående, ud fra et helt konkret eksempel, der blev problematiseret i et af mine interviews, på, hvordan EPJ potentielt, men langt fra determinerende, kan udnyttes til at forbedre det tværfaglige samarbejde. Eksemplet knytter sig til situationen omkring klokken 09.00 på en dagvagt, hvor lægerne skal til at gå stuegang sammen, og hvor lægen kommer op for at kontakte sygeplejersken for at få en mundtlig overleveret status omkring patienten af hende. Afgørende for realiseringen af de potentielle muligheder i forhold til forbedringen af det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker er her, om sygeplejersken siger til lægen, som der har været eksempler på i Børneafdelingen: ”Jeg har skrevet mine notater omkring patientens status i EPJ du kan bare læse dem der, for jeg er optaget af at pleje en patient og har derfor ikke tid til at gå stuegang eller tid til at give dig en mundtlig overlevering” (mine formuleringer, men essensen skulle være den samme), eller om hun rent faktisk giver lægen de mundtlige overleveringer og går med lægen på stuegang. Pointen med dette eksempel er at sige, at EPJ åbner muligheden for både et forbedret og et forværret tværfagligt samarbejde mellem lægen og sygeplejersken. Et forbedret tværfagligt samarbejde, hvis den øgede og mere tilgængelige og gennemsigtige skriftlige kommunikation i EPJ ikke sker på bekostning af den mundtlige kommunikation, eksempelvis ved at sygeplejersken ikke går med på stuegang. Og et forværret tværfagligt samarbejde, hvis den skriftlige kommunikation sker på bekostning af den mundtlige kommunikation, og sygeplejersken vælger ikke at gå med på stuegang.

### **Ingen tværfaglighed uden læsning**

En anden stor ledelsesstrategisk udfordring, der vil have helt afgørende betydning for, om man kan udnytte det potentielle mulighedsrum for et forbedret tværfagligt samarbejde som følge af den ændrede dokumentationspraksis i den tværfaglige EPJ, er, om det lykkes for afdelingsledelsen at opmuntre lægerne og sygeplejerskerne til også rent faktisk at læse hinandens notater. Det er kun derved, at der sikres et reelt forøget tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Det tværfaglige samarbejde opstår ikke af sig selv, blot fordi begge faggruppers notater figurerer mellem hinanden i EPJ. Pointen med dette eksempel er at sige, at EPJ med den ledelsesstrategiske beslutning om en tværfaglig dokumentationspraksis både åbner for muligheden af et forbedret tværfagligt samarbejde og af et forværret tværfagligt samarbejde. Et forbedret tværfagligt samarbejde, hvis afdelingsledelsen får opmuntret de respektive faggrupper til at læse hinandens notater, samtidig med at afdelingsledelsen får taget de nødvendige ledelsesstrategiske tiltag for at sikre, at sygeplejerskerne hurtigst muligt ændrer deres dokumentationskultur, således at deres notater bliver færre og mere standardiserede, strukturerede, kortfattede og præcise. Formår afdelingsledelsen ikke at imødekomme disse udfordringer, er der en betydelig risiko for, at det tværfaglige samarbejde og respekten og den gensidige tillid mellem faggrupperne forværres, fordi sygeplejerskernes mange og ofte gentagende notater, i form af dobbeltregistreringer og dataredundans og lange notater i prosatekst, vil gøre, at lægen for det første ikke gider læse dem, og for det andet, at de mange og lange notater mindsker lægens overblik over den behandlingsmæssige del af patientforløbet (lægenotaterne). Det skaber stor irritation blandt lægerne, der derfor i bedste fald, som det kom til udtryk fra en overlæge, ”kan gøre sig muntre over det (vrøvl), sygeplejerskerne kan finde på at skrive”, og i værste fald kan det give anledning til, at lægerne bliver direkte irriterede på



sygeplejerskerne, hvilket ikke er befordrende for respekten og tilliden mellem faggrupperne og i sidste ende er skadeligt for det generelle arbejdsmiljø i afdelingen.

## Magt og styring

*”The individual which power has constituted is at the same time its vehicle (...). The point where power reaches into the very grain of individuals, touches their bodies and inserts itself into their actions and attitudes, their discourses, learning processes and everyday lives.”*<sup>162</sup>

I *The Subject and Power* (1982) giver Foucault udtryk for, at magten fremtræder i handlinger på handlinger, forstået på den måde, at handlinger altid vil disponere de efterfølgende handlinger til at finde sted inden for et vist mulighedsrum og dermed være styrende for de fremtidige handlinger uden at være deterministiske. Magten, styringen af mulighedsrummet for handlinger, kan dermed opfattes som en styring af subjekt-objektforholdene, en styring af magtforholdene. Eller om man vil, magtforhold, der styrer efterfølgende magtforhold. Handlinger bestemmer mulighedsrummet for de fremtidige handlinger, hvor de tilsammen i et mere holistisk perspektiv danner det, Foucault kalder for ”en total struktur af handlinger” ud af de mulige handlinger. Foucault betegner denne styring ”government” af handlinger på handlinger med begrebet ”conduct”, hvor magtudøvelse kort sagt bliver et spørgsmål om at lede eller at styre ”to conduct” den mulige handling ”conduct”. Magt bliver ”conduct of conduct”. En styring af handlinger og dermed af individer i forskellige magtforhold. Min analyse af EPJ som styringsprogram har dermed været en analyse af praksisformer i et givent socialt rum på et givent historisk tidspunkt, hvor et praksisregime kan forstås som en institutionaliseret måde at gøre tingene på, som rutiner og fastlagte ritualer omkring givne handlinger, eksempelvis som den selvfølgelige, og dermed normativt rigtige, måde at dokumentere lægenotater på i patientjournalen. Styring af praksisformer kan derfor betragtes som bevidste og strategiske måder at styre handlinger på, hvorfor Foucault benytter termen ”programs of conduct” i beskrivelsen af den samlede struktur af handlinger, der vil være bestemmende for styringen og dermed formgivningen af sociale rum og social praksis, mere konkret af institutioner og handlinger. ”Programs of conduct” får dermed to normative virkninger i det sociale rum, nemlig at de kommer til at fremstå som ”måden tingene skal gøres på”, ”effects of jurisdiction”, samtidig med at de danner en ”sandhedsvirkning”, idet de foreskriver, hvad der bør vides omkring de givne handlingsalternativer i det sociale rum, ”effects of veridiction”. Styresystemerne har dermed ifølge Foucault to funktioner, idet de dels udstikker retningslinjerne for den rigtige måde at gøre tingene på for at nå bestemte mål, dels udstikker den ”den sande” diskurs, der udstikker rammerne for den sande, eller den rigtige, måde at tale på, om de ting, man gør, i bestræbelserne på at begrunde og retfærdiggøre handlingerne. Foucault anvender selv to begreber i sin beskrivelse af styresystemer, at de kan betragtes som regimer af ”jurisdiction” og veridiction”, det vil sige retningsvisnende eller normsættende for, hvordan vi som individer henholdsvis bør handle, og hvordan vi diskursivt bør forholde os til givne handlinger i bestræbelserne på at normalisere adfærden. Styresystemer udformer standarder og klassifikationsnormer som midler til normalisering.<sup>163</sup> Styresystemerne er styrende for, hvordan vi rationelt bestemmer os for, hvad der kommer til at fremstå som problemer. Og styrende for, hvordan vi efterfølgende indretter vores sociale praksis i bestræbelserne på at løse

<sup>162</sup> Foucault, 1980, s. 39.

<sup>163</sup> Lisa Dahlager: *I samtalens rum*, ph.d.-afhandling, Københavns Universitet, 2005, s. 54.

problemerne på den rigtige måde, samtidig med at de udstikker den sande måde, hvorpå vi efterfølgende italesætter vores forklaringer og retfærdiggørelser af, at måden, vi har handlet på, har været den rigtige. Det er individers frie mulighed til inden for et vist mulighedsrum at problematisere i forhold til givne løsninger på givne problemer, der gør, at Foucault hævder, at magt forudsætter frie individer. Et aspekt, der betyder, at jeg vil lægge det perspektiv på "conduct of conduct", at individet har mulighed for at styre eller lede egne handlinger. I min analyse fokuserer jeg på "styring gennem selvstyring", hvor det vil være muligt for de enkelte individer i det sociale rum at styre det samlede mulighedsrum for handling ved at styre egne handlinger på bestemte måder.

Problematiseringen er en reflektiv proces, hvorigennem bestemte forhold gøres til problemer, og hvor der findes bestemte løsninger på problemerne. Det spændende i en magtanalyse bliver at analysere, hvordan netop bestemte forhold er blevet problematiseret som problemer, og hvordan man i det sociale rum har forsøgt at løse problemerne. Disse løsninger på problemerne vil være bestemmende for den videre problematisering af problemer. Styresystemet er dermed ikke et løsningsforslag i forhold til allerede eksisterende problemer. Styresystemet på en gang former problemet og stiller efterfølgende et mulighedsrum af handlingsalternativer, eller disponerer et mulighedsrum af løsningsforslag. I *Questions of Method* (1980) gør Foucault en dyd ud af at pointere, at disse styresystemer ikke er retningslinjer for en given social praksis, som enkelte smarte strategier alene kan udfærdige for på den måde at forme det sociale rum. Grunden hertil er, at de enkelte styresystemer er bestemt af andre styresystemer i det sociale rum, og derfor vil styresystemerne hver især medføre en række tilsigtede, men også en række utilsigtede begivenheder. Disse begivenheder vil være bestemmende for den videre problematisering. Dispositivet, der binder tanke- og styresystemet sammen i en anordning eller i en magtteknologi, bliver dermed et udtryk for en operationalisering af den rationalitet, et givent styresystem baserer sig på. Dispositivet er det medie, hvor rationaliteten bag styresystemet relateres til praksis ved at disponere bestemte handlinger. EPJ vil disponere en given måde at dokumentere den kliniske praksis på.

Jeg har gennem min analyse vist, at styring bliver handlinger på handlinger, hvor andres og selvets mulighedsrum for handling bestemmes. Styring af handlinger på handlinger er et selvforhold og et magtforhold. Og netop fordi der er tale om et magtforhold, er der ikke tale om, at handlinger determineres, men at de disponeres i form af et mulighedsrum for handling. Individet er frit og autonomt og i stand til at træffe intentionelle valg baseret på valg af bestemte midler eller teknologi til indfrielse af bestemte målsætninger. Jeg har analyseret styring ved at studere EPJ som styreprogram, der foreskriver de bestemte "handling på handlinger", eller på den måde, vi i selvforholdet kan styre os selv gennem selvstyring. Jeg har påvist, at styresystemerne foreskriver nogle sandhedsformer (veridiction) og udgør magtforholdets systematiske aspekt, hvor magtteknologiernes dynamiske side udgøres af diverse strategiske relationer, som tilsammen bestemmer mulighedsrummet for handling (jurisdiction). De rationaliteter magtteknologierne baserer sig på, vil være bestemmende for, hvordan subjekt- og objektpositionerne organiseres i det sociale rum. Styringen finder sted i selvforholdet, hvor der i det enkelte individ skabes et subjekt-objekt-forhold, hvor det enkelte individ "træder et skridt tilbage" og gennem refleksion over egen identitet bestemmer, hvilket forhold vedkommende bør have til sig selv for at kunne fremstå som frit og retskaffent. Kort sagt, styresystemerne sætter fire elementer i interaktion på henholdsvis et praksisplan og et diskursivt plan. I forhold til praksis disponerer styresystemerne et mulighedsrum for handling baseret på en bestemt konstellation af subjekt- og objektpositioner. På det diskursive plan disponerer

styresystemerne nogle sandhedsformer, ligeledes baseret på en bestemt konstellation eller organisering af subjekt- og objektpositioner, der diskursivt er med til at legitimere og retfærdiggøre praksisformerne med deres iboende inklusions- og eksklusionskriterier.

I min analysemodel i kapitel 6 satte jeg fire begreber i spil, der knytter sig til Foucaults magtbegreb, begreberne objektformer, subjektformer, sandhedsformer og handleformer. Hvor subjekt- og objektformerne refererer til både praksisformer og diskursive former, refererer handleformerne til praksis, og sandhedsformerne til diskursiv praksis. Disse former danner tilsammen dispositivet.

Jeg har vist, at objektformerne udgør de fænomener, der bliver genstand eller objekt for regulering. Objekter for regulering kan være både materielle genstande (ting) og subjekter, der i et selvforhold reflektivt kommer til at forholde sig til sig selv, og derfor er nødt til at træde et skridt tilbage og ”objektgøre sig selv”. Jeg har belyst, at subjektet også kan objektgøres udefra gennem forskellige vidensregimer, eksempelvis inden for medicin, samfunds- og humanvidenskaberne, og endelig kan subjektet objektgøres gennem forskellige sociale praktikker, hvor de konstitueres som objekter i forhold til en given praksis. Subjektformerne, der opstår som resultat af den gensidige interaktion imellem de mange objektgørelser, det enkelte individ udsættes for fra sig selv og omgivelserne. I kapitel 5 og kapitel 6 blev det illustreret, at det enkelte individs subjektform fremtræder på den måde, hvorpå individet selv og andre identificerer individet fra andre. Subjektformen fremtræder i individets selvforhold, selvforståelse og dermed i individets identitetsdannelse. Subjektformen er en automatisk konsekvens af objektgørelserne. Sandhedsformerne fremtræder i tre dimensioner. Det er sandhedsformerne, der er bestemmende for de kategorier og klassifikationer, vi benytter os af til at organisere det sociale rum, hvorfor sandhedsformerne også er dem, der sætter normen for, hvad der kan inkluderes og ekskluderes i det sociale rum, hvilket de kan gøre enten ud fra en praksisform ved at være bestemmende for, hvilken social handlen der accepteres, eller ud fra en diskursiv form ved at være bestemmende for den måde, hvorpå man legitimt kan tale om ting i en legitimering og retfærdiggørelse af den sociale praksis. Handleformerne relaterer sig til den sociale praksis og er den teknologi og de teknikker, man anvender i forfølgelsen af sine målsætninger. Handleformerne relaterer sig til magtteknologierne.

Analysen af EPJ som teknologi i samspil med tværfaglighed som program har vist, at implementeringen af EPJ i Børneafdelingen ikke har ført til reelle opgaveglidninger mellem læger og sygeplejersker, men alene har ført til potentielt bedre kommunikations- og beslutningsprocesser mellem faggrupperne. Og det på trods af, at den ledende overlæge har illustreret en stor ambition om og vilje til ledelsesmæssigt at udnytte EPJ som anledning til at styrke det tværfaglige samarbejde i afdelingen ved at sammenkoble implementeringen af EPJ, omstrukturering af patientforløb i afdelingen og afholdelsen af ledelsesseminaret med en dagsorden om at styrke det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker. Derudover har den ledende overlæge holdt fast i beslutningen om, at der ikke må forefindes en ”sorteringsknap” i EPJ med henblik på at søge monofaglige notater, og hun har opmuntret læger og sygeplejersker til at dokumentere tværfagligt i fællesnotat. Der er tale om ledelsesstrategiske beslutninger med henblik på at styrke tværfagligheden i afdelingen, der dog synes at være blevet domineret af EPJ som teknologi med patientjournalteknologiens iboende medicinske lægevidenskabelige logik. EPJ som teknologi synes gennem styring (conduct of conduct) at have disponeret for en styrkelse af den medicinske lægevidenskabelige helbredesetik på bekostning af en plejemæssig omsorgsetik, men hvor lægerne med EPJ ikke længere har monopol på

helbredelsesdiskursen, da sygeplejerskerne gennem deres rettigheder til at dokumentere i EPJ er blevet medspillere. Den ledende overlæges hensigt synes at have været at konstruere forestillingen om, at med implementeringen af EPJ i afdelingen vil det være rationelt at organisere arbejdsgangene mellem lægerne og sygeplejerskerne på nye måder. EPJ har således været en ledelsesstrategisk anledning til at redefinere relationerne mellem lægerne og sygeplejerskerne i afdelingen. Afdelingsledelsen har truffet nogle ledelsesstrategiske beslutninger i forhold til EPJ, for igennem disse beslutninger at konstruere forestillingen om EPJ som en tværfaglig patientjournal blandt læger og sygeplejersker i afdelingen.

Opsummerende mener jeg, min analyse af henholdsvis EPJ som styringsteknologi (program of conduct) og tværfagligt samarbejde som styringsteknologi (program of conduct) har illustreret, at det er rimeligt at stille sig selv spørgsmålet, om den ledende overlæge på trods af de mange gode intentioner i form af en række ledelsesstrategiske beslutninger, hvis formål det har været at skulle styrke det tværfaglige samarbejde i afdelingen med EPJ som teknologi, har været i stand til at styre den direkte sammenhæng mellem målet med EPJ (det tværfaglige samarbejde) og midlet (styringsteknologien EPJ) med de ovenfor skitserede ledelsesstrategiske beslutninger i form af afholdelse af ledelsesseminar med tværfaglighed på dagsordenen, fællesnotat, og at det ikke må være muligt at søge monofagligt på notater i EPJ. Jeg mener, at min analyse har vist, at EPJ som teknologi med den medicinske lægevidenskabelige logik, EPJ er programmeret ud fra, klart har domineret de ledelsesstrategiske ambitioner med tværfagligt samarbejde som styringsteknologi. Men under alle omstændigheder synes jeg, min analyse af EPJ i kapitel 6 med fokus på Foucaults begreber om handlinger på handlinger (conduct of conduct), subjektformer, objektformer, sandhedsformer og handleformer, har vist, at styringsteknologier og mere konkret EPJ ikke er uskyldige i den forstand, at ”de gør noget ved virkeligheden”.

*”Styringsværktøjer er ikke uskyldige. De styrer betingelserne for, hvordan ledere kan styre.”*<sup>164</sup>

Pointen med citatet er selvsagt, at ledelsesteknologierne (EPJ som program) styrer betingelserne for, hvordan styrende (afdelingsledelsen) kan styre, og hvad der kan styres på (tværfagligt samarbejde som program). Det betyder, at jeg med mit perspektiv på magt som styring betvivler den instrumentelle tilgang til ledelsesteknologier med lederens direkte intentionelle indflydelse på årsags-virknings-sammenhænge mellem forskellige målsætninger (tværfagligt samarbejde) og anvendte ledelsesteknologier (EPJ).

I min analyse af EPJ med antagelsen om, at det sociale rum og de sociale praksisser konstitueres på baggrund af ”handling på handlinger”, er det måske mere relevant at vende problemstillingen på hovedet og spørge, hvad EPJ har betydet for de muligheder, ledelsen har for at lede, frem for at spørge, hvad ledelsen gør ved ledelsesteknologierne i bestræbelserne på at forfølge sine målsætninger. Med andre ord, hvilke betydninger af tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker har EPJ muliggjort, hvor min konklusion i kapitel 6 er mit svar. EPJ har som kommunikations- og beslutningsstøtte konstitueret tre potentielle tværfaglige samarbejdssituationer, nemlig foran EPJ før stuegang, under stuegang og ved udarbejdelse af stuegangsnotat efter stuegang. Selv om

---

<sup>164</sup> Niels Åkerstrøm Andersen & Niels Thyge Thygesen: ”Styring af styringsværktøjer”, i *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, Institut for Ledelse, Politik og filosofi, Handelshøjskolen i København, 2004.

jeg har fokuseret på ledelse af det tværfaglige samarbejde i min analyse, har jeg rettet mit blik væk fra lederen som den, der gennem givne intentioner kan bestemme givne effekter i forhold til styrkelsen af det tværfaglige samarbejde, hvor mit blik i stedet har været på EPJ som en styringsteknologi, der vil være bestemmende for lederens blik og for, hvad lederen ser, og dermed til syvende og sidst for det mulighedsrum, lederen har for at lede.

Argumentationen hviler på en overbevisning om, at lederens valg af en given ledelsesteknologi åbner nogle muligheder for at lede, men samtidigt vil selv samme valg af ledelsesteknologi være et fravalg af så mange andre potentielle måder at lede på, som kunne være valgt ved andre ledelsesteknologier. Med andre ord er det min påstand, at EPJ ikke har tilbudt afdelingslederen en anden indholds betydning af det tværfaglige samarbejde end den betydning, den ændrede tværfaglige dokumentationspraksis i EPJ er udtryk for. Min analyse har vist, at der ikke er sket egentlige opgave- og ansvarsforskydninger mellem læger og sygeplejersker, fordi EPJ i den grad er et udtryk for den medicinske lægevidenskabelige logik (jf. i øvrigt min diakrone og synkrone analyse af patientjournalen i kapitel 4).

Jeg opfatter dermed styringsteknologier i et Foucault-magtperspektiv som svaret på og løsningen på problematiseringer af specifikke, og dermed legitime, problemer frem for andre problemer, hvor styringsteknologierne (EPJ) har den effekt, at EPJ ”kridter hele den bane der spilles på op” i forhold til, hvad man som leder vil kunne fokusere ledelsesmæssigt på, netop ved at ledelsesteknologien er bestemmende for lederens blik og dermed gør lederen blind for alle de uendeligt andre måder, det potentielt ville have været muligt at lede på ved valg af andre ledelsesteknologier.<sup>165</sup> EPJ som styringsteknologi har frem for at rette det ledelsesmæssige fokus på egentlige ændringer i det tværfaglige samarbejde mellem læger og sygeplejersker rettet afdelingsledelsens blik imod problemerne med fællesnotatet, problemerne med, at sygeplejerskerne må notere i EPJ, problemerne med, at lægerne skal skrive selv etc. Styring/ledelse i Børneafdelingen foregår ved hjælp af styringsteknologien EPJ (men også ved hjælp af akkreditering, LEAN, MUS etc.), hvor ledelse i dag til forskel fra tidligere går ud på, at den enkelte læge og sygeplejerske leder sig selv, dvs. ledelse bliver en selvregulering frem for en regulerende og kontrollerende handling i en leder-medarbejder-relation.<sup>166</sup> Det betyder, at lægerne og sygeplejerskerne i Børneafdelingen i højere grad end tidligere bliver deres egen leder, og EPJ som styringsteknologi bliver disciplinerende, ved at ledelsesteknologien disponerer et givent mulighedsrum for handlen hos den (selv)ledede medarbejder, snarere end kontrollerende. Jeg mener, mine analyseresultater har vist, at det er rimeligt at problematisere den ”klassiske” organisationssociologiske opfattelse af, at styring er noget med, at man som leder får sine medarbejdere til at handle på en måde, som man har bedt

---

<sup>165</sup> Som Heidegger (1999) i relation til teknologien udtrykker det på følgende meget præcise måde: ”*Så består verdenen pludseligt af søm, når man står med en hammer i hånden*”. Et argument, man tillige finder hos Niels Åkerstrøm Andersen & Asmund Born (2001).

<sup>166</sup> De to forfattere redegør i selv samme artikel for, at siden begyndelsen af 1980’erne og frem har der været et ideal om en offentlig sektor (herunder sygehusvæsenet) med omstillingsdygtighed på alle niveauer. Hvor der samtidig har været en idé om, at samordningen og udviklingen i den offentlige sektor skal skabes nedefra i de enkelte institutioner, hvorfor det bliver de enkelte organisationer lokalt, der skal tage ansvar for egen udvikling i forhold til den helhed, de indgår i (det specifikke organisatoriske felt og mere bredt samfundet). Den store udfordring bliver med andre ord at sikre en lokal styring af de enkelte organisationer, hvor den lokale styring reducerer forskellen mellem organisationens selvomstilling (selvstyring) og den ydre tilpasning. Den store udfordring bliver at skabe decentral omstilling. Et perspektiv på ledelse og ledelsesteknologi, som jeg synes man genkender træk af inden for både det neo-institutionelle perspektiv med isomorfi-begrebet og begrebet om institutionaliserede myter om den rationelle organisation og hos Michel Foucault, der taler om specifikke diskurser og disses inkluderings- og eksklusionskriterier. Fælles for de nævnte tilgange til ledelse og ledelsesteknologier er med andre ord en opfattelse af, at ledelse bliver et spørgsmål om at tilpasse sig og positionere sig i forhold til krav og forventninger i omgivelserne.

dem om. Et organisations sociologisk perspektiv på ledelse og styring, der er baseret på en overbevisning om, at lederen kan styre ud fra egne intentioner og ud fra egne fastsatte målsætninger, hvor afdelingsledelsen i min analyse har haft nogle klare tværfaglige samarbejdsambitioner mellem læger og sygeplejersker som en ledelsesstrategisk målsætning med EPJ som styringsteknologi.

I Børneafdelingen har EPJ som styringsteknologi på en gang problematiseret bestemte problemer, samtidigt med at EPJ som styringsteknologi har været svaret på og løsningen på selv samme problematiseringer ved at være den teknologi, der kan være ledere og medarbejder i organisationen behjælpelig med at eliminere forskellen mellem den aktuelle og ønskede position. På den baggrund foretager jeg en modificering af antagelserne om den intenderende leder, som man støder på inden for den klassiske managementteori, da jeg på baggrund af resultaterne fra min analysemodel mener, at lederen kun vil kunne være intenderende inden for det mulighedsrum for ledelse, som den givne ledelsesteknologi stiller til rådighed for lederen (conduct of conduct). Inden for dette mulighedsrum vil lederen til gengæld kunne vælge imellem en række handlingsalternativer og på den måde være intenderende ved opstilling af målsætninger og udfærdigelse af strategier og politikker i bestræbelserne på at opfylde målsætningerne. Men en vigtig pointe er, at det kun er inden for det mulighedsrum, ledelsesteknologien skaber, at lederen vil kunne være intenderende. EPJ som ledelsesteknologi bestemmer lederens blik, og dermed lederens måde at iagttage organisationen på. EPJ er bestemmende for både, hvordan lederen kan iagttage organisationen, og hvordan han vil være i stand til at styre den. Det er på denne baggrund, jeg mener, det er rimeligt at tillægge EPJ som styringsteknologi en aktørstatus frem for at have status som et redskab i hænderne på den intenderende leder. Min analyse har vist, at EPJ som styringsprogram har været bestemmende for det indhold og den betydning, det tværfaglige samarbejde mellem lægerne og sygeplejerskerne har fået i Børneafdelingen (jf. konklusionerne i kapitel 6).

Jeg betragter EPJ som et styringsprogram, der skaber mulighedsbetingelserne for ledelse, og dermed for handlen. EPJ skaber indholdet og betydningen af det tværfaglige samarbejde i Børneafdelingen, hvor det at lede med EPJ bliver det samme som at handle med EPJ, da "ledelse som selvledelse" netop kommer til udtryk ved den enkelte læge og sygeplejerskes handlen.

Min analyse har illustreret, at det er magtrelationerne imellem lægerne og sygeplejerskerne og dermed deres gensidige positioner, der har været bestemmende for deres identitetsdannelser og selvforståelser.

## Summary

The aim of this thesis is to analyse how the implementation of electronic patient records (EPR) may affect cross-disciplinary clinical practice in a particular hospital department. The thesis presents a modified discourse analysis, a technology analysis, and some reflections on power. Using nineteen interviews of doctors and nurses in the Paediatric Department of Hvidovre Hospital, it emphasizes those actions in relation to the implementation of EPR that may either hinder or foster cross-disciplinary co-operation between doctors and nurses. The general pattern is that EPR fosters mono-disciplinarity, even though the management's ambitions in regard to EPR had been to foster cross-disciplinarity. The overall conclusion of the thesis is that EPR has the capacity to open a space for cross-disciplinarity. The changes in the documentation practices of the doctors and the nurses that follow from the implementation of EPR have also brought changes in their communication and decision-making processes. This can be seen especially when they prepare for regular rounds, during rounds, and in the subsequent documentation of rounds. Also, the changes in both the structures of communication and the processes of decision-making do not seem to result in fundamental task slippage between the doctors and the nurses because the doctor maintains ultimate authority and responsibility in regard to diagnosis, prescriptions, and treatment plans, while the nurses remain responsible for patient care (nursing) and keeping the doctors informed. Like the paper-based patient record, EPR expresses the rationality of medical science but, unlike the paper-based patient record, the doctors no longer hold a monopoly on the expression of this rationality. The thesis focuses on the spaces of conduct that arise as a result of the managing doctor's political intention to use the transformation of patient record technology as an occasion for managers and professionals to reconsider how they have hitherto organized the routines and tasks in the department.

Chapter 1 clarifies the research question of the thesis. How does EPR, understood as a technology, and cross-disciplinary clinical practices, understood as a program of conduct, interact in a hospital department? It also defines the key notion of power in terms of conduct and governance, which is taken up again in chapter 7. Chapter 2 outlines my research strategy and methodology and includes some reflections on my own cognitive interests in the material under study.

Chapter 3 presents a modified discourse analysis of EPR. The aim is to arrive at an understanding of the ambiguous rationality that informs the intention to transform the paper-based patient record into an electronic format. I identify the perspectives that shape the statements in the EPR-discourse, and the criteria of success (the objectives) as understood by the Danish hospital service. The analysis is limited to the ideas about and expectations of EPR, as expressed by the National IT-strategies developed in the Danish hospital service in 2000-2002 and 2003-2007 and the EPR Observatory. It is left to the field itself to judge when a challenge is related to managing and organizing the implementation of EPR. The analysis shows that there is a single overarching vision in regard to EPR: that EPR will be cross-disciplinary and will take the problems of the patient as a point of departure. The central authorities expect the technology to be based on the professionals' accumulated knowledge about the whole patient trajectory and to foster relaxed disciplinary boundaries. (The documentation notes in the paper-based patient record have typically come from a single discipline, which means that the doctors and the nurses have been using different patient record-systems.) EPR is also expected to be an effective and flexible communication technology, which among other things makes it

easier to plan the daily clinical practice and the patient trajectory. An essential observation in chapter 3 is that the central health care authorities express a rationality that relates EPR as a technology of change directly to cross-disciplinarity as a program. The central health authorities also make it clear that one of the most important functions of EPR is to support the professionals in their decision-making processes and in their communication. Finally, the central health authorities introduce the EPR-technology as fundamentally technical and “innocent” (harmless) on the assumption that nobody can object to efficiency and better quality. EPR is packaged and sold in a Tayloristic image.

In chapter 4, EPR is described as a fundamental technology in the hospital service. The chapter has three aims: first, to argue that the patient record is a technology expressing a configuration of *dispositifs* (apparatuses); second, to provide a diachronic and a synchronic analysis of the patient record; and third, to discuss how EPR serves as a catalyst to cross-disciplinary work between doctors and nurses. The patient record *dispositif* is informed by a clinical, medical rationality. An inquiry into the patient record allows us to study organizational change in general and, more specifically, changes in the content and in the meaning of cross-disciplinary work. The thesis adopts a number of fundamental assumptions about the interaction between technology and organizational changes from Actor Network Theory (ANT). The chapter emphasizes the idea that if one tries to change the technology that the patient record is based on, one touches on some very entrenched ideas about professional standards and constructed realities in a hospital department.

One can see patient record-technology as either a “neutral” tool that is related to the clinical practice in a hospital department, or one can choose to look upon patient-record technology as a “non-neutral” tool that managers and professionals can use to get specific rights to read about and write about the “body-history” of the patient in the patient record. The patient record constitutes the professionals through a discipline and control of work-flows in the clinical practices in the hospital department. The new EPR-technology has a huge impact on the constitution of identities, self-understandings, positions of subjects and objects in a hospital department, and thereby a huge impact on the relations of power and the distribution of influence in the department. EPR is a central distributor of knowledge and the specific way in which EPR is implemented is therefore essential for future power-relations in the department. Technology is not “innocent” but an expression of a specific rationality. EPR is an expression of a medical rationality, and this connection can only be studied in practice.

Chapter 5 presents such a study. EPR is seen as a decision-support technology and as a communication technology. The patient record is a powerful organization of the social space of conduct; it has an effect on reality; and it interacts with cross-disciplinarity as a program in the social space of conduct within the Paediatric Department. Drawing on the study of the expectations of EPR on the part of the central health authorities (covered in chapter 3), the chapter analyzes the local context in the Paediatric Department of Hvidovre Hospital. It also traces attempts to make the EPR support the doctors and the nurses in decision-making and communication. The goal is to reveal how EPR in the Paediatric Department is articulated in a specification of demands for the EPR, and how EPR is articulated by selected doctors and nurses in the department. The specific articulation of EPR organizes its constitution of doctors and nurses and the various collaborative relations between them. The content and meaning of the term of cross-disciplinarity from different rhetorical positions in the department is analysed. As some of the doctors and nurses have put it, the implementation of the cross-disciplinary EPR expresses a radical paradigm shift,



regarding how doctors and nurses document their observations and practices in the patient record. At bottom, the patient record is taken away from the doctors and transformed into a cross-disciplinary instrument.

Chapter 6 asks where the cross-disciplinarity of EPR went. Based on the results in chapter 5, it argues that EPR as a technology has made some changes in the doctors and nurses' decision-making processes and communication processes before, under and after rounds. In the last part of the chapter I discuss the relation between EPR as a program of conduct and medical rationality.

Chapter 7 reflects upon EPR as an occasion to foster cross-disciplinarity in a theoretical perspective, which is about power in the relation between conduct and governance. It reports on the relation between conduct and governance, and takes up the Foucauldian power-analytic presented in the discussion of the research question in chapter 1. It discusses the dependence of the power to govern on the power to act by way of an analysis of the empirical statements from doctors and nurses in chapter 5. A central issue in the chapter is my reflections about the relation between technology (verification) and conduct versus the relation between program (jurisdiction) and conduct. It turns out that the real question is: What is strongest - technology or management?

# Litteraturliste

## Citeret og anvendt litteratur

- Foucault, M. (1963/2000). *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (1975/2003). *Overvågning og straf – fængsels fødsel*. Det lille Forlag.
- Foucault, M. (1969/2005). *The Archaeology of Knowledge*. Routledge.
- Foucault, M. (1969/2005). *Vidensarkæologien*. Forlaget Philosophia.
- Foucault, M. (1976/2002). *Viljen til viden – Seksualitetens historie 1*. Det lille Forlag.
- Foucault, M. (1984/2004). *Brugen af nydelserne – Seksualitetens historie 2*. Det lille Forlag.
- Foucault, M. (1984/2004). *Omsorgen for sig selv – Seksualitetens historie 3*. Det lille Forlag.
- Foucault, M. (1966/2002). *Ordene og tingene*. Gyldendals Bogklubber.
- Foucault, M. (1971/2001). *Talens forfatning – Nietzsche, genealogien, historien*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (1997/2003). *Society must be defended*. Lectures at the Collège de France 1975-1976.
- Foucault, M. (1982). *The Subject and Power (afterword)* I Dreyfus, L Hubert & Rabinow, Paul. (1982) *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*. The University of Chicago Press.
- Foucault, M. (19xx). *Why Study Power: The Question of the Subject*.
- Raffnsøe, S. (2002). *Sameksistens uden common sense – en elliptisk arabesk*. Akademisk Forlag.
- Raffnsøe, S. & Gudmand-Høyer, M. T., (2004). *Michel Foucaults historiske dispositivanalyse*.
- Martin, L., Gutman, H., & Hutton, P.H., (1998) *Technologies of the Self, A Seminar with Michel Foucault*, The University of Massachusetts Press.
- Deleuze, G. (1986/2004). *Foucault*. Det lille Forlag.
- Latour, B., (1993) *We have never been modern*. Harvard University Press.
- Latour, B., (1991). *Technology is Society Made Durable*, Sociological Review Monograph 38, Routledge.
- Berg, M. & Bowker, G. (1997). *The Multiple Bodies of the Medical Record – Towards a Sociology of an Artifact*. *The Sociological Quarterly*, Vol. 38, Nr. 3, 1997.
- Dreyfus, L Hubert & Rabinow, Paul. (1982) *Michel Foucault – Beyond Structuralism and Hermeneutics*. The University of Chicago Press.
- Flyvbjerg, B. (1991). *Rationalitet og magt – det konkrete videnskab*. Akademisk Forlag.
- Jensen Fogh, A. (2005) *Mellem ting. Foucaults filosofi*. Det lille Forlag.
- Andersen Åkerstrøm, N. (1999) *Diskursive analysestrategier*. Nyt fra Samfundsvidenskabernes.
- Andersen Åkerstrøm, N., Lausten, B., & Esmark, A. (2005) *Poststrukturalistiske analysestrategier*. Roskilde Universitetsforlag.
- Andersen Åkerstrøm, N. & Thygesen Thyge, N. (2004). ”Styring af styringsværktøjer”, i *Nordisk Administrativ Tidsskrift*, Institut for Ledelse, Politik og filosofi, Handelshøjskolen i København.
- Kjørup, S. (1991). *Forskning og samfund – en grundbog i videnskabsteori*. Gyldendal.
- Borum, F. (2003). *Ledelse i sygehusvæsenet*. Handelshøjskolens Forlag.
- Dahlager, L. (2005). *I samtalens rum – en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Københavns Universitet.
- Svenningsen, S. (2004). *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde – reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. Handelshøjskolens forlag.
- Pedersen Buhl, S., (2005). *Making Space – An outline of place branding*, Copenhagen Business School.
- Thyssen, O., (1985). *Teknokosmos – om teknik og menneskerettigheder*, Gyldendal.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg (2003). *Sundhedsvæsenets organisering – sygehuse, incitament, amter og alternativer*. Indenrigs-, og Sundhedsministeriet.
- Børneafdelingen Hvidovre Hospital (2001). *Arbejdsgangsbeskrivelser for Børneafdelingen, Hvidovre Hospital*. Hvidovre Hospital.
- H:S IT-uddannelses-projektgruppen (2002). *IT-uddannelsesstrategi – Rapport og anbefalinger*. H:S.
- Sundhedsministeriet (1996). *Handlingsplan for Elektroniske Patientjournaler – strategirapport*. Sundhedsministeriet.
- Inga Hjuler og Søren Vingtoft: *Evalueringsrapport – Elektronisk Børnekortjournal EBJ*. Sundhedsministeriet m.fl. *National strategi for IT i sundhedsvæsenet 2003-2007*.
- Sundhedsministeriet m.fl. *National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2007*.
- EPJ-Observatoriet: statusrapport (2005).
- EPJ-Observatoriet (2002). *Metodehåndbog i arbejdsgangsanalyser*. EPJ-Observatoriet & Virtuelt Center for Sundhedsinformatik.

- Institut for Sundhedsvæsen & Hvidovre Hospital (1996). *Elektronisk patientjournal – HVEPS-projektet – erfaringer og perspektiver*. Institut for Sundhedsvæsen & Hvidovre Hospital.
- Andersen, I. (1990). *Valg af organisations sociologiske metoder – et kombinationsperspektiv*. Samfundslitteratur.
- Andersen, H. (1990). *Videnskabsteori og metodelære*. Samfundslitteratur.
- Andersen, I., Borum, F., Krisensen, P.H. (1992). *Om kunsten at bedrive feltstudier*. Samfundslitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Interview: En introduktion til det kvalitative forsknings interview*. Hans Reitzel.
- Daubenmerkl (1971). *Medicinske fagudtryk for sygeplejersker og volontører*, udgivet af Dansk Sygeplejeråd, 4. udgave, 2. oplag, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Pedersen Buhl, S. (2005). *Making Space – An outline of place branding*. Copenhagen Business School (CBS).
- Heidegger, M. (1957/1999). *Spørgsmålet om teknikken og andre skrifter*. Samlernes Bogklub.
- Berg, M. & Bowker, G. (1997) "The Multiple Bodies of the Medical Record: Toward a Sociology of an Artefact". *The Sociological Quarterly*.

## TITLER I PH.D.SERIEN:

Norsk ph.d., ej til salg gennem  
Samfundslitteratur

### 2004

1. Martin Grieger  
*Internet-based Electronic Marketplaces and Supply Chain Management*
2. Thomas Basbøll  
*LIKENESS  
A Philosophical Investigation*
3. Morten Knudsen  
*Beslutningens vaklen  
En systemteoretisk analyse af moderniseringen af et amtskommunalt sundhedsvæsen 1980-2000*
4. Lars Bo Jeppesen  
*Organizing Consumer Innovation  
A product development strategy that is based on online communities and allows some firms to benefit from a distributed process of innovation by consumers*
5. Barbara Dragsted  
*SEGMENTATION IN TRANSLATION AND TRANSLATION MEMORY SYSTEMS  
An empirical investigation of cognitive segmentation and effects of integrating a TM system into the translation process*
6. Jeanet Hardis  
*Sociale partnerskaber  
Et socialkonstruktivistisk casestudie af partnerskabsaktørers virkelighedsopfattelse mellem identitet og legitimitet*
7. Henriette Hallberg Thygesen  
*System Dynamics in Action*
8. Carsten Mejer Plath  
*Strategisk Økonomistyring*
9. Annemette Kjærgaard  
*Knowledge Management as Internal Corporate Venturing  
– a Field Study of the Rise and Fall of a Bottom-Up Process*
10. Knut Arne Hovdal  
*De profesjonelle i endring*
11. Søren Jeppesen  
*Environmental Practices and Greening Strategies in Small Manufacturing Enterprises in South Africa  
– A Critical Realist Approach*
12. Lars Frode Frederiksen  
*Industriel forskningsledelse  
– på sporet af mønstre og samarbejde i danske forskningsintensive virksomheder*
13. Martin Jes Iversen  
*The Governance of GN Great Nordic  
– in an age of strategic and structural transitions 1939-1988*
14. Lars Pynt Andersen  
*The Rhetorical Strategies of Danish TV Advertising  
A study of the first fifteen years with special emphasis on genre and irony*
15. Jakob Rasmussen  
*Business Perspectives on E-learning*
16. Sof Thrane  
*The Social and Economic Dynamics of Networks  
– a Weberian Analysis of Three Formalised Horizontal Networks*
17. Lene Nielsen  
*Engaging Personas and Narrative Scenarios – a study on how a user-centered approach influenced the perception of the design process in the e-business group at AstraZeneca*
18. S.J Valstad  
*Organisationsidentitet*  
Norsk ph.d., ej til salg gennem  
Samfundslitteratur
19. Thomas Lyse Hansen  
*Six Essays on Pricing and Weather risk in Energy Markets*

20. Sabine Madsen  
*Emerging Methods – An Interpretive Study of ISD Methods in Practice*
21. Evis Sinani  
*The Impact of Foreign Direct Investment on Efficiency, Productivity Growth and Trade: An Empirical Investigation*
22. Bent Meier Sørensen  
*Making Events Work  
Or, How to Multiply Your Crisis*
23. Pernille Schnoor  
*Brand Ethos  
Om troværdige brand- og virksomheds-identiteter i et retorisk og diskursteoretisk perspektiv*
24. Sidsel Fabech  
*Von welchem Österreich ist hier die Rede? Diskursive forhandlinger og magtkampe mellem rivaliserende nationale identitetskonstruktioner i østrigske pressediskurser*
25. Klavs Odgaard Christensen  
*Sprogpolitik og identitetsdannelse i flersprogede forbundsstater  
Et komparativt studie af Schweiz og Canada*
26. Dana B. Minbaeva  
*Human Resource Practices and Knowledge Transfer in Multinational Corporations*
27. Holger Højlund  
*Markedets politiske fornuft  
Et studie af velfærdens organisering i perioden 1990-2003*
28. Christine Mølgaard Frandsen  
*A.s erfaring  
Om mellemværendets praktik i en transformation af mennesket og subjektiviteten*
29. Sine Nørholm Just  
*The Constitution of Meaning  
– A Meaningful Constitution? Legitimacy, identity, and public opinion in the debate on the future of Europe*
- 2005**
1. Claus J. Varnes  
*Managing product innovation through rules – The role of formal and structured methods in product development*
2. Helle Hedegaard Hein  
*Mellem konflikt og konsensus  
– Dialogudvikling på hospitalsklinikker*
3. Axel Rosenø  
*Customer Value Driven Product Innovation – A Study of Market Learning in New Product Development*
4. Søren Buhl Pedersen  
*Making space  
An outline of place branding*
5. Camilla Funck Ellehave  
*Differences that Matter  
An analysis of practices of gender and organizing in contemporary workplaces*
6. Rigmor Madeleine Lond  
*Styring af kommunale forvaltninger*
7. Mette Aagaard Andreassen  
*Supply Chain versus Supply Chain  
Benchmarking as a Means to Managing Supply Chains*
8. Caroline Aggestam-Pontoppidan  
*From an idea to a standard  
The UN and the global governance of accountants' competence*
9. Norsk ph.d.
10. Vivienne Heng Ker-ni  
*An Experimental Field Study on the Effectiveness of Grocer Media Advertising  
Measuring Ad Recall and Recognition, Purchase Intentions and Short-Term Sales*
11. Allan Mortensen  
*Essays on the Pricing of Corporate Bonds and Credit Derivatives*
12. Remo Stefano Chiari  
*Figure che fanno conoscere*

- Itinerario sull'idea del valore cognitivo e espressivo della metafora e di altri tropi da Aristotele e da Vico fino al cognitivismo contemporaneo*
13. Anders McIlquham-Schmidt  
*Strategic Planning and Corporate Performance*  
*An integrative research review and a meta-analysis of the strategic planning and corporate performance literature from 1956 to 2003*
14. Jens Geersbro  
*The TDF – PMI Case*  
*Making Sense of the Dynamics of Business Relationships and Networks*
15. Mette Andersen  
*Corporate Social Responsibility in Global Supply Chains*  
*Understanding the uniqueness of firm behaviour*
16. Eva Boxenbaum  
*Institutional Genesis: Micro – Dynamic Foundations of Institutional Change*
17. Peter Lund-Thomsen  
*Capacity Development, Environmental Justice NGOs, and Governance: The Case of South Africa*
18. Signe Jarlov  
*Konstruktioner af offentlig ledelse*
19. Lars Stæhr Jensen  
*Vocabulary Knowledge and Listening Comprehension in English as a Foreign Language*  
*An empirical study employing data elicited from Danish EFL learners*
20. Christian Nielsen  
*Essays on Business Reporting*  
*Production and consumption of strategic information in the market for information*
21. Marianne Thejls Fischer  
*Egos and Ethics of Management Consultants*
22. Annie Bekke Kjær  
*Performance management i Process-innovation*  
*– belyst i et social-konstruktivistisk perspektiv*
23. Suzanne Dee Pedersen  
*GENTAGELSENS METAMORFOSE*  
*Om organisering af den kreative gøren i den kunstneriske arbejdspraksis*
24. Benedikte Dorte Rosenbrink  
*Revenue Management*  
*Økonomiske, konkurrencemæssige & organisatoriske konsekvenser*
25. Thomas Riise Johansen  
*Written Accounts and Verbal Accounts*  
*The Danish Case of Accounting and Accountability to Employees*
26. Ann Fogelgren-Pedersen  
*The Mobile Internet: Pioneering Users' Adoption Decisions*
27. Birgitte Rasmussen  
*Ledelse i fællesskab – de tillidsvalgtes fornyende rolle*
28. Gitte Thit Nielsen  
*Remerger*  
*– skabende ledelseskrafter i fusion og opkøb*
29. Carmine Gioia  
*A MICROECONOMETRIC ANALYSIS OF MERGERS AND ACQUISITIONS*
30. Ole Hinz  
*Den effektive forandringsleder: pilot, pædagog eller politiker?*  
*Et studie i arbejdslederens meningstilskrivninger i forbindelse med vellykket gennemførelse af ledelsesinitierede forandringsprojekter*
31. Kjell-Åge Gotvassli  
*Et praksisbasert perspektiv på dynamiske læringsnettverk i toppidretten*  
Norsk ph.d., ej til salg gennem Samfundslitteratur

32. Henriette Langstrup Nielsen  
*Linking Healthcare  
An inquiry into the changing performances of web-based technology for asthma monitoring*
33. Karin Tweddell Levinsen  
*Virtual Uddannelsespraksis  
Master i IKT og Læring – et casestudie i hvordan proaktiv proceshåndtering kan forbedre praksis i virtuelle læringsmiljøer*
34. Anika Liversage  
*Finding a Path  
Labour Market Life Stories of Immigrant Professionals*
35. Kasper Elmquist Jørgensen  
*Studier i samspillet mellem stat og erhvervsliv i Danmark under 1. verdenskrig*
36. Finn Janning  
*A DIFFERENT STORY  
Seduction, Conquest and Discovery*
37. Patricia Ann Plackett  
*Strategic Management of the Radical Innovation Process  
Leveraging Social Capital for Market Uncertainty Management*
- 2006**
1. Christian Vintergaard  
*Early Phases of Corporate Venturing*
2. Niels Rom-Poulsen  
*Essays in Computational Finance*
3. Tina Brandt Husman  
*Organisational Capabilities, Competitive Advantage & Project-Based Organisations  
The Case of Advertising and Creative Good Production*
4. Mette Rosenkrands Johansen  
*Practice at the top  
– how top managers mobilise and use non-financial performance measures*
5. Eva Parum  
*Corporate governance som strategisk kommunikations- og ledelsesværktøj*
6. Susan Aagaard Petersen  
*Culture's Influence on Performance Management: The Case of a Danish Company in China*
7. Thomas Nicolai Pedersen  
*The Discursive Constitution of Organizational Governance – Between unity and differentiation  
The Case of the governance of environmental risks by World Bank environmental staff*
8. Cynthia Selin  
*Volatile Visions: Transactions in Anticipatory Knowledge*
9. Jesper Banghøj  
*Financial Accounting Information and Compensation in Danish Companies*
10. Mikkel Lucas Overby  
*Strategic Alliances in Emerging High-Tech Markets: What's the Difference and does it Matter?*
11. Tine Aage  
*External Information Acquisition of Industrial Districts and the Impact of Different Knowledge Creation Dimensions  
A case study of the Fashion and Design Branch of the Industrial District of Montebelluna, NE Italy*
12. Mikkel Flyverbom  
*Making the Global Information Society Governable  
On the Governmentality of Multi-Stakeholder Networks*
13. Anette Grønning  
*Personen bag  
Tilstedevær i e-mail som interaktionsform mellem kunde og medarbejder i dansk forsikringskontekst*



14. Jørn Helder  
*One Company – One Language?  
The NN-case*
15. Lars Bjerregaard Mikkelsen  
*Differing perceptions of customer value  
Development and application of a tool for  
mapping perceptions of customer value at  
both ends of customer-supplier dyads in  
industrial markets*
16. Lise Granerud  
*Exploring Learning  
Technological learning within small  
manufacturers in South Africa*
17. Esben Rahbek Pedersen  
*Between Hopes and Realities: Reflections  
on the Promises and Practices of  
Corporate Social Responsibility (CSR)*
18. Ramona Samson  
*The Cultural Integration Model and  
European Transformation.  
The Case of Romania*
- 2007**
1. Jakob Vestergaard  
*Discipline in The Global Economy  
Panopticism and the Post-Washington  
Consensus*
2. Heidi Lund Hansen  
*Spaces for learning and working  
A qualitative study of change of work,  
management, vehicles of power and  
social practices in open offices*
3. Sudhanshu Rai  
*Exploring the internal dynamics of soft-  
ware development teams during user  
analysis  
A tension enabled Institutionalization  
Model; "Where process becomes the  
objective"*
4. Norsk ph.d.  
Ej til salg gennem Samfundslitteratur
5. Serden Ozcan  
*EXPLORING HETEROGENEITY IN*
6. Kim Sundtoft Hald  
*Inter-organizational Performance  
Measurement and Management in Action  
– An Ethnography on the Construction of  
Management, Identity and Relationships*
7. Tobias Lindeberg  
*Evaluative Technologies  
Quality and the Multiplicity of  
Performance*
8. Merete Wedell-Wedellsborg  
*Den globale soldat  
Identitetsdannelse og identitetsledelse i  
multinationale militære organisationer*
9. Lars Frederiksen  
*Open Innovation Business Models  
Innovation in firm-hosted online user  
communities and inter-firm project  
ventures in the music industry  
– A collection of essays*
10. Jonas Gabrielsen  
*Retorisk toposlære – fra statisk 'sted' til  
persuasiv aktivitet*
11. Christian Moldt-Jørgensen  
*Fra meningsløs til meningsfuld evaluering.  
Anvendelsen af studentertilfredsheds-  
målinger på de korte og mellemlange  
videregående uddannelser set fra et  
psykodynamisk systemperspektiv*
12. Ping Gao  
*Extending the application of  
actor-network theory  
Cases of innovation in the tele-  
communications industry*
13. Peter Mejlby  
*Frihed og fængsel, en del af den samme  
drøm?  
Et phronetisk baseret casestudie af fri-  
gørelsens og kontrollens sameksistens i  
værdibaseret ledelse!*
- ORGANIZATIONAL ACTIONS AND  
OUTCOMES  
A Behavioural Perspective*



14. Kristina Birch  
*Statistical Modelling in Marketing*
15. Signe Poulsen  
*Sense and sensibility: The language of emotional appeals in insurance marketing*
16. Anders Bjerre Trolle  
*Essays on derivatives pricing and dynamic asset allocation*
17. Peter Feldhütter  
*Empirical Studies of Bond and Credit Markets*
18. Jens Henrik Eggert Christensen  
*Default and Recovery Risk Modeling and Estimation*
19. Maria Theresa Larsen  
*Academic Enterprise: A New Mission for Universities or a Contradiction in Terms? Four papers on the long-term implications of increasing industry involvement and commercialization in academia*
20. Morten Wellendorf  
*Postimplementering af teknologi i den offentlige forvaltning  
Analyser af en organisations kontinuerlige arbejde med informationsteknologi*
21. Ekaterina Mhaanna  
*Concept Relations for Terminological Process Analysis*
22. Stefan Ring Thorbjørnsen  
*Forsvaret i forandring  
Et studie i officerers kapabiliteter under påvirkning af omverdenens forandringspres mod øget styring og læring*
23. Christa Breum Amhøj  
*Det selvskabte medlemskab om managementstater, dens styringsteknologier og indbyggere*
24. Karoline Bromose  
*Between Technological Turbulence and Operational Stability  
– An empirical case study of corporate venturing in TDC*
25. Susanne Justesen  
*Navigating the Paradoxes of Diversity in Innovation Practice  
– A Longitudinal study of six very different innovation processes – in practice*
26. Luise Noring Henler  
*Conceptualising successful supply chain partnerships  
– Viewing supply chain partnerships from an organisational culture perspective*
27. Mark Mau  
*Kampen om telefonen  
Det danske telefonvæsen under den tyske besættelse 1940-45*
28. Jakob Halskov  
*The semiautomatic expansion of existing terminological ontologies using knowledge patterns discovered on the WWW – an implementation and evaluation*
29. Gergana Koleva  
*European Policy Instruments Beyond Networks and Structure: The Innovative Medicines Initiative*
30. Christian Geisler Asmussen  
*Global Strategy and International Diversity: A Double-Edged Sword?*
31. Christina Holm-Petersen  
*Stolthed og fordom  
Kultur- og identitetsarbejde ved skabelsen af en ny sengeafdeling gennem fusion*
32. Hans Peter Olsen  
*Hybrid Governance of Standardized States  
Causes and Contours of the Global Regulation of Government Auditing*
33. Lars Bøge Sørensen  
*Risk Management in the Supply Chain*
34. Peter Aagaard  
*Det unikkes dynamikker  
De institutionelle mulighedsbetingelser bag den individuelle udforskning i professionelt og frivilligt arbejde*

35. Yun Mi Antorini  
*Brand Community Innovation  
An Intrinsic Case Study of the Adult Fans  
of LEGO Community*
36. Joachim Lynggaard Boll  
*Labor Related Corporate Social Performan-  
ce in Denmark  
Organizational and Institutional Perspec-  
tives*

## 2008

1. Frederik Christian Vinten  
*Essays on Private Equity*
2. Jesper Clement  
*Visual Influence of Packaging Design on  
In-Store Buying Decisions*
3. Marius Brostrøm Kousgaard  
*Tid til kvalitetsmåling?  
– Studier af indrulleringsprocesser i forbin-  
delse med introduktionen af kliniske kvali-  
tetsdatabaser i speciallægepraksissektoren*
4. Irene Skovgaard Smith  
*Management Consulting in Action  
Value creation and ambiguity in  
client-consultant relations*
5. Anders Rom  
*Management accounting and integrated  
information systems  
How to exploit the potential for manage-  
ment accounting of information techno-  
logy*
6. Marina Candi  
*Aesthetic Design as an Element of  
Service Innovation in New Technology-  
based Firms*
7. Morten Schnack  
*Teknologi og tværfaglighed  
– en analyse af diskussionen omkring  
indførelse af EPJ på en hospitalsafdeling*

## TITLER I ATV PH.D.-SERIEN

### 1992

1. Niels Kornum  
*Servicesamkørsel – organisation, økonomi  
og planlægningsmetoder*

### 1995

2. Verner Worm  
*Nordiske virksomheder i Kina  
Kulturspecifikke interaktionsrelationer ved  
nordiske virksomhedsetableringer i Kina*

### 1999

3. Mogens Bjerre  
*Key Account Management of Complex  
Strategic Relationships  
An Empirical Study of the Fast Moving  
Consumer Goods Industry*

### 2000

4. Lotte Darsø  
*Innovation in the Making  
Interaction Research with heterogeneous  
Groups of Knowledge Workers creating  
new Knowledge and new Leads*

### 2001

5. Peter Hobolt Jensen  
*Managing Strategic Design Identities  
The case of the Lego Developer Network*

### 2002

6. Peter Lohmann  
*The Deleuzian Other of Organizational  
Change – Moving Perspectives of the  
Human*

7. Anne Marie Jess Hansen  
*To lead from a distance: The dynamic  
interplay between strategy and strategiz-  
ing – A case study of the strategic  
management process*

### 2003

8. Lotte Henriksen  
*Videndeling  
– om organisatoriske og ledelsesmæssige  
udfordringer ved videndeling i praksis*
9. Niels Christian Nickelsen  
*Arrangements of Knowing: Coordinating*

*Procedures Tools and Bodies in Industrial  
Production – a case study of the collective  
making of new products*

**2005**

10. Carsten Ørts Hansen  
*Konstruktion af ledelsesteknologier og  
effektivitet*

**TITLER I DBA PH.D.-SERIEN**

**2007**

1. Peter Kastrup-Misir  
*Endeavoring to Understand Market  
Orientation  
– and the concomitant co-mutation of the  
researched, the researcher, the research  
itself and the truth*