



Bureaukrati

Sygehusvæsen

Titel:

En  
Sygeplejerskes  
frustrationer

Dato:

01.11.22

Teknologi

Hartmut Rosa

Undertitel: Et  
perspektiv på  
bureaukrati og  
teknologi i  
sygehusvæsenet

Forfatter:

Alexander  
Jarly

Tidsmangel

Acceleration

Vejleder:

Ada Scupola

Studienr:

70069

Arbejdspraksis

Kritisk teori

Institution:

Roskilde  
Universitet

Speciale i  
Virksomheds  
studier

Sygeplejersker

Antal tegn:

162874

## **Abstract**

This master thesis investigates the concepts of technology and bureaucracy. Due to the public debates, that deals with the problem, regarding to the nursing staff issues. This thesis examines the problem that the nurses of our hospitals are working under. The topic is high pressure, with low amount of time to perform their jobs. That is why I wanted to investigate this problem, and zoom in on the influence of technology and bureaucracy in the daily work practices. Through the critical- and bureaucracy theory, I wanted to find out what hindered the developments in the department of hematology from the external surroundings. Furthermore I zoomed in on the technology, and analysis the complexity of working as a nurse. To answer this thesis research question, I used du Gay, theory on bureaucracy, and Perrows and Thompsons contingency theory to analyze this complexity. Furthermore I used Mary Jo Hatchs theory to understand how bureaucracy and technology are connected, or how it is possible to connect these two.

Based on the analysis, the key findings of this thesis are, the nurses have a lot of technology available. Some of the technologies are coursing frustrations, irritation and stress which leads to timewaste. The analysis of bureaucracy showed, that the nurses actually finds it necessary to document as a security for themselves and the patients. More points are showed in the main analysis.

## Indholdsfortegnelse

Abstract .....	1
1. Indledning.....	4
1.1 Problemfelt .....	4
1.2 Hvad er løsningen på problemet? .....	6
1.3 Problemformulering .....	7
2. Hvordan står det til i det danske sygehusvæsen?.....	8
2.1 Det syge væsen .....	8
2.2 Et opråb fra sygehuset .....	9
3. Metode.....	12
3.1 Den kvalitative metode.....	12
3.2 EBNIT - en udvidelse.....	14
3.3 Etik .....	15
3.4 Casestudie.....	16
4. Litteratur review .....	18
4.1 Kunstig intelligens og dens påvirkningen på godt og ondt.....	18
4.2 Teknologiernes impact og uforudsete problemstillinger - En omstrukturering! .....	19
4.3 Bureaucrati som hæmsko for innovationer i den offentlige sektor .....	22
5. Videnskabsteoretisk retning .....	24
5.1 Kritisk teori.....	24
5.2 Hartmut Rosa - <i>fremmedgørelse og acceleration</i> .....	25
6. Teori .....	30
6.1 Bureaucratiets betydning.....	30
6.1.1 Bureaucratisering som organisation og påvirkning af Telos .....	30
6.1.2 Telos .....	33
6.2 Teknologi.....	34
6.2.1 fra input til output og det i mellem. ....	34
6.2.2 High teknologi og typologi.....	35
6.2.3 Fra input til output .....	36
7. Analyse .....	38
7.1 En travl arbejdsdag i en koordinerende arbejdspraksis .....	38
7.2 Komplexiteten på afdelingen .....	41
7.3 Teknologier i arbejdet som sygeplejerske .....	44

7.4 Bip Bip, kvæk kvæk, og ringende telefoner .....	45
7.5 'Kold' Teknologi .....	47
7.6 Nord EPJ .....	49
7.7 Centreaskærme - mindre forstyrrelser .....	52
7.8 Bureaukrati - som misforstået effekt .....	54
8. Diskussion .....	57
9. Konklusion .....	62
10. Litteraturliste .....	64

# 1. Indledning

## 1.1 Problemfelt

I følgende afsnit vil en række problemstillinger blive præsenteret, som er medvirkende til at presse sundhedssektoren. Disse vil præsenteres for at tydeliggøre relevansen af dette speciales undersøgte problemstilling. Dette afsnit vil også indledningsvist præsentere inspirationen, der ligger til grund for denne undersøgelse af sundhedssektoren. De følgende punkter kredser alle om, hvordan og hvilke konsekvenser det danske sundhedsvæsen møder, både når det gælder besparelser, digitalisering/ ny teknologi anvendelse, samt det bureaukratiske aspekt, der har en indvirkning på effektiviteten i dagligdagen hos sygeplejerskerne.

Det danske sygehusvæsen har igennem de sidste 20 år skullet skære ind til benet og reducere omkostninger. Det har været medvirkende til at forme det hospitalsvæsen, som i dag omtales som stresset, underbemandet og ineffektiv etc.. Det er ikke positivklingende begreber, der sværmer og sygehusvæsenet.

Jes Olesen som er overlæge, professor og forfatter til blandt andet bogen; ”*Det syge væsen: hvordan kan det helbredes*”, har i et kommentarindlæg, i Berlingske, ytret sin undren, over sammenhængen mellem antal patienter, praktiserende læger når, at konsultere i dag, kontra det antal patienter man konsulterede for 20 år siden (Olesen, 2021). I hans kommentarindlæg bringer han et eksempel med jordemødre, som varetager et lavere antal fødsler nu sammenlignet med tidligere, alligevel føler de sig mere stressede, hvilket ifølge Olesen (2021) skyldes, at deres tid bruges på andet end deres kerneopgave. Dette indikerer, at faggruppen jordemødre varetager andre opgaver eller er ramt af bureaukratisering af deres arbejde i sådan en grad, at det påvirker det antal fødsler, de kan nå på en dag. Det indikeres også indirekte, at der er ansat flere i denne faggruppe for at varetage fødsler i Danmark. Dykker man ned i statistikkerne, viser de, at i 2007 var antallet af levendefødte børn 64082 og i 2021 var antallet 63473, med et gennemsnit i perioden 2007-2021 på 60885 (Danmarks Statistik, u.å.). I samme periode var udviklingen af antal jordemødre på offentlige sygehuse stigende. Fra at have været 1329 jordemødre ansat i 2007 til at være 1991 i 2021 (Esundhed, u.å.). Beregner man tallene, svarer det til at en jordemoder i 2007 varetog 48,2 fødsler af levendefødte børn om året, hvor tallet er 31,9 i 2021. Det er en forskel på 16,3 fødsler med levendefødte børn om året. Dette giver en tydelig indikation af, at jordemødre bruger tiden på andet end deres kerneopgave. I kommentarindlægget af Olesen (2021) begrundet han problematikken med, at jordemødrenes tid bliver brugt væk fra patienterne.

Dette er et problem, da jordemødrene bruger mindre af deres arbejdsdag på de opgaver, som de er uddannede til, hvilket kan have en indvirkning på arbejdsglæden, da forventningen efter uddannelse i højere grad, er rettet mod at skulle håndtere fødsler.

Andre fagområder der fylder endnu mere i samfundsdebatten, er læger og sygeplejersker, hvor især sygeplejeområdet fylder meget i medierne. Det, der har fyldt og gjort sig gældende i sygeplejerskernes og andre faggruppers hverdag i sundhedssystemet, er i de to sidste ca. to årtier (1999 -2022), præget af effektivisering. Dette effektiviseringsprincip eller produktionskrav betød at personalet på de offentlige sygehuse, skulle effektivisere eller spare penge. Det politiske indgreb i sygehusvæsenet betød, at sygehusvæsenet skulle have en stigning i produktivitet på 1,5 % hvert år i perioden 1999-2007, hvorefter stigningen blev hævet til 2 % om året frem til 2018, hvor et flertal i regeringen valgte at afskaffe denne produktivitetsmodel (Bech, 2017).

Grundlaget for afskaffelsen af denne model, var at modellen var sat i verden for at effektivisere og nedbringe ventelisterne på behandlinger. Modellen bidrog efter 2018 ikke længere til at løse problematikken, men medførte i stedet andre problematikker, som den ikke kunne løse. Dette blev bakket op af den daværende forkvinde for Danske Patienter Camilla Hersom, der udtalte: ”Det gjorde kål på nogle ventelister, der var direkte dødbringende for folk, og der har 2 pct.-kravet i de første mange år været en kæmpe gevinst”(Witthøfft, 2017:23). Problematikkerne der opstod ved effektiviseringsinstrumentet, var dyr overbehandling, i form af overflødige operationer.

I 2015 udførte Dansk Sygeplejeråd en undersøgelse, der viste, at hver femte sygeplejerske i sygehusregi følte, at de skulle arbejde ’meget hurtigt’, og at hver tredje havde følt sig stresset eller var stresset en stor del af tiden, i en periode på de seneste fire uger op til undersøgelsen. Denne 2 % effektivitetsmodel pressede sygehusvæsenet i så lang tid, at sundhedspersonale sagde deres job op, fordi ideerne og kreativiteten til øget effektivitet var sluppet op (Witthøfft, 2017:23). En sygeplejerske illustrerer med følgende citat, hvordan hun er ansat til, og har til hensigt at oplære og videregive viden til nye sygeplejersker, da hun er en erfaren: ”Hverdagen var sådan, at når jeg mødte ind og egentlig havde planlagt at gå med en ny sygeplejerske, så væltede det ind med sygemeldinger, og så måtte jeg i stedet ud for at slukke ildebrande.” (Witthøfft, 2017:23). Det giver et indblik i hvordan, tilstanden er på de danske hospitaler. Hvorfor det netop er relevant at undersøge, hvilke faktorer der påvirker sygeplejerskers travle hverdag, samt hvordan begreber som bureaukrati, teknologi og kerneopgaver fylder i sygeplejerskes arbejdspraksis.

I en peer-reviewed artikel ”Hvem passer på sygeplejersken”, understreges det, hvordan der er et stigende produktionspres. Det betyder at sygeplejersker ikke føler, at de har den fornødne tid til at udføre deres arbejde, hvorfor de er nødsaget til at kompromittere deres niveau af sygepleje. Dette arbejdspress, der hviler på sundhedspersonalet, kan i vedvarende situationer udvikle sig til stresssymptomer og i værste tilfælde stress. I artiklen fremføres der argumenter, der peger i retning af, at stress selv i milde symptomer kan ødelægge organer og væv i hjernen, det er altså alvorlige bivirkninger, som kan være konsekvensen af et stresset arbejdsmiljø. Men et vigtigere argument er, at stress smitter, hvorfor det er vigtigt for sundhedspersonalet at holde arbejdsmiljøet stressfrit (Woythal, 2018).

## **1.2 Hvad er løsningen på problemet?**

André Rogaczewski er CEO for Netcompany, der er en IT-virksomhed, som hjælper det offentlige med digitale transformationer. Han er formand for TeknologiPagtRådet og formand for DI Digital (Rogaczewski, 2021). Han mener, at der i sundhedsvæsenet kan frigives tid ved at implementere ny teknologi. Men spørgsmålet om hvorvidt ny teknologi skal løse den travle hverdag, strider mod tiden der er til rådighed til at implementere ny teknologi, da der i forvejen ikke er meget tid til overs hos sundhedspersonalet. Det modargumenterer tre læge som i stedet mener, at løsningen ligger i administrationen.

100 års erfaring opponerer på denne påstand, om at ny teknologi er vejen frem, for at frigive tid til sygeplejersker og i sidste ende patienterne. Det mener overlægerne Morten Krogh Jensen, Per Boye Hansen og Peter Møller, der tilsammen har 100 års erfaring som læger i sundhedssektoren. Selvom beskæftigelsen i sundhedsvæsenet for perioden 2011-2021 et steget på de fleste poster, opstår der en undren i de følgende ansættelsestal hos sygeplejersker, læger og administrative ansatte. I 2011 var der på offentlige sygehuse 14895 læger, 38013 sygeplejersker og 6857 administrative ansatte. Dette er i 2021 steget til 20012 læger, 41343 sygeplejersker og 8266 administrative ansatte (Esundhed, u.å.). Regner man den procentvise udvikling ud, kan man se, at den største udvikling findes hos lægerne med 34,35 %, mens antallet af administrative ansatte stiger med 20,55 % og sygeplejerske med 8,76 %. Dette viser, at sygeplejerskernes antal ansatte stiger ca. 2,5 gange langsommere end de administrative, til trods for at der er mangel på sygeplejersker.

For at vende tilbage til de tre læger, der ikke mener, at ny teknologi er vejen frem. I deres løsningsforslag, er der mere at vinde ved at reducere det administrative, samt nedlægge en række arbejdstitler som ”sygeplejevicedirektører, ledende oversygeplejersker, afdelingssygeplejersker, afdelingssouschefer, udviklingssygeplejersker, sygeplejeforskere, kvalitetssikringssygeplejersker etc.” (Jensen, Hansen & Møller, 2021). Disse sygeplejerstillinger har ifølge Jensen, Hansen og Møller (2021) ikke meget med den direkte patientbehandling at gøre, hvorfor deres arbejde i højere grad bærer præg af administrativt arbejde. Et paradoks kommer her til syne; set med et teknologisk perspektiv, kan teknologien være med til at løse problemet i bl.a. sygeplejersker arbejdsdag, hvor på den anden side skal det løses internt fra sygehusvæsnet, hvor den administrative del skal effektiviseres og reduceres til at yde kerneopgaven på et hospital - behandling af sygdom. Det leder frem til problemformulering der følger i næste afsnit omhandlende netop, hvordan bureaukrati og teknologi påvirker sygeplejersker arbejde på en bestemt afdeling.

### **1.3 Problemformulering**

*Hvordan er sygeplejersker på en hæmatologisk afdeling på Aalborg Universitets Sygehus, mærket af det stigende pres på sygehusvæsnet, og hvordan påvirker teknologi og bureaukrati deres arbejdspraksis?*



## **2. Hvordan står det til i det danske sygehusvæsen?**

For at kunne undersøge det danske sygehusvæsen, må dette først skitseres, dettes gøres gennem bogen *Det syge væsen* af Jes Olesen, som er professor, overlæge dr. med. og gennem dokumentaren *Opråb fra sygehuset*. Disse to vil danne baggrund, for synet på hvordan sygehusvæsenet er presset. Det følgende afsnit vil give et indblik i, hvilke konsekvenser der opstår, når en overfortravlet arbejdspraksis er virkelighed.

### **2.1 Det syge væsen**

Ca. halvdelen af danskerne har i dag en privat sundhedsforsikring, hvilket bl.a. skyldes et skrantende sygehusvæsen, og er ikke et positivt tegn for den offentlige sundhedssektors kvalitetssikring. Danskerne har deres private sundhedsforsikringer, for at få bedre og hurtigere behandlinger, hvilket er med til at skævvride samfundet, da ikke alle har råd til sådan en forsikring.

I en undersøgelse foretaget i Olesens (2018) værk, afspejler undersøgelsen hvordan patienter og pårørende oplever systemet. 53 % af de 6000 adspurgte, mener at man som patient, selv skal involvere sig i ens eget behandlingsforløb, og nærmest kæmpe for at få den rigtige behandling. En anden ridse i lakken for sygehusvæsenet er, at hver tredje af de 6000 i samme undersøgelse, har oplevet fejl i deres behandlingsproces. Andre mistillidsforhold der kommer til syne er at mellem en fjerde- og en tredjedel frygter for fejlmedicinering, og at 45 % udtrykker, at der er manglende koordination mellem fagpersonale. Disse tal er værre, hvis man spørger de pårørende (Olesen, 2018:41-43). Det giver en indikation af et sundhedsvæsen, hvor der sker graverende fejl, og at tilliden til systemet er skrantende, hvilket både indikeres af stigende antal private sundhedsforsikringer, og stigende mistillid fra patienter og pårørende, grundet fejl i behandlingsforløb. Disse fejl udtrykker og repræsenterer også manglende tid til patienterne og et stresset arbejdsmiljø. Tiden til at få et ordentligt indblik i hvilken behandling, der er bedst, synes at være truffet på hurtige beslutninger. I nogle tilfælde bliver tiden en faktor, hvorfor det også er vigtigt med koordinationen mellem fagpersonale.

Sundhedssystemet bliver tilført en masse penge, men disse tilførte ressourcer går mere til det administrative arbejde, ny og dyr teknologi og dyre medikamenter frem for til kerneydelsen og sundhedspersonale (Olesen, 2018:67). Olesen (2018) mener desuden, at systemet ikke behøver flere tilførte ressourcer, men i højere grad et opgør med bureaukratiet, og en effektivisering af papirarbejdet blandt fagpersonalet. De nye digitaliseringsteknologier forsøges ofte presset ind i arbejdspraksis, men tit med det resultat, at der med digitaliseringssystemet opstår en række fejl.

De fejl betyder, at processen udskydes, hvilket koster spildtid hos personalet, hvilket i sidste ende går udover patienten (Olesen, 2018:73-74). Et eksempel på et nyt system der var vanskeligheder med i starten, er systemet Sundhedsplatformen, der er indført i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Det blev implementeret på et grundlag, der minder om et luftkastel. I testperioden skulle læger ikke selv skrive journal, samt nogle af systemets funktioner var ikke tilpasset, hvorfor de ikke virkede og derfor ikke kunne testes. Det betød, at systemet virkede godt på de punkter, de kunne teste, men da den fulde implementering skulle indføres, opstod der en række udfordringer, som bl.a. betyder at sundhedspersonalet bruger meget tid, når de arbejder i det system. I Region Syddanmark fravalgte man Sundhedsplatformen, efter grundige test af en række systemer. I Region Syddanmark var Sundhedsplatformen ikke med i slutspurten ved udvælgelse af et nyt system, pga. dårlig score på forskellige parametre og test, hvilket er paradoksalt, når Region- Hovedstaden og Sjælland har valgt dette system (Olesen 2018:76-77).

Et punkt hvor Olesen (2018) også mener, at der kan optimeres, er på ledelsesstrukturen. Han retter kritik af ledelsesstilen, hvor manglende kommunikation med personalet på gulvet og en top-down ledelse skaber stadig større afstande. Fagfolkene er ikke inkluderet i beslutninger eller adspurgt ved nye tiltag eller udskiftning af leverandører. Dette eksemplificerer Olesen (2018) med et skift af leverandører af bleer. Her var dem der arbejdede med bleerne (skift osv.) ikke inkluderet i beslutningen. Så selvom den nye leverandør af bleer både var dårligere og mere miljøskadende, blev de alligevel indført uden pilottestning, og uden at involvere det personale, der arbejdede med produkterne.

## **2.2 Et opråb fra sygehuset**

I 2021 sendte TV2 en dokumentar, som også omhandlede de samme problemstillinger i det danske sygehusvæsen. Dokumentaren giver et indblik i, hvordan sygehusvæsenet er fortravlet. I dokumentaren har de interviewet og snakket med 45 læger og sygeplejersker, der fortæller om hvordan denne travlhed går udover patienter og dem selv. Titlen på dokumentaren er *Opråb fra sygehuset*, og er opdelt i to afsnit, hvor hvert afsnit har en varighed på ca. 40 minutter. Undertitlerne på afsnittene er henholdsvis *Livsfarligt travlt* og *Forbudte fejl*. Allerede i titlen og undertitlerne er der begreber, der fremmaner en klar linje for, hvad dokumentaren omhandler, og hvordan tilstanden er i sygehusvæsenet.

Fra 2009 til 2018 er der kommet 31 % flere patienter (Eberhardt & Rahbek, 2021a-08:20). Det er med til at presse systemet, hvilket betyder at i en fortravlet hverdag, har sygeplejersker ikke mulighed for at observere og passe alle patienter med den nødvendige pleje.

I dokumentaren sætter de fokus på, hvilket ansvar nye eller sygeplejestuderende får, bl.a. ved at observere og måle patienter, hvor alvorlige tegn på forværring overses, hvilket går udover patienten. Det betyder i værste tilfælde, at de ikke kan nå at helbrede patienten. (Eberhardt & Rahbek, 2021a-16:50). Det ses eks. med en 2. Semesters studerende, som får ansvaret for forebyggende målinger, hvilket er et ansvar en studerende på 2. semester ikke må have uden hjælp fra en fagligt uddannet. (Eberhardt & Rahbek, 2021a-23:20). En anden opgave den sygeplejestuderende får, er ansvaret for en helt ny sygeplejestuderende, fordi der ikke er sygeplejersker nok, der kunne agere lærermester pga. travlhed (Eberhardt & Rahbek, 2021a-19:23). Noget tyder på, at mange i sygehusvæsenet godt er klar over tilstandene, da mange i dokumentaren står frem anonymt. Dette indikerer, at de godt ved, at der sker fejl, men at det er hverdag, og derfor frygter de for deres fremtidige jobs, ved at stå frem. Det at studerende får opgaver, de ikke må varetage alene, men alligevel bliver betroet, peger også i retning af et fortravlet arbejdsmiljø.

En væsentlig faktor der udgør et øget pres på sygehusvæsenet, er ældre mennesker. Der forventes en stigning af ældre fra 272000 i 2020 til 433000 i 2030 (Eberhardt & Rahbek, 2021a-26:19). Denne udvikling af ældre, som kræver mere behandling og længere indlæggelse, presser systemet. Det betyder, at der bliver endnu mindre tid pr. patient - hvis det er muligt, såfremt personalet i det danske sygehusvæsen ikke vokser tilsvarende eller får smartere metoder til at løse deres arbejde. Det skaber grobund for flere fejl, mere stress og mindre overskud. Fejlbehandlinger som opstår grundet travlhed og underbemanding, danner en ond spiral, for samvittigheden lider hos personalet, når de overser vitale tegn på forværrelse hos patienten eller faresignaler. De tilfælde der ender med komplikationer, der kunne have været undgået, såfremt tiden og arbejdspresset var lavere. Det er med til at påvirke sundhedspersonalet, der har ansvaret, hvilket er noget der tynger dem (Eberhardt & Rahbek, 2021a). I 2014 var der 1200 observationsfejl, hvorimod der i 2020 var 1646, og dermed en stigning på 33 %. I 2020 var der 47038, behandlingsfejl eller fejl i processen (Eberhardt & Rahbek, 2021b-04:28). Ved disse opståede og alvorlige fejl, skal personalet indberette hændelsen, så problemet kan undgås i fremtiden. Dette kaldes en utilsigtet hændelse (senere UTH). Dette er eks. fejlmedicinering. I det andet af dokumentaren, følger man en episode, hvor der opstår fejlmedicineringen.

Episoden foregår på en intensiv afdeling, hvor en patient ikke fik den rette behandling. Dette resulterede i at patientens tilstand blev forværret. Der skete ikke noget med patienten i dette tilfælde, men fejlmedicineringen skete fordi sygeplejersken var presset og stresset i situationen og manglede personalehjælp til at løse situationen (Eberhardt & Rahbek, 2021b-11:06).

En UTH er lovpligtigt for sundhedspersonalet at indberette, men i mange tilfælde sker det ikke, bl.a. fordi de fejl sker pga. pres, og derfor er der ikke tid til at indberette dem. Dansk selskab for Patientsikkerhed regner med, at der er op mod 20 gange flere UTH'er, end dem der er indberettet. Det sundhedspersonale der indberetter dem, føler tit, at de bliver mødt med forståelse men ingen handling. (Eberhardt & Rahbek, 2021b-14:20). I nogle tilfælde er sygehuspersonalet direkte opfordret til ikke at lave en UTH indberetning, hvis det vedrører ressource mangel (Eberhardt & Rahbek, 2021b-34:28).

I både bogen *Det syge væsen* og dokumentaren *Opråb fra sygehuset*, tyder det på et sundhedsvæsen, hvor fatale fejl opstår, fordi der er personalemangel og bureaukratisering, som tager tiden fra patienten og sygeplejersken, samt en manglende kommunikation mellem ledelse og personale. Selvom det danske sygehusvæsen ikke er en velsmurt maskine, er det stadig et godt sundhedssystem, hvis man sammenligner med andre sundhedssystemer rundt om i verden. I dag er problemet ikke ressourcer i form af økonomi, der får sundhedsvæsenet til at halte, men brugen af ressourcerne og bureaukratiet (Olesen, 2018:12). Når ny teknologi bliver implementeret i sundhedsvæsenet, er meget af den frivillige tid som teknologien skulle frigive, blot blevet allokeret til pseudoarbejde, hvilket i *Det syge væsen* er beskrevet, som arbejde der ikke vedrører patientbehandling (Olesen, 2018:32).

### **3. Metode**

Følgende afsnit omhandler specialets metode, det vil omhandle måden hvorpå datamaterialet er indsamlet på, samt hvordan den semistrukturerede interviewmetode er brugt. Ydermere er det semistrukturerede interview udvidet med EBNIT metoden, hvilket fremmer bestemte svar hos informanterne. Derudover fremgår de etiske overvejelser i forbindelse med specialets indsamling af data. Slutteligt vil metodeafsnittet omhandle case og den kritiske case som metodevalg.

#### **3.1 Den kvalitative metode**

Det kvalitative forskningsinterview som metode, forsøger at forstå den verden, subjektets eller informanten oplever, og dermed indfange deres opfattelse af oplevelser samtidig med deres levede verden. (Kvale & Brinkmann, 2015:19). Med denne tilgang interviewer man subjekter, for også at indfange deres verdenssyn. Med den kritisk teoretiske tilgang, som uddybes i afsnittet omhandlende videnskabsteori, placerer subjektet sig igennem påvirkning af diskurser, magtrelationer og ideologier. Subjektet har ikke selv konstrueret disse diskurser etc. Der findes mange former for interviews, i dette speciale anvendes det semi-struktureret forskningsinterview, da formålet er at producere viden, samt at lave et livsverdensinterview og derigennem producere viden om hvordan sygeplejerskerne oplever det undersøgte genstandsfelt (Kvale & Brinkmann, 2015:20-35). Den kvalitative interviewmetode gør sig især gældende, når de spørgsmål forskeren stiller, starter med hvordan, da det søger en viden, om hvordan netop subjektets oplevelsesverden opleves (Kvale & Brinkmann, 2015:153). Denne tilgang er benyttet, da problemstillingen lægger op til, hvordan sygeplejersker oplever påvirkninger af teknologi og bureaukrati i deres hverdag, hvorfor netop det semi-strukturerede interview er passende, da det åbner op for muligheden, for at gå i en anden retning end interviewguidens grundlag. Den semistrukturerede interviewguide, er opbygget på tematikker. Indledningsvist er spørgsmålene nemme for informanten at svare på, dette er gjort for at løsne op i interviewsituationen, og dermed øge komfortabiliteten, og dermed lade informanten være i så trykke rammer som muligt. Ydermere er interviewene primært afholdt på informanternes arbejdsplads, med undtagelse af et enkelt, der er foregået online, hvor informanten var hjemme. Her blev interviewet afbrudt et par gange, dog uden betydning for data. Fordi informanterne er interviewet i kendte rammer, vil det påvirke interviewsituationen, idet dette vil betyde, at de her har en naturlig trykthed, da stedet er kendt for dem. Dette kan være med til at forhøje deres lyst til at svare på spørgsmålene.

Informanterne er fundet på den måde, at en ansat på afdelingen har lavet et opslag i afdelingens fælles Facebookgruppe for både sygeplejersker og SOSU-assistenten. Informanterne har herefter selv henvendt sig og ladet sig interviewe, hvorfor deres interesse i emnet kunne mærkes i interviewsituationerne.

En faktor som i dette speciale har været en udfordring rent metodisk, har været de opfølgende spørgsmål i interviewsituationen. Dette understreger Kvale og Brinkmann er vigtigt ved den semistrukturerede metode (Kvale & Brinkmann, 2015:222). Udfordringen har bestået i, at være reflekterende, og stille skarpe og præcise opfølgende spørgsmål til informanterne, idet jeg har været alene i interviewsituationerne. Derfor har jeg både skullet orientere mig i interviewguiden, og forholde mig til hvad informanterne svarede, for at kunne stille opfølgende spørgsmål. At interviewe alene er ikke optimalt, og der er en række fordele at hente, ved at være minimum to forskere til at interviewe, blandt andet et større overskud i situationen (Fuglsang, 2017:53).

Den kvalitative metode beror sig på at producere viden, der ikke skal genereres til statistikker og generaliserbarheder, men derimod subjektets oplevelser og erfaringer (Brinkmann & Tanggaard, 2020:16). Den semistrukturerede interviewmetode understøtter dette med at kunne følge informanternes svar, og derigennem forstå, hvad netop deres oplevelser er, og finde frem til, hvad der fylder i deres oplevelser af den undersøgte genstand (Tanggaard & Brinkmann, 2020:44). Ved den semi-strukturerede metode, er det vigtigt, at der udarbejdes en interviewguide, som kan være styret af både teoretiske og detaljefunderede spørgsmål (Tanggaard & Brinkmann, 2020:44). I specialets interviewguide se (bilag E), er der en vekslen mellem teoretiskfunderede spørgsmål, og spørgsmål der har til hensigt at undersøge deres oplevelsesverden ved brugen af eks. teknologi. Dette speciales informanter består af fire sygeplejersker fra en hæmatologisk afdeling, hvilket betyder at synspunktet kommer fra en faggruppe. Det havde været en fordel at implementere andre faggrupper eller flere informanter, da det ville give en udvidelse af den undersøgte genstand. Selve interviewguiden er testet i et pilotinterview med en sygeplejerske fra en anden afdeling. Dette er gjort med intentionen om at kunne finjustere spørgsmål og evt. undgå spørgsmål, som vil frembringe negative konsekvenser for undersøgelsen og ubehagelige spørgsmål. Pilotinterviewet er afholdt, inden specialets informanter er interviewet for også at rette evt. fejl i interviewguiden. Pilotinterviewet var også med til at sikre etikken ved selve spørgsmålene i interviewguiden, da jeg på denne måde kunne teste, og få direkte feedback på, om nogle af spørgsmålene evt. grænsede til emner, som kunne opfattes som grænseoverskridende eller negativt for informanterne.

Kvaliteten af specialet ligger i at forskeren skal forsøge at gøre sin overvejelser transparente i alle facetter, så læseren kan gennemskue hvordan forskeren er kommet fra design af undersøgelsen, til analyse, til hvordan resultaterne heraf udfoldes (Tanggaard & Brinkmann 2020:660). I specialet er interviewguide og transskriberinger vedlagt, for at skabe transparens for læseren. Med samme formål er processen for rekruttering nævnt i foregående afsnit.

### **3.2 EBNIT - en udvidelse**

Som en udvidelse af det semi-strukturerede interview, er *event-based narrative inquiry technique* (senere EBNIT) metoden implementeret i interviewguiden. EBNIT metoden i kombination med Critical incident technique (senere CIT) og metaphors, kan åbne op for nye ideer hos informanten. CIT metoden bruges til at spørge ind til, hvordan informanten oplever problemer og tilfælde af begrænsninger. Med disse to metoder i kombination, forsøger man gennem interviewguiden, at forstå subjektets oplevelsesverden. Ved at tilføje en metaforisk tilgang, ved eks. en nævne en tryllestav. Det skal få informanten til at reflektere over de problemer, de møder, og hvordan det vil se ud i den ideelle verden (Helkkula & Pihlström 2010:355). Ved tilføjelse af CIT-metoden, konkretiserer man spørgsmålene til en konkret problemstilling, som subjektet har oplevet, hvilket gør det virkelighedsnært (Helkkula & Pihlström 2010:355). CIT-metodens sigte, er at opdage gennem interviews, problemer der ikke er tydelige og er usagte.

I specialet har CIT-metoden inspireret til interviewguiden, ved at spørge ind til eks. ”Er i nok personale til opgaverne?” hvilket leder videre til, hvordan de konkret oplever det (Bilag E). Dernæst stilles spørgsmålene videre i interviewguiden med: ”\*Hvis for få ansatte - hvordan kan man ændre det?”(Bilag E). De stilles inden, at tryllestavmetaforen introduceres. Den introduceres på følgende måde: hvis de havde en tryllestav, hvordan vil deres ideelle og ikke presset hverdag se ud - altså hvordan løser man travlheden. Med CIT-metoden forsøger man at finde frem til de problemer, der fremtræder i analysen af data materialet (Helkkula & Pihlström 2010:358). Metaforens indtræden i interviewguiden, skal inspirere informanten, til at tænke ud af boksen og derigennem trække implicite behov ud, hvilket kan give kritisk information og dermed være inspiration til nye innovative metoder (Helkkula & Pihlström 2010:358). EBNIT metoden er ikke gennemgående for interviewguiden, da der forefindes andre typer spørgsmål, hvilke er inspireret af teori afsnittet, og derfor ikke søger informanternes besyv på innovative og problemer oplevet i deres arbejdspraksis.

En anden metodetilgang der kunne have været relevant for specialet at inddrage, vil være observation, da jeg som forsker, kunne have observeret en arbejdsdag, og derigennem noteret mig, hvor meget og hvornår teknologi forstyrrer i arbejdsdagen, i stedet for at undersøge det retroperspektivt gennem informanterne, hvor nogle tilfælde kan glemmes i interviewsituationen.

### **3.3 Etik**

Etikken er en faktor, der er vigtig at reflektere ved kvalitativ forskning. Det etiske i en undersøgelse kan komme til udtryk ved behandlingen af det indsamlede datamateriale, hvor informanterne ytrer sig om deres personlige oplevelser, som bliver stillet til skue i den offentlige arena (Brinkmann, 2020:581). I 2018 trådte GDPR-reglerne i kraft, hvilket betyder, at informanterne altid skal kunne få slettet deres inputs. En faktor der er uundværlig ved etikken i det kvalitative interview, er derfor også en samtykkeerklæring. Her gøres informanterne opmærksomme på, hvordan deres interviews skal bruges, hvordan de opbevares, og hvordan de deles. I specialet har dette medført en udformning af en samtykkeerklæring, hvor informanterne oplyses om muligheden for at vælge at fremstå anonyme, samt hvordan de kan kontakte speciales forfatter, såfremt de ønsker at trække deres samtykke tilbage. (Bilag F)(Brinkmann, 2020:585). En anden etisk overvejelse, er stedet for afholdelse af interview. Fordi interviewene i dette speciale primært er afholdt på afdelingen i enten et personale- eller konferencerum, og dermed på et sygehus, er forfatteren til dette speciale også testet og frikendt for Covid-19. Dette er gjort på baggrund af, at patienter på denne afdeling er særligt sårbare.

For at gøre nogen af deres svar reflekterede og upersonlige, har jeg forsøgt at stille spørgsmål, som eks. ”Hvis der opstår en UTH, og du skal skrive den i systemet, hvordan oplever du så den proces fra at hændelsen sker til evt. respons på UTH?”(Bilag E) og fuldt op med, ”(...)I: det behøver ikke være en du selv har lavet det kan bare være, en beskrivelse af hvordan sådan en proces er(...)”(Bilag E). Dette er gjort af hensyn til informanten, da en UTH kan være meget personlig, og som en informant udtaler omkring en UTH: (...) Det er lidt underligt, fordi man sætter sig jo i en sårbar situation, fordi det er jo en fejl, man selv har lavet eller en anden har lavet (...)”(Bilag B).

Af etiske overvejelser af anonymiteten vedrørende informanterne, har informanterne oplyst gennem en udfyldt samtykkeerklæring (Bilag F) at jeg gerne må bruge deres udtalelser offentligt, dog har jeg har valgt at anonymisere for mikroetikken, så informanterne ikke fremstår med deres individuelle holdninger, men som informanter der arbejder på en hæmatologisk afdeling, som specialet undersøger.



### 3.4 Casestudie

I specialet benyttes casemetoden. Den omhandler at se på et enkeltstående fænomen, og se på det som billede på samfundet. En case beskrives som ”En intensiv analyse af en individuel enhed (såsom en person eller befolkningsgruppe) med fremhævelse af udviklingsfaktorer i relation til omgivelserne” (Flyvbjerg, 2020:621). I dette speciale hvor genstanden for undersøgelsen er en afdeling på et sygehus, hvorfor denne anses som enheden eller fænomenet. Med denne metode skal casen kunne reflekteres tilbage på samfundet, som den store helhed. Derfor undersøges en enkelte case, for at danne et indblik i, om samfundsstrømningerne gør sig gældende i afdelingen, og omvendt. Casemetoden har været kritiseret, som følge af, at det kun kan bruges indledende, og ikke kan bidrage med pålidelig viden, der kan generaliseres (Flyvbjerg, 2020:623). Dog fremfører Flyvbjerg (2020) fem misforståelser omhandlende casestudiet, og forsvarer derfor denne metode i kvalitativt arbejde.

Misforståelse nummer et handler om, at generelt set er teoretisk viden mere værdifuldt, end den viden casestudiet producerer - kontekst afhængig viden. Denne påstand afviser Flyvbjerg (2020) ved, at man gennem den kontekstafhængige viden opnår indsigt i et enkelt case, hvor nuanceforskelle kun kan opfanges ved at studere fænomenet enkeltstående (Flyvbjerg, 2020:626). Misforståelse nummer to omhandler, at man ikke kan generalisere den vidensproduktion, der er fremkommet gennem casemetoden. Dette afvises dog med et casestudie fra Galilei, der afviste Aristoteles teori om gravitation, hvor casen omhandlede forskellige objekters faldtid, fra en bestemt, men samme højde. Casemetoden kan bruges i samfundsvidenskaber til at skabe en kritisk refleksion, såfremt en af observation er afvigende fra den generelle tilstand, kan et enkelt casestudie bevirke en falsificering af en hypotese (Flyvbjerg, 2020:628). Misforståelse tre, omhandler hvordan casestudiet egner sig bedst til udvikling af hypoteser. Det betyder at denne metode kun bruges i de indledende faser i undersøgelser. Det modargumenteres bl.a. ved at casemetoden, kan identificere og modbevise en hypotese, hvorfor nye teorier og begreber må inddrages for at forså sammenhængen. I specialet inspireres det undersøgte af den *kritiske casemetode*, som har til formål at afdække, at såfremt det gælder i denne case, må det også gælde i andre sammenlignelige cases. Det ses bl.a. ved hvordan bureaukrati og teknologi påvirker en bestemt afdeling. Dette må antages også at være gældende på andre afdelinger i Danmark i svingende grader (Flyvbjerg, 2020:636). Misforståelse fire handler om hvordan metoden tenderer til at være verificerende overfor forskerens forudfattede viden og meningen, hvilket erfaringer modbeviser, idet casemetoden har større tendens til at falsificere forskerens forudfattede viden og mening. (Flyvbjerg, 2020:645).

Misforståelse fem omhandler, at det ofte er sværere at udvikle teorier af en specifik case. Det argumenteres dog for, at det ikke altid er hensigtsmæssigt, at kunne generalisere, men i stedet fremføres som casestudier, der giver et indblik i en helhed (Flyvbjerg, 2020:650). I specialet er det undersøgte fænomen eller case en sygehusafdeling. Med casens som metode, hjælper denne metode med at forstå afdelingens placering i landskabet af andre afdelingers tilstand, som er argumenteret for i afsnittene litteraturreview og indledningen. Med denne case undersøgelse, vil specialet derfor undersøge en specifik afdeling, og spejle den virkelighed op mod samfunds virkelighed, for derigennem at benytte den kritiske case, som kan medvirke til generalisering af fund, som må gøre sig gældende andre steder. Derfor drager den kritiske case også paralleller fra den kritiske videnskabsteori, som forsøger at danne viden om individet eller afdelingen i samfundet og omvendt.

## 4. Litteratur review

### 4.1 Kunstig intelligens og dens påvirkningen på godt og ondt

I en artikel der relaterer sig til specialets tematikker, er teknologiens indvirkninger på ansattes arbejdspraksisser og måden hvorpå nye teknologiske innovationer, også forandrer strukturer og praksisser i organisationer, beskrevet. I Artiklen med titlen ”kunstig intelligens i det danske sundhedsvæsen” (Kunstig intelligens senere AI) portrætteres det, hvordan praksis er ændret. Sundhedsvæsenets forskning, har pga. den teknologiske udvikling, gået fra at være hypotesebaseret til at være datadrevet, da AI har gjort det muligt at analysere meget store mængder data - big data, hvilket ikke var muligt før. Udover big data analyser, har AI medført begrebet *Machine learning*(senere ML). Det går ud på, at en computer agerer som en menneskehjerne - bare meget kraftigere. Denne computer udvikler sig selv med tilgængelige artikler systemet ”læser og forstår”. ML er en yderst kompetent måde at analysere store komplekse mængder data eller billedmaterialer (Lindskow, Ibrahim, Thomsen, Bell & Kruse, 2020:2). ML kan også udvikles til *deep learning*, hvilket er et system, der finder mønstre i data, som kan virke uigennemskuelige for mennesker (Lindskow, et al., 2020:2). På den måde tegner der sig tendenser i udviklingen af teknologi, der gør menneskets arbejde mere komplekst, ved at have værktøjer som AI, ML og deeplearning til rådighed. Disse teknologier er også med til at skabe ændringer i arbejdspraksisser. Teknologien kræver overvågning fra mennesker, fordi da man forsøgte at bruge AI til skanning af brystkræft, viste maskinen at tage alvorligt fejl i et ud af tre tilfælde (Lindskow et al., 2020:3). I Danmark investeres der fortsat i AI, da man også regner med besparelser med en indførsel af teknologien, da den vil overtage analytiske funktioner, der udføres af mennesker i dag. Det skal føre til besparelser på op mod 6-14 milliarder for samfundet (Lindskow, et al., 2020:3). Lindskow, et al., (2020) diskutere afslutningsvis hvordan AI, vil kræve parathed og strukturelle forandringer, der hvor teknologien implementeres.

I en anden undersøgelse af AI har Ole K. Andersen (2020) også fundet en række kritiske punkter, der peger i retning af innovationens ændringer i sundhedsvæsenet. I hans artikel fremgår det, at nye og dyre behandlings- og diagnosticeringmuligheder, øget mangel på fagpersonale og ændret demografi, er med til at presse sundhedsvæsenet nu og i fremtiden (Andersen, 2020:1). Han mener ikke, at man kan bygge hospitaler og uddanne personel nok til at følge udviklingen, hvorfor ny teknologier må være løsningen.

Derfor er det vigtigt, at sundhedssystemet er gearret til sådan en transformation, som en implementering af AI vil medføre. Han mener, at denne teknologiske udvikling skal leveres af danske virksomheder (Andersen, 2020:2).

Det vil styrke udviklingsfasen og implementeringsfasen, da danske producenter ville kunne have et nært forhold til den offentlige sektor på mange parametre. Ydermere vil samarbejdet mellem producent og den offentlige sektor, kunne komplimentere hinanden i højere grad, og undgå nogle af de følgende problemstillinger.

En af problemstillinger der opstod, da sundhedsplatformen blev indført i Region Sjælland og Region Hovedstaden var, at denne implementering medførte en række komplikationer. Det skyldes at systemet var produceret i USA, og var i første omgang tiltænkt det amerikanske marked med brugerbetaling i sundhedssektoren. Dog blev det tilpasset, men der skulle meget tilpasning til inden det virkede optimalt for fagpersonalet. En teknologiforandring som AI, vil ikke kun medføre strukturelle forandringer hos sundhedssektoren, men kan også resultere i et opgør med samfundets borgere i de etiske overvejelser omhandlende deling af data. AI teknologi udvikler sig bedre, jo mere data den skal bearbejde. Lige nu hersker der er skepsis af deling af private oplysninger til staten. Det betyder, at denne transformation også må og skal vende den etiske problemstilling for at sikre en vellykket implementering (Schou & Hjelholt, 2019:41).

#### **4.2 Teknologiernes impact og uforudsete problemstillinger - En omstrukturering!**

I en peer reviewed artikel undersøger Ulrik B. U. Røhl & Jeppe A. Nielsen (2019) bl.a. hvilke konsekvenser implementering af teknologi kan medføre. Denne artikel er derfor relevant, da specialets undersøgelse også inddrager perspektiver af en afdelings omstillingsparathed, når der indtræder nye teknologier i deres hverdag. I artiklen er genstanden for deres undersøgelse sundhedsplatformen og dens komplikationer. Når ny og så revolutionerende teknologi skal indføres i den offentlige sektor, bidrager det til ændringer i arbejdspraksissen hvilket sundhedsplatformen også ændrede (Røhl & Nielsen, 2019:179). I deres undersøgelse har de analyseret over 500 avisartikler og fundet frem til en række faktorer der påvirker arbejdspraksisserne. To af de mest negative og dermed væsentlige faktorer ved indførslen af denne teknologi, er at den nedbringer arbejdsglæden, og den nedbringer menneskeligheden i systemet (Røhl & Nielsen, 2019:196). Derfor er det vigtigt at have for øje, hvad en så revolutionerende teknologi kan have af impact på organisationsstrukturen.

Arto J. Wallin og Lars Fuglsang har også undersøgt området. De har undersøgt hvordan service innovationer har påvirket den offentlige sektor. I deres artikel "Service innovations breaking institutionalized rules of health care", fremgår det, hvorfor netop en transformation af sundhedssektoren er nødvendig.

Dette omhandler som også tidligere nævnt, at demografien ændrer sig i samfundet, hvilket er medvirkende til et højere pres på sundhedsvæsenet, da ældre er mere i kontakt med sundhedsvæsenet. En anden faktor er den negative udvikling i tilstrømningen til de sundhedsfaglige uddannelser (Wallin & Fuglsang, 2017:972). Disse udviklinger skal bl.a. løses gennem en digitalisering af sundhedsvæsenet. Denne teknologi eller digitaliseringstransformation, skal ændre måden hvorpå patienter undersøges. Digitaliseringen skal i højere grad udvikle processer hvor undersøgelser af patienter bliver forebyggende, hvilket skal reducere behandlingskrævende patienter her og nu (Wallin & Fuglsang, 2017:973). Det er bl.a. det som AI skal afhjælpe med, og derigennem skabe besparelser. Det betyder også, at plejen bliver mere specifik, personlig og individuelt tilrettelagt. Et eksempel på udviklingen er genforskning indenfor migræne, Hvor man nu kan give individuel specifik medicin frem for en universel, som måske ikke virker på alle (Hansen, 2022). Ydermere er det danske sundhedssystem gunstig placeret i forhold til en transformation, da vi har et CPR register, hvor alt data lagres. Det betyder, at big data og ML, som tidligere nævnt, vil være tilgængeligt for computerne at processere, og dermed udvikle behandlingerne og forecaste hurtigere end før. I deres undersøgelse af feltet, har de fundet frem til, at det at innovere i denne sektor, er yderst komplekst. Det indeholder både organisatorisk sensemaking, teoretisering af forandringen og institutionens modifikationer (Wallin & Fuglsang, 2017:980). Sensemaking er især en vigtig faktor, for dem der skal innovere. Denne faktor rummer bl.a. hvordan virksomhederne, der producerer og tilpasser innovationen, til netop en organisations behov. Derfor er det vigtigt, at producenten er i tæt samarbejde med den organisation, der skal have den nye teknologi, da virksomheden skal have indgående kendskab til de procedurer, som innovationen skal forbedre og behovene organisationen har (Wallin & Fuglsang, 2017:989).

Hvor Wallin og Fuglsangs artikel undersøgte kritiske punkter ved indførelse af innovation i sundhedssektoren, har Signe Vikkelsø (2005) undersøgt de direkte konsekvenser af implementeringen af en konkret innovation. Den konkrete innovation som Vikkelsø (2005) undersøger, er den elektroniske patient journal (senere EPJ).

Forventningen til dette system, var at øge koordinering og sikre en let deling af journaler på tværs af afdelinger, frigørelse af mere tid og højere kvalitet i plejen, samt færre fejl (Vikkelsø, 2005:4). EPJ systemet disruptede arbejdspraksisserne i sundhedsvæsenet. Det gjorde systemet, ved at ændre på arbejdsgangen på journalføring. Før journalen blev digital, dikterede en læge patientens noter, og en sekretær skrev dem i journalen. Det skete ikke med samme, da sekretæren havde mange andre opgaver. Det betød også, at der kun var en ad gangen der kunne læse journalen, hvorfor læger havde forsteret på at læse den (Vikkelsø, 2005:10).

Digitalisering medførte, at flere kunne læse journalen på samme tid, på forskellige computere. Da denne artikel blev skrevet, kunne lægerne ikke medbringe journalen, medmindre de printede den, da computeren ikke kunne transporteres på daværende tidspunkt. Dette er dog løst i dag, hvor man kan tage en pc med rundt på stuegang (Vikkelsø, 2005:11). En negativ etisk side af digitalisering af journalerne, er at tilgængeligheden af journalerne er steget, hvilket betyder at personale med adgang til systemet, kan slå patienter op, der ikke vedrører dem - eks. kendte personer, hvilket både er etisk forkert, men også strafbart (Vikkelsø, 2005:11). EPJ medførte også, at sygeplejersker blev mere individualiserede, da man stoppede med at overlevere oplysninger på en patient verbalt, men i stedet skrev det i journalen på computeren (Vikkelsø, 2005:14). En anden proces EPJ systemet førte med sig, var svarene på testresultater som blodprøver o.lign.. Før systemets indførelse blev svarene sendt til afdelingen omkring klokken 15 hver dag, hvor de efter indførelsen af systemet, kom løbende gennem dagen. Det gjorde, at det blev svært at strukturere dagen. Det giver også en mulighed for at tjekke for resultater oftere, da personalet ikke ved hvornår de får svaret op på afdelingen (Vikkelsø, 2005:16). Denne artikel gør det åbenlyst, hvor store forandringer der sker, når en ny teknologi indføres, og hvilke konsekvenser det kan have.

Der kan altså derfor forekomme en række strukturelle forandringer med innovationer og ny teknologi i sundhedssektoren. Disse er derfor vigtige at have for øje, da konsekvenserne kan være store. Derfor er samarbejdet omkring den nye teknologi fra producenten/udvikleren, og den afdeling der skal bruge teknologien afgørende for en succesfuld innovation. En anden væsentlig faktor ved innovationer er dermed også at undersøge, og analysere hvordan en ny innovation, ændrer arbejdspraksisser og struktur i en afdeling. Det er især vigtigt, fordi vedvarende nedsat arbejdsglæde, kan resultere i mistrivsel, hvilket Lektor Ph.D. Janne Gleerup fra Roskilde Universitet har undersøgt. Hun har undersøgt området indenfor kränkelseserfaringer af sygeplejersker ud fra Axel Honneths perspektiv.

Han vil blive uddybet i det videnskabsteoretiske afsnit, hvorfor han ikke uddybes her. Gleerup (2015) har i sin undersøgelse beskrevet hvordan *New public management* (senere NPM), har medført at forbruget i sundhedssektoren, er gået fra at være politisk kontrolleret til at være markedskontrolleret, hvilket åbner op for et nyt begreb - *konkurrence*. Dette begreb er også uddybet i specialets videnskabsteoretiske afsnit. Dette er med til at øge kompleksiteten i sygeplejerskers arbejde, da man med NPM skal kunne måle alt, med et konkurrencemæssigt henseende. Det er med til at øge dokumentering af arbejde, hvilket i sidste ende tager tiden fra patienten (Gleerup, 2015:115). I hendes undersøgelse har respondenter givet et indblik i den manglende koordinering.

En tillidsvalgt beskriver, hvordan man havde købt et system, der skulle styrke mellemledere, men samtidig var i gang med at implementere en ny ledelsesstruktur, der modarbejdede antallet af mellemledere. Dette paradoks viser, hvordan systemer ikke bliver implementeret ordentligt, før de bliver udskiftet (Gleerup, 2015:118).

Denne honneteske retning Gleerup (2015) bruger i undersøgelsen, har til formål at blottlægge de strukturer, som krænker sygeplejerskerne, hvilke inddrager en risiko for mistriivsel og stress. Denne kritisk teoretiske tilgang har dermed til formål at undersøge, hvordan sygeplejerskerne krænkes ved ikke at blive hørt. Denne krænkelser og manglende anerkendelse fra samfundsstrukturen fra politisk side, er derfor relevant at undersøge, da det kan føre til stress og mistriivsel hos fagpersonalet. Dette udtrykkes også gennem citatet: "The basic point is that whenever an entity, human or non-human, is removed from or added to a network, the characteristics of the network as well as the specific entity are subtly or radically changed—they are translated" (Vikkelsø, 2005:8). Citatet påpeger hvordan arbejdspraksissen ændres, når der sker forandringer, hvorfor det er vigtigt at have personalet omskolet ordentligt, således at de er klar til omstruktureringen.

#### **4.3 Bureaucrati som hæmsko for innovationer i den offentlige sektor**

Artiklen "Bureaucrati: ven eller fjende af (offentlig sektor) innovation?" omhandler hvordan bureaukrati som organisatorisk form hæmmer eller fremmer innovationen i den offentlige sektor. Denne artikel er relevant for specialet, da den giver indsigt i hvordan innovation og bureaukrati hænger sammen i et bureaukratisk system. Umiddelbart når begreber som bureaukrati og innovation står i sammenhæng, er der en tilbøjelighed til at tænke, at disse ikke kan arbejde sammen. Det kunne eksempelvis være hvordan chancen er lav i den offentlige sektor, hvilket er en barriere for innovationen (Jakobsen, 2013:250). Jakobsen (2013) har også foretaget et litteratur review, hvor han gennem innovationslitteraturen har fremanalyseret argumenter, der problematiserer

sammenhængen mellem innovation og bureaukrati. Disse argumenter er, at bureaukratisering skulle resultere i mindre commitment og involvering af personale. Det peger mod at personalet heller ikke er deltagende i innovationsprocesser, hvilket som tidligere skrevet er vigtigt. Derudover er procedurer, regler etc. og en uflexibel arbejdspraksis, også med til at hæmme den kreative tankevirksomhed. I et bureaukrati hvor procedurer og regler er udstukket af ledelsen, vil disse strukturer, også være med til at fastfryse personalet og ikke inspirere til at tænke ud af boksen (Jakobsen, 2013:254).

Den bureaukratiske styreform er kendetegnet ved mange vertikale niveauer af ledelse, hvorfor innovationer skal gennemgå mange led for at blive realiseret, hvilket er hæmmende for innovationen (Jakobsen, 2013:255). På den anden side er der også argumenter for, hvorfor bureaukratiformen styrker innovationen. Det sker ved den formalisering, der findes i bureaukratier, som kan skabe klare linjer for, hvordan nye innovationer indføres i organisationen. På den måde kan man reducere usikkerheden (Jakobsen, 2013:256). Det er derfor tvetydige resultater for hvornår bureaukratiformer fremmer og hæmmer innovationer. Alt dette afhænger også af hvordan situationen, kulturen og omgivelserne er i organisationen, hvilket kan analyseres med contingency-teori, hvilket specialet teoretiske afsnit kommer nærmere ind på (Jakobsen, 2013:255).

I artiklen har Jakobsen (2013) lavet et udførligt litteratur review over de begreber, der står med lighedstegn til bureaukratiske organisationsformer, og hvordan disse begreber står i kontrast til innovation. Disse begreber er centralisering, formalisering, hierarkisering, specialisering og arbejdsdeling. Ved sammenhængen mellem *centralisering* og innovation, er sammenhængen af negativ karakter hvilket litteraturen hælder til. Det betyder at centralisering hæmmer innovationen (Jakobsen, 2013:259). *Formaliseringens* påvirkning af innovation synes, at der eksisterer et modpolet empirisk grundlag for påvirkning, hvor Jakobsen (2013) konkluderer, at formaliseringens betydning er påvirket af innovationstypen, samt af i hvilken sektor der arbejdes under. *Hierarkiseringen* er kun undersøgt af få teoretikere, hvor resultatet ikke synes at påvirke innovationen negativt, men heller ikke positivt. Ydermere undersøger Jakobsen (2013) også hvordan *specialisering og arbejdsdeling* i bureaukratiet påvirker innovationen. Her er der lunkne strømme af positivitet, da specialiserede ansatte bringer ny og tung viden med ind i organisationen, og dermed kan bidrage til udviklinger i en positiv retning. Der er dog grundlæggende ikke et enstydig empirisk grundlag for en positiv eller negativ sammenhæng af disse begreber. I denne



artikel lægges der op til at gennemgå en contingency baseret analyse, for at belyse netop hvordan en organisation står. Det kan skabe en viden om, hvor tilpasningsparat organisationen er.

## **5. Videnskabsteoretisk retning**

Dette afsnit omhandler specialets videnskabsteoretiske retning. Dette speciales videnskabsteori er kritisk teori, som er med til at belyse de forhindringer og begrænsninger et subjekt oplever som hindrende for udvikling. Den kritisk teoretiske retning, giver mulighed for at undersøge et enkelt fænomen, for herefter at spejle det enkelte fænomen mod samfundet, hvorfor det netop relevansgøre sig i dette speciale, som undersøger en afdeling som fænomen på et sygehus. I det følgende afsnit, vil den kritiske tilgang ekspliceres, og redegøres for, hvor der slutteligt, vil være et retningsvalg indenfor kritisk teori. Denne retning er udarbejdet indenfor kritisk teori, af den sidste tilkommende generation i kritisk teori - Hartmut Rosa. Han introducerer *acceleration* og *fremmedgørelse*, som vigtige betragtninger ved en kritisk analyse af samfundsforhold. Dette vil også blive uddybet i de følgende afsnit. Ydermere vil denne videnskabsteoretiske retning kobles til specialet, hvorfor netop denne tilgang er optimal til problemstillingen.

### **5.1 Kritisk teori**

Kritisk teori bevæger sig indenfor området videnskabsteori, men med lige dele indblandet samfundsteori. Ontologisk lægger kritisk teori sig op ad den kritiske realistiske ontologi, hvor der findes en verden "derude" (Juul, 2012:351). Denne verden "derude", har ontologien til formål at blotlægge og derigennem trænge bag samfundsideologier (Juul, 2012:319-320). Denne videnskabsteoretiske og samfundsteoretiske tilgang, har til formål ikke bare at beskrive og forklare samfundstendenser, men at kritisere, reflektere og reviderede udviklingstendenser og fastfrosne magtforhold, der står til hindring for menneskets udvikling. Epistemologien i kritisk teori, har et emancipatorisk sigte. Dermed kan epistemologien holdes op mod samfundet som et kritisk spejl og kan derfor spejles tilbage på samfundet, og dets sociale realiteter (Juul & Pedersen, 2012:411). Kritikken af samfundet må derfor i højere grad bero sig på et normativt ideal, hvorfor kritisk teori adskiller sig fra andre videnskabelige retninger. Kritisk teori er ikke en homogen størrelse, da man indenfor denne videnskabsteoretiske retning har flere generationer (Juul, 2012:319-320). I dag er der tre generationer, men med en stærkt voksende fjerde generation, hvor sociologen Rosa er videreudviklende af den kritiske teori, hvilket et følgende afsnit uddyber (Nielsen, 2020:471).

Med den kritiske teoretiske tilgang i specialet, tager analysen sit udgangspunkt i et enkeltfænomen, som samtidig reflekteres tilbage på helheden, som det kritiske spejl. Det betyder at i dette speciale udgør samfundets tendenser og tilstande, som beskrevet jf. afsnit 1 og 2, den del som analysen reflekteres tilbage på.

For derigennem at kunne danne kritiske refleksioner, kritisere og revidere tendenserne, der er med til at begrænse eks. udvikling eller fastfrysninger af magtforhold på det undersøgte fænomen. Det vil åbne op for forandringsprocessor og alternative muligheder, der vil lede samfundet tættere på et normativt ideal (Nielsen, 2020:472). For at opkvalificere en analyse med det kritisk teoretiske syn, kan der med fordel reflekteres og sammenlignes med lignende videnskabelige analyser indenfor sammen problemfelt. I dette speciale sammenlignes analysen især med afsnit 4 omhandlende litteratur reviewet, hvor lignende undersøgelser er foretaget, samt lignende teoretiske begreber kommer i spil, i en organisation (Nielsen, 2020:488).

De tre nuværende generationer der omtales i kritisk teori er: første generation bestående af Max Horkheimer og Theodor Adorno, som startede den kritisk, negativistiske tænkning i 1923. Den anden generation af kritisk teoris udvikling, er hovedfremført af Jürgen Habermas, med fokus på den kommunikative og den herredømmefrie samtale som normativ, hvor det bedste argument må vinde. Den tredje generation er bygget på Axel Honneths teori om anerkendelse (Juul, 2012:320-324). Et centralt element i Axel Honneths anerkendelsesteoretiske syn, er at analysere hvordan udviklingen af samfundet og dets institutioner påvirker de dårlig stillede befolkningsgrupper. Det betyder i sidste ende, at mennesket der møder systemet føler sig krænket og dermed ikke anerkendt (Juul, 2012:340). I Honneths kritisk teoretiske generation skal analyser belyse og kritiserer de strukturelle barrierer, der ligger til grund for krænkelser, og hindrer for menneskers frigørelse og udvikling (Juul, 2012:356).

## **5.2 Hartmut Rosa - *fremmedgørelse og acceleration***

Hartmut Rosa er professor i sociologi ved Friedrich-Schiller Universitet i Jena. Han har været elev under tidligere nævnte Honneth, som var frontfigur for tredje generation af kritisk teori. Rosa har med sine videreudviklende bidrag videreudviklet videnskabsteorien. Han betragtes derfor som fjerde generation af kritisk teori (Rosa, 2014:7). Rosa har sit fokus på fremmedgørelse gennem acceleration. Fremmedgørelsesbegrebet indbefatter, at tiden er blevet en knap ressource, hvorfor man føler, at man ikke har tiden til at gøre ting, man egentligt gerne vil, som eks. at læse en tyk bog færdig, men i stedet køber en ny bog halvvejs gennem en anden.

Rosas teori omhandler, hvordan man i rigere samfund oplever, at man ikke har tiden, til at gøre det man gerne vil (Rosa, 2014:9). Dette er med til at indikere, at det at fordybe sig, eller lade opgaver tage den tid som de reelt tager, er påvirket af et hastighedsfokus, hvor processor bliver accelereret. I samfundet ses der tendenser, der synes at bevirke at tiden er mere knap, selvom en time er en time, objektivt set.

I samfundet er disse følgende eksempler, tegn på at tiden er accelereret, dette er ifølge Rosa; fast-food, powernaps etc.(Rosa, 2014:20).

Disse accelerationer opdeler Rosa i tre forskellige typer af accelerationen, som er en *teknologisk acceleration*, *social forandringacceleration* og *livstempoet som acceleration*. Den *teknologiske acceleration* omhandler accelerationen af transport, kommunikation, og produktionsprocessor i det moderne samfund (Rosa, 2014:21). Dette har været med til at forkorte afstande på tværs af verdenen. Den teknologiske udvikling kan forklares med, at den nye teknologi bringer nye muligheder, som eks. mailsystemet. Selvom mailsystemet er hurtigere end brevet, er tilgængeligheden også større, hvilket betyder, at der højst sandsynligt er flere mails, der skal svares på, end breve når man sammenligner tiden før og efter mailsystemets opfindelse. Teknologien medbringer altså andre muligheder, og dermed disrupter dermed strukturen, som kan resultere i mere tidskrævende opgaver (Rosa, 2014:30). Accelerationen af den *sociale forandring*; Denne del omhandler hvordan samfundet udvikler sig hurtigere og hurtigere. Det sker ved at det moderne samfund, har muliggjort det at skifte retning, som er mere tilgængeligt end før, når det gælder mode, klasser, værdier, sprog og praksisformer etc.. Et begreb som er passende her, som Rosa introducerer, er begrebet *nutids-indskrumpning*, som filosofen Hermann Lübbe introducerer. Dette begreb er en sammentrækning af nutiden, og betyder, at vi skal nå mere, end før på den samme tid (Rosa, 2014:23). Samfundet har ydermere udviklet sig i en retning hvorpå, at man ikke længere i samme grad, arver en familievirksomhed gennem generationer, men i højere grad skifter karrierer og dermed er der en stigning af mønsterbrydere, set i lyset af videreførelse af familiens eget hverv (Rosa, 2014:25). Acceleration af *livstempoet*. Det defineres af Rosa som: ”Forøgelse af antallet af handlinger eller erfaringer på tidsenhed”(Rosa, 2014:26). Som citatet indikerer, omhandler det at nå mere på samme tid. Denne type kan analyseres med en subjektiv tilgang eller objektiv tilgang, hvor den subjektive er følelsen af travlhed, og at man skal nå mere, hvor den objektive del er målinger, der måler, hvordan vi bruger vores tid, eks. spiser vi i kortere tid og sover mindre (Rosa, 2014:28).

Faktorer der har indvirkning i det accelererende moderne samfund, er konkurrencen, hvilket er et grundprincip i et kapitalistisk samfund. Det fremmer måden hvorpå, vi kan sammenligne os med andre, for at se hvem der får forskningsmidlerne til et projekt, hvem der får flest likes på sociale medier og hvem der tjener mest etc.. I det senmoderne samfund er mulighederne desuden åbnet op for alle, hvorimod ens fremtid i tidligere samfundstyper i højere grad var determineret på forhånd og bestemt ud fra familiens tilhørsforhold i samfundet.

Dette princip er ophævet i det moderne samfund, hvor mulighederne er lige for alle. Det har bevirket at valget at eks. karriere, ikke er givet på forhånd, men noget som alle har mulighed for at vælge og efterfølge. En anden faktor der har indvirkning, er det kulturelle aspekt. Det kommer til udtryk ved, at verden har mere at tilbyde, end vi kan nå at opleve, hvilket bl.a. også er åbnet op for gennem eks. teknologiudviklingen af fly - længere distancer på kortere tid. Det resulterer i, at livets tempo sættes op, man bruger kun den halve tid på de samme handlinger, for dermed at have mere tid til at opleve. Dette er også en faktor, der i sammenspil med konkurrencen for hvad vi skal nå, betyder, at vi skal opleve meget mere end før, hvilket er en tendens i samfundet. I det moderne kapitalistiske samfund, betragtes det, at man enten er på vej frem eller tilbage og en stagnation er lig med at være på vej tilbage - altså som en negativ udvikling (Rosa, 2014:35-40). Det betyder, at man hele tiden skal opleve mere, og man ikke kan læne sig tilbage, da frygten for at falde ud fra samfundets normer er stigende. Dermed kan man reflektere over: Hvis en ny teknologi tilvejebringer nye muligheder, som øger processens hastighed, så vil man i det kapitalistiske samfund ikke læne sig tilbage og "nyde" den tid teknologien frigiver, fordi konkurrencebegrebet sniger sig ind, og betyder, at man skal udnytte og have udbytte af den frigivne tid.

For at påvise om der forekommer en acceleration af samfundet, må man opholde det mod mulige decelerationer af samfundet, da en analyse og undersøgelse af acceleratorer og påvisning af acceleratorer er svære at redegøre for. Derfor sammenligner Rosa accelerationer og decelerationer. Det gør Rosa (2014) gennem fem decelerationer. Den første er de naturlige hastigheder, som eks. et år, denne cyklus kan ikke ændres. Nummer to er oaser, som eks. befolkningsgrupper. Her er tale om befolkningsgrupper, som tager et aktivt valg om at producere på gammeldagsmetoder, eks. Amish eller et aktivt valg om at producere på gammeldagsmetoder. Den tredje deceleration som eks. depression, hvor et subjekt, ikke kan holde trit med de høje accelerationer som konkurrence, hvilket forårsager burnouts og stress. Det betyder også, at det er sværere at komme tilbage i samfundet, da samfundet accelererer videre.

Fjerde og femte deceleration omhandler tilsigtede decelerationer som at dyrke yoga for at puste ud, for derigennem at være klar til det næste store pres. Endeligt er den femte deceleration, at samfundet ifølge en række teoretikere, er løbet tør for energi og visioner, hvorfor disse teoretikere mener, at her kun er tale om et overfladeproblem (Rosa, 2014:41-46). Dermed er der tendenser i decelerationerne, der peger i retning af, at samfundet accelererer, da tiden ikke ændres, men i højere grad skal udnyttes, og at de befolkningsgrupper, der aktivt vælger at decelerere er minoriteter.

Det at samfundet også påvirker stressraterne negativt ved stigninger i stresstilfælde jf. det indledende afsnit, og at det at vende tilbage på arbejdsmarkedet er svært, da det kører videre, vidner om et samfund der accelererer.

Rosa tilbyder også tre former for social kritik. Den ene er en *funktionalistisk kritik*, hvilket er en kritik af de sociale praksisser, som menes ikke at fungere i det lange løb. Den anden er en *normativ kritik*, hvilken deles i to retninger, og beror sig på henholdsvis en *moralsk* og en *etisk* funderet kritik. Den moralske omhandler en kritik med fokus på retfærdighed. Dette sker gennem en analyse af, om der foregår uretfærdigheder, ved eks. forfordeling. Ydermere er der den etiske. Denne kritik funderes i de strukturer og praksisser, der er til hindre for udlevelse af det gode (arbejds)liv. Disse former af kritisk kan være tilstede, på en og samme tid. I specialet vil der være en hovedvægt på den etiske normative kritik, hvorfor det er strukturen og de praksisser, der ligger til grund for analysens identificering af mulige påvirkninger af bureaukratiets og teknologiernes begrænsninger og arbejdspraksissen. Den normative etiske kritik er specialets omdrejningspunkt, da bureaukratiet hindrer udvikling, og smartere løsninger, hvilket også zoomes ind på i analysen og diskussionen.

Som tidligere skrevet, beskæftiger Rosa sig med et fremmedgørelsesbegreb, hvor hans fokus er fremmedgørelse hos subjektet gennem acceleration. Her udvider han begrebet med forskellige typer af fremmedgørelse. Fremmedgørelse af *rummet*, er en fremmedgørelse, der kan opstå når man eks. flytter til ny by ofte eller skifter teknologi ud hurtigere end det går i stykker. Fremmedgørelsen sker, fordi man ikke lægger mærke til de små ting. Det kunne eks. være hvordan ens ovn lyder, lugter og hvilke småfejl den måtte have. Fremmedgørelsen opstår, når udskiftningen foretages ofte, da det tager tid at "vænne" sig til og opdage de små nuancer eller fordele. En anden type af fremmedgørelse er fra *ting*: Når subjekter udskifter ting, eks. bil eller computer før de er nedslidte, og ikke selv har repareret og skabt, er forholdet mellem subjekt og objekt lavt og afstanden er høj, hvor i modsætningen et subjekt forsøger at appropriere et objekt i højere grad, mindsker afstanden, og dermed også fremmedgørelsen. Det er dog svært når udskiftningen af teknologi accelererer.

En anden type er fremmedgørelse i *handlinger*. Det opstår ved alt den information, som skal ligge til grund for vores handlinger. Denne information er utopisk at nå, for hvem læser indlægssedlen på de piller, man skal tage? Hvem læser den fulde brugsanvisning på det nye apparat på afdelingen? etc.. Med samfundstendenserne fralægges også de aktiviteter som subjekter gerne vil lave, men subjekterne fralægger sig disse aktiviteter, da de tager for lang tid at skulle tillære sig, hvorfor eks. tv-udsendelser er at foretrække.

Det peger tilbage på, at der ikke er *tid* til at lave de aktiviteter man inderst inde måske gerne vil, som er en tillæring, der ikke bare læres første gang. I fremmedgørelsesbegrebet er *tiden* også en faktor på, hvordan opfattelsen af tid opfattes forskelligt. Den sidste faktor er fremmedgørelsen af os selv og andre. Dette opstår, når vi i det senmoderne samfund givetvis har flere relationer, pga. øget tilgængelighed, her argumenterer Rosa for, hvorfor dybden af disse nedtones, da de er tidskrævende for det senmoderne subjekt (Rosa, 2014:95-111). Det leder op til Rosas syn på subjekter - det moderne subjekt. De beskrives således: ”De moderne subjekter, kan derfor beskrives som minimalt bundet og indskrænket af etiske regler og sanktioner og dermed som værende ’frie’, alt imens de bliver styret, behersket og undertrykt af et mere eller mindre usynligt, afpolitiseret, upåagtet, under-teoretiseret og uartikuleret tidsregime.”(Rosa, 2014:12). Derfor er det ikke nemt for subjekterne at vide, hvad og hvordan de hindres i det gode liv, og tilnærme sig det normative ideal. Derfor har den kritiske teori netop til opgave at blotlægge disse. Hvor det kan være svært for subjektet eller den sociale aktør at vide hvad der forhindrer dem, må de kunne pege på og selv have en fornemmelse af, hvad det gode liv er, og derigennem også have kendskab til hvordan patologierne forhindrer det gode liv, og hvordan de kommer gennem disse forhindringer i dagligdagen (Rosa, 2014:62). Derfor må det normative ideal og det gode liv altså ligge i en hverdag, hvor det strukturelle ikke er til hindring for det gode liv, og det gode arbejdsmiljø.

## 6. Teori

I dette afsnit vil specialets teori blive præsenteret. I afsnittet vil de bureaukratiske og teknologiske teorier blive præsenteret, som skal belyse påvirkningen af teknologi og bureaukrati. Ydermere vil to contingency teorier præsenteres, hvilke skal belyse afdelingens omstillingsparathed.

### 6.1 Bureaukratiets betydning

#### 6.1.1 Bureaukratisering som organisation og påvirkning af Telos

Paul du Gay er professor i sociologi ved et åbent universitet i England, derudover er han også professor i organisationsstudier (du Gay, 2007:forside). Udover sin professoratstilling i England, er du Gay tilknyttet Copenhagen Business School, hvor han underviser i tematikker, der sværmer omkring sociologi, organisationsteori, bureaukrati og samfund (CBS | Department of organization:2022) Et af du Gays værker omhandler netop bureaukrati, med titlen der oversat til dansk lyder: *Hyldest til bureaukratiet*. Dette værk modargumenterer holdningen om, at bureaukratiet i en offentlig sektor er synonym med et ineffektivt styre, med mange negative og langsommelige processer. Du Gay forsøger at frembringe bureaukratiets etos, og derigennem retfærdiggøre bureaukratiets brug af instrumenter. Disse bureaukratiske instrumenter indføres, for at sikre lige behandling i samfundet. Det udelukker også de menneskelige aspekter, og fremmer det rationelle. Derfor vil dokumentationen eller grundlaget for en beslutning i højere grad være truffet på et retfærdigt og gennearbejdet grundlag, og derfor fravige fra beslutningsprocessen i privatsektoren (du Gay, 2007:21-22). Forskellen på bureaukratiets berettigelse hos den offentlige organisation og den private organisation, kan eksemplificeres med dette citat:

”Det er rigtigt, at en beslutning i en vigtig sag kan tage tid. En forretningsmand kan måske træffe det hurtigt, fordi han tør stole på sin ”rygmarvsfølelse”, eftersom han tjener på gyngerne, hvad han taber på karrusellerne. En offentlig embedsperson må ikke begå fejl, eftersom han eller hun handler på vegne af sin minister, og hverken en minister eller en embedsperson har lov til at operere med et regnskab, hvor succes og fiasko opvejer hinanden.” (du Gay, 2007:22).

Med dette citat bliver det tydeliggjort, hvorfor netop det er vigtigt, at der er en række processer i en offentlig bureaukratiseret organisationen. Disse processer er med til at skabe beslutninger, der i nogle tilfælde er langsommelige, men som er beslutninger, der er truffet på et velovervejet grundlag, og dermed er der ikke den samme grad af chancetagen.

Med denne bog placerer du Gay sig på den upopulære side af holdninger og meninger om bureaukrati. Han forsøger at berettiggø bureaukratiet, gennem retfærdiggørelse og oplysning om, hvilke implicite bureaukratiske instrumenter der er latente, og dermed ikke opfattes som bureaukrati.

Dermed støtter du Gay, Max Webers teori om bureaukrati omhandlende faste arbejdsdelinger, et tydeligt hierarki, faste lønninger til stillinger og et sæt af generelle regler, der skal efterleves, med en striks disciplin og kontrol gennem niveauerne i organisationen (Hatch, 1997:171).

Du Gay (2007) præsenterer en kritik i hans bog, der er repræsenteret af modstandere af bureaukratiet som: Bureaukratiet må anskues som et fejlbehæftet medium, der fremmer det rationelle og de instrumentelle egenskaber i mennesket, og derfor også udelukker det emotionelle og seksuelle hos mennesket (du Gay, 2007:16). En af de fremtrædende kritikere du Gay præsenterer, er bl.a. kritikken fra Zygmunt Baumann. Baumann var en polsk-engelsk professor i sociologi, hans kritik centrerer sig især omkring postmodernitet, hvilket bringer det moralske i samfundsinstitutioner ned (du Gay 2007:86). Baumann hævder i sin kritik af postmoderniteten, at denne modernitet både er skyld i fragmenteringer af opgaver, således at opgaverne splittes op, og derfor bliver langsommeliggjort, og at der forekommer en dehumanisering i institutionerne (du Gay, 2007:90). Dog er denne kritik ikke på sin plads ifølge du Gay, da han mener, at Baumann ikke er virkelighedsnær i sin kritik, da han ikke selv udtrykker sine teorier gennem virkelighedsnære eksempler. Du Gay (2007) argumenterer derfor, at postmoderne bureaukrati ikke er en form for totalitært styre, eller noget der bevæger sig i retning af dette. Det betyder ifølge du Gay, at det ikke er nødvendigt af trække det personlige, følelser og venskab ud af bureaukratiet, og dermed en ”*sjælløs instrumentalisme*”, men derimod doseres det korrekt. Det nedbringer muligheden for nepotisme og korrupsion ved at hjælpe ens personlige relationer før andre, hvilket udtrykkes af du Gay som -”gamle drenges netværk” (du Gay, 2007:91).\_

Ifølge Mary Jo Hatch er det også relevant at undersøge bureaukratiformen som organisation, og dermed undersøge hvilke positive og negative konsekvenser, en sådan organisationsform afføder. Hatch er professor i organisationsteori ved Cranfield ledelsesskole, og har en lang række publikationer bag sig. Hun har været underviser på en række universiteter i Amerika, og er i Danmark ansat ved CBS (Hatch, 1997:vi). Hatch (1997) undersøger organisationsformerne: mekaniske, organiske og bureaukratiske organisationsformer. Her adresserer hun hvad forskellene på disse typer er.



Den *mekaniske* organisationsform, er karakteriseret af et højt niveau af kompleksitet gennem specialiserede opgaver, derudover er der en høj formalisering, hvilket kommer til udtryk ved en mekaniskform, ved at medarbejderne ikke har meget medbestemmelse, og at måden hvorpå arbejdet skal udføres, er bestemt fra et højere ledelsesniveau. Denne type organisationsform er også kendetegnet ved en centralisering, hvilket betyder, at beslutninger tages på højeste ledelses niveau - topdown ledelse (Hatch, 1997:169). Den *organiske* organisationsform hviler på det modsatte af den mekaniske. Komplexiteten i den organiske form er lav, og beslutninger ligger mere hos den, der arbejder med opgaven, hvilket er en form, der ses ved eks. designerfirmaer. Det betyder at centraliseringen er lav. I denne type organisation har medarbejderne derfor selv indflydelse på måden, hvorpå deres arbejde udføres, samt har mere medbestemmelse i deres arbejdsfelt (Hatch, 1997:170). Den *bureaukratiske* organisationsform har perspektiver fra begge de ovenfor nævnte organisationsformer. Den minder dog mere om den mekaniske organisationsform frem for den organiske organisationsform. Det gør den, da kompleksiteten og formalisering i en bureaukratisk organisation er høj, dog adskiller den bureaukratiske organisationsform sig på centralisering. Her er denne form også lav, hvilket betyder, at beslutninger ikke kun tages på ledelsesniveau, men også lavere i hierarkiet. Udslaget for at denne organisationsform både kan være højt formaliseret men samtidig også decentraliseret, er måden hvorpå beslutninger tages. Beslutningerne der træffes på lavere niveau, er indviklet i en række regler og procedurer, der blandt andet sikrer lige behandling, som tidligere nævnt. Disse beslutninger i den bureaukratiske organisation er derfor stadig kontrolleret fra ledelsen, da de beslutter proceduren og reglerne for, hvordan eks. beslutninger skal træffes. Dermed kan ledelsen sikre, at beslutninger følger retningslinjer, samt at regler for hvordan og hvilken viden beslutninger træffes på, hvilket citatet i starten af afsnittet også indikerer (Hatch, 1997:170).

Da det er en offentlig institution specialet undersøger, antages det at organisationen lægger sig op af den bureaukratiske organisationsform. Det åbner op for en undren - hvordan forholder en bureaukratisk organisation sig til ændringer i arbejdsgange ved implementering af teknologi?

En fordel ved bureaukrati i store organisationer, hvor ledelsesniveauet kan være langt fra beslutninger på daglig basis, er at der netop udstikkes retningslinjer og praksisser der er medhjælpende til at træffe fornuftige beslutninger på alle niveauer. Det giver derfor ikke mening i små virksomheder at have bureaukratiske organisationsformer, da lederen oftest kan være tættere på medarbejderne på daglig basis, og dermed influere beslutninger.

Et sted hvor bureaukrati kan blive en hindring, er i en organisation, hvor teknologi ofte udskiftes til ny teknologi, arbejdsgange ændres etc.. Denne hindring opstår i, at kompleksiteten stiger, hvilket betyder at de førnævnte procedurer, skal ændres, samt manualer og politikker skal tilpasses den nye implementering.

Det kan derfor fremstå som en mindre agil organiseringsmetode, såfremt miljøer ændres ofte. En anden kritik af bureaukratiformen, er at den er modstander af højtuddannede arbejdere, da procedurer kan drukne og hæmme de højtudannede i at udfolde deres fulde potentiale (Hatch, 1997:172).

### **6.1.2 Telos**

For at undersøge hvordan bureaukrati og teknologi påvirker en arbejdsdag for fagpersonalet på en afdeling, gør begrebet *Telos* sig i den sammenhæng relevant. Begrebets oprindelse stammer fra Aristoteles. Begrebet definerer, hvad en tings eller væsens formål er, et tænkt eksempel kan være at tage udgangspunkt i solen. Solens telos eller formål er at lyse, afgive energi og varme (du Gay, 2007:44). Dette begreb perspektiveres over på sygeplejersker. Dette gør det muligt, at undersøge hvor meget tid fagpersonalet bruger af deres arbejdstid på kerneopgaven - deres telos og altså formål. Dette vil også i samme ombæring vise, hvor meget tid fagpersonalet bruger på dokumentering, teknologier og andre opgaver, der tager tid fra kerneopgaverne - deres telos. Begrebet telos kommer i den sammenhæng til syne i interviewene, ved spørgsmål omhandlende deres kerneopgave, og deres brug af teknologier og bureaukrati (Bilag E). Det giver mulighed for at undersøge, hvordan deres telos er defineret, samt give et indtryk af hvordan formålet af arbejdet er individualiseret, eller skabt på baggrund af en fælles forståelse af hvordan telos er i professionen, samt hvilke eksterne enheder, der er med til at udforme og påvirke et telos

Ved indsættelsen af begrebet telos i specialets sammenhæng, giver det en mulighed for at undersøge hvordan arbejdspraksissen *er*, og ved at holde denne arbejdspraksis op mod hvordan det *bør være*. Hvis disse kan sammenlignes og stemmer overens, så det *er* som det *bør være*, vil en negativ kritik af arbejdspraksissen være lav. Hvis der ikke er overensstemmelse med, hvordan telos er og bør være, kan det udforme en kritik af afdelingens hæmmende strukturer, og legitimere en undersøgelse heraf (du Gay, 2007:44). Derfor reduceres begrebet telos i dette speciale, til at kunne bidrage til at undersøge, om fagpersonalet opfylder deres telos eller formål, og dermed hvad der forhindrer dem, hvis ikke det er tilfældet. du Gay (2007) introducerer i hans værk begrebet telos, som han udfolder gennem moralfilosoffen Alasdair MacIntyres (du Gay, 2007:33).

MacIntyre har stillet sig kritisk overfor moderne ledelsespraksis, og måden hvorpå den undertrykker moralen i det moderne samfund. Sådant en undertrykkelse er ifølge MacIntyre med til at forringe det gode liv, da den nye "orden" fraviger objektiviteten af det gode liv, og individualiserer det gode livs opfattelse, og dermed gør idealet om det gode liv til et subjektivt orienteret ideal, frem for et objektivt og socialkonstruktivistisk ideal (du Gay, 2007:35).

## **6.2 Teknologi**

### **6.2.1 fra input til output og det i mellem.**

Som nævnt i foregående afsnit om bureaukrati, er Mary Jo Hatch professor i organisationsteori, og har sammenkoblet teknologibegrebet med organisationsteori. Teknologi er et andet aspekt, der gennem analysen vil blive undersøgt. Afsnittet omhandlende teknologi, berører emner som, hvordan teknologi og innovation hænger sammen med bureaukrati, og om fagpersonalet er fleksibelt og klar, når der kommer ny teknologi. Ydermere definerer teorien, hvilke slags teknologier de benytter, og hvordan det influerer deres arbejdspraksis i hverdagen. I dette speciale defineres organisationsteknologi, dermed som de redskaber, processer, udstyr og viden, der indgår i transformationen fra input til output (Hatch, 2020:227). Begrebet organisationsteknologi er altså defineret, som alt det der bruges i en organisation eller på en bestemt afdeling. Det kan være lavteknologisk som papir og printeren, til at være højteknologisk som AI. I begrebet indgår også den viden, der skal bruges for at redde en patient. Det betyder at teknologibegrebet udvides, og indeholder altså både alt materiel og immateriel. Med dette begreb kan afdelinger eller hele organisationer analyseres og dermed sammenlignes med andre organisationer eller andre lignende afdelinger. Ydermere kan en analyse af dette, give et indblik i hvordan en afdeling omdanner input til output (Hatch, 1997:129). I specialet analyseres et enkelt fænomen. Dette fænomen er genstanden for analysen, og er derfor en enkelt afdeling på et sygehus. Derfor vil der i analysen ikke blive sammenlignet direkte med en tilsvarende afdeling eller organisation, men derimod vil analysens fund, spejle hovedpunkterne, med tilstanden på det danske sygehusvæsen, som nævnt i afsnit 1 og 2. Disse afsnits indhold agerer derfor som det kritiske spejl, hvilket giver analysen af afdelingen sammenhængskraft til samfundet.

Hatch (1997) har arbejdet med at danne en teori over teknologi, for at fastslå hvilke type teknologi der arbejdes med. En undersøgelse af dette giver data til videreundersøgelse, af hvordan denne type teknologi passer med organisationstypen.

Teknologi findes stort set i alle kroge i organisationer, og man kan analysere det på forskellige niveauer på tværs af organisationer. Analyserer man en hel organisation, kan teknologier der bruges i kommunikation på tværs af organisationen eks. anvendes. Teknologi kan også analyseres på basis af mindre dele af organisationer, hvilket kan være afdelinger i en organisation. Disse afdelinger kan være at undersøge hvilke teknologier, der indgår i en salgsafdeling, HR-afdeling eller en afdeling på et sygehus (Hatch, 1997:129). I specialet undersøges teknologien, der bruges på en hæmatologisk afdeling på et sygehus. Denne afdeling danner dermed også genstand for undersøgelsen.

### **6.2.2 High teknologi og typologi**

Hatch introducerer high (høj) teknologi, som er teknologi, der er revolutionerende for en organisation, og som derigennem ændrer procedurer og arbejdsgange, og dermed omstrukturerer en organisation. Modsat high teknologi, er normale om mindre omfattende teknologier, genstande der forbedrer output gennem hurtigere gennemgang, højere effektivitet etc. (Hatch, 1997:132).

For at undersøge hvilken kompleksitet og type teknologi en organisation bruger, bruger Hatch (1997) Charles Perrows typologi af teknologi-teori, som deler teknologien op i fire områder. Denne teori kan også anvendes på forskellige niveauer på tværs af en organisation men også hele organisationen, hvilket gør en organisation sammenlignelig med en anden organisation. I specialet er fokuset rettet mod en enkelt afdeling, hvorfor fokus også er på et mere specifikt område. Teorien opdeler teknologi i fire kategorier; Routine-, Craft-, Engineering- og non-routine teknologier.

*Routine* teknologier er arbejdsgange med lav variabilitet og høj analyserbarhed og med standardiserede opgaver med samme løsninger. *Craft* teknologier er arbejdsgange med lav variabilitet og lav analyserbarhed, hvilket betyder, at såfremt der opstår komplikationer i arbejdsgangene, er løsninger sværere at analysere sig frem til. *Engineering* teknologier omhandler høj variabilitet og høj analyserbarhed. Det betyder at i disse arbejdsgange er der mange undtagelser, og ikke mange standardiserede opgaver, men disse undtagelser løses nemmere, da dem der arbejder i denne kategori, ofte er højtudannede og dermed specialiseret på området, hvilket betyder, at de kan løse uforudsete komplikationer.

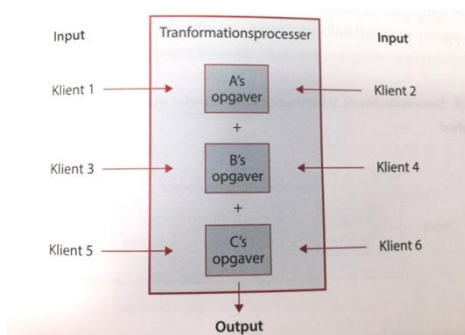
Ved *non-routine* teknologier er variabiliteten i arbejdet høj og analyserbarheden lav, hvilket betyder, at det er områder, hvor der ikke er meget teknologi og viden til at løse opgaver, hvilket kunne være udviklingsafdelinger, prototype og lignende, hvor helt ny viden er nødvendig, men ikke præsenteret (Hatch, 1997:141-142). Disse typologier af teknologier begrænser sig ikke kun til, at en er repræsenteret, derfor er det vigtigt, at holde overblik når genstanden undersøges, og stille skarpt på, hvornår det er rutinepræget, og hvornår det skifter til en anden kategori. To repræsenterede typologier er eks. præsenteret, hvis den teknologi de bruger i den normale arbejdspraksis, er til rutineopgaver. Dermed kan en anden typologi blive indblandet, hvis teknologien der bruges i rutine går i stykker. Det kan betyde at kompleksiteten af teknologien stiger, hvilket kan være afgørende, da teknologien kræver specialiserede medarbejdere til at reparere den. Dermed bliver denne del af transformationen en del, der bevæger sig mod at være en engineering opgave. Det sker, da kompleksiteten stiger, men der stadig er mulighed for at finde løsninger til opstået problemer, da analyserbarheden, af arbejdet der skal udføres, er høj. Dette indikerer også, at jo mere kompleks teknologi der anvendes i transformationen, jo mere specifikke skal personalet også være på området.

### **6.2.3 Fra input til output**

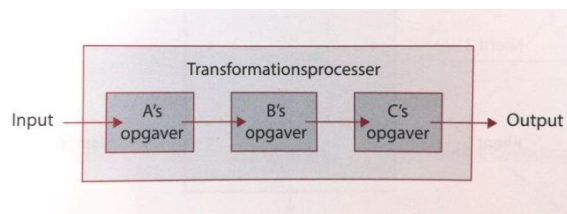
For at undersøge kompleksiteten i en organisation kan man endvidere analysere måden hvorpå input gennemgår en transformation til output. Det betyder at, hvis man tager udgangspunkt i en produktionsvirksomhed, kan man analysere, i hvilken grad de forskellige afdelinger, personaler, fagområder er sammenhængende for transformationen til output - det færdige produkt eller ydelse (Hatch, 2020:247). Der er tre forskellige transformationsprocesser. Den *aggregeret*, den *sekventielle* og den *reciproke*, hvilke også er rækkefølgen på kompleksiteten i arbejdspraksissen. Det giver et indblik i transformationsprocessen, og hvordan fagpersonalet arbejder sammen for at løse opgaven.

Den aggregerede afhængighed betyder, at der minimal brug for koordinering og kommunikation på tværs af organisationen, da de enkelte afdelinger eller områder selv står for transformationen. Ved den sekventielle transformationsproces stiger kompleksiteten, da afdelinger og områder er mere afhængige af hinanden, da én afdelings output er input for en anden afdeling osv. hvilket ender ud i organisationens output. Ved den reciproke transformation højnes kompleksiteten endnu engang. Transformationen sker med vekselvirkning mellem forskellige afdelinger, hvilket betyder, at alle afdelinger er involveret, indtil input er transformeret til output (Hatch, 2020:247-249).

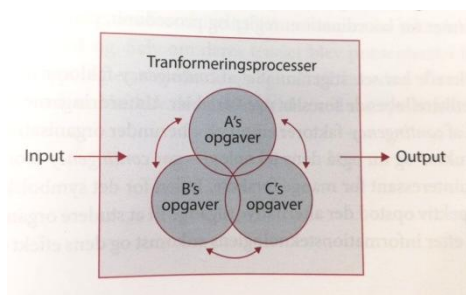
De følgende figurer er med til at give et overblik over selve transformationsprocesserne fra input til output:



Figur 1 - Den aggregeret (Hatch, 2020:247).



Figur 2 - Den sekventielle (Hatch, 2020:248).



Figur 3 - Den reciprokke (Hatch, 2020:249).

Disse typologier og transformationsproces teorier tilhører contingency teorier. Disse valgte teorier, støtter specialets udgangspunkt for at analysere, hvor robust og hvor omstillingsparat den undersøgte afdeling er. Kritikken af contingency teorier er, at der er uendelig metoder at analysere en organisation eller en afdeling på. Det betyder at der i specialet, er udvalgt to teorier hvor den ene analyserer analyserbarheder og variabiliteten af arbejdet, hvor den anden undersøger kompleksiteten i transformation fra input til output.

Disse teorier kan derfor belyse, hvor komplekse transformationsprocesserne er, samt hvilke typer opgaver sygeplejersker møder, og hvordan de varierer og hvor nemt det er at løse opgaven (Hatch, 2020:255).

## **7. Analyse**

Følgende analyse vil omhandle sygeplejerskers hverdag og arbejdspraksis. Dette sker igennem analyse af en dagvagt på hæmatologisk afdeling i Aalborg. Analysen kommer ind på, hvordan kompleksiteten påvirker deres hverdag og deres arbejdsgange. Ydermere vil analysen komme ind på de vigtige faktorer som teknologi og bureaukrati, der påvirker deres arbejdspraksis på godt og ondt. Analysen inddrager contingency teorierne for at undersøge afdelingen. Endvidere undersøger analysen også hvordan bureaukratiet påvirker direkte og indirekte i arbejdet.

### **7.1 En travl arbejdsdag i en koordinerende arbejdspraksis**

Det synes at arbejdsdagen for en sygeplejerske på hæmatologisk afdeling på Aalborg Universitetssygehus, er en arbejdsdag, der er fyldt med mange planlagte opgaver, samt akutoptåede og uforudsete arbejdsopgaver, der synes at dukke frem i løbet af en arbejdsdag. En vagt for en sygeplejerske har ofte en varighed på otte timer, og starter klokken 7:00, 15:00 eller 23:00, og kaldes henholdsvis dags-, aften- og nattevagt. Informanterne i denne analyse har alle taget udgangspunkt i en dagsvagt 7:00-15:00 og dermed beskrevet denne. Deres arbejdsdag er gennem hele dagen forholdsvis struktureret, og er præget af kontinuerligt udført arbejde, når man sammenligner to arbejdsdage. De fire deltagende sygeplejersker har forskellig anciennitet på afdelingen. De to informanter med mindst erfaring, har været der ca. halvandet år, en har knap tre års erfaring på afdelingen, og den længst ansatte på afdelingen har seks års erfaring, dog med afbrydelser i form af arbejde i Grønland og i Norge. (Bilag A,B,C,D). De indgår alle i et team på ca. 40 sygeplejersker på afdelingen, hvoraf fire er Social og Sundheds assistenter. Afdelingen er ledet af en ledende overlæge og en ledende sygeplejerske (bilag B). Ydermere er der en koordinerende sygeplejerske, som sidder i en delt stilling, hvor hun både yder patientpleje, og koordinere arbejdet på afdelingen (Bilag A). Den afdelingsledende sygeplejerske deltager ikke i plejen. Ydermere har de en uddannelsessygeplejerske, der også er med til plejen (Bilag B). Der er derfor tilsyneladende også på denne afdeling et antal sygeplejersker, der er ansat i administrative stillinger. Dette fremhæver Jensen, Hansen & Møller (2021) i deres artikel, hvor sygeplejerskerne ikke har direkte eller reduceret deltagelse i selve patientplejen. Hvilket også ses i udviklingen af ansættelsestyper som administrative ansatte jf. afsnit 1. Dette er med til at reducere antallet af hænder på afdelingen, hvilket betyder en højere arbejdsbyrde for sygeplejerskerne, der er ansat til direkte sygepleje. Deres arbejdsbyrde afspejler sig også direkte i deres arbejdsdag, hvor den indikerer en arbejdsdag med mange opgaver tilknyttet. Den typiske arbejdsdag for en sygeplejerske på hæmatologisk afdeling fremføres af de fire informanter også som tætpakket.

De møder klokken 7:00 om morgenen, hvorefter de inddeles i teams, alt efter kompetencer, således at de rette kompetencer er til stede i begge teams og ved patienterne. Derefter fordeles patienterne ud i de rette teams, hvorefter læsningen af journalerne starter fra klokken 7:00-8:00. Herefter skal de fremfinde og dosere medicinen til deres tildelte patienter, som normalt kan svinge fra tre-seks (Bilag A). Fra klokken 8:00-9:00 doseres medicin, og sygeplejerskerne ”toks’er” deres patienter. En toks er et scoringssystem, hvor de vitale værdier måles, og danner dermed et grundlag for vurderinger af patienters tilstand og tilstandes udvikling (Bilag D). Fra 9:00 til 9:30 afholdes morgenkonference mellem læger og sygeplejersker, hvor der konfereres om patienterne. Såfremt der ikke er nogen akutte tilfælde, bliver patienter, der er udskrivningsparate prioriteret først (Bilag D). Det videre forløb beskrives af en sygeplejerske som følgende:

”(...) 9:30, så går vi som regel ud og får morgenkaffe, nogen gange bliver den afbrudt, hvis læger ringer og siger nu er der stuegang, så smider du hvad du har i hænderne, og så går du stuegang med lægen. Og så er det jo også i det tidsrum fra 9:00-9:30 og så indtil klokken 12:00, at patienterne skal have hjælp til at blive vasket, hvis de skal det. Det er også i det tidsrum at de mange gange får kur altså kemokur (...)” (Bilag D).

Her indikeres det, at perioden frem til klokken 12:00 er fyldt med opgaver, der både skal løses af sygeplejerskerne men også nogle opgaver i samarbejde med lægen. Ydermere bemærkes det ved dette citat, at lægen har forrang, hvilket betyder at sygeplejerskerne, planlægger deres arbejdsgang ud fra lægens arbejdsgang. Ved en stuegang er det som regel, der hvor lægen og sygeplejersken snakker med patienten, både om hvordan det går, ændret behandling osv.. I denne arbejdsopgave hvor de skal arbejde sammen, og koordinerer deres arbejde, da både læge og sygeplejerske skal være repræsenteret, opstår der situationer, hvor lægen har andre prioriterede opgaver, der resulterer i, at stuegang må afbrydes og genoptages senere. Dette udtrykkes også af en anden: ”(...)som jo sådan blive løst hen ad dagen, alt afhængigt af hvilken læge det er, og hvornår den læge er her, og så kan det være den læge lige skal til at møde, og så kommer den læge tilbage, og så kører man jo sådan hele dagen (...)”(Bilag C). Det indikerer altså, at sygeplejersken har en arbejdsopgave, hvor tiden for hvornår denne opgave skal udføres, afhænger af lægens tid. Fra klokken 12:00-13:00 spiser patienterne, hvilket sygeplejerskerne også gør. Fra klokken 13:00-15:00 skal det sidste medicin gives, inden vagten er færdig.



Det sker derfor omkring klokken 13:00-14:00, hvorefter den sidste time af vagten går med at dokumentere det sidste, de ikke har fået gjort løbende, eller dokumentere det hele som også nogle sygeplejersker gør. Det kommer an på sygeplejerskens egen arbejdsrutine, hvornår man dokumenterer, dog argumenterer en af sygeplejerskerne at;

”(...)er jeg en dem der dokumenterer til sidst i vagten. Så jeg er egentligt, jeg kan faktisk bedst, jeg gider ikke for meget lukke op, dokumentere, for så at skulle ind og slette noget og lave noget om. Når jeg nu har gået stuegang(...)”(Bilag A) og fortsætter ”(...) Så vil jeg egentlig helst hænge antibiotika klokken 14:00, og så dokumentere den sidste del af min vagt, hvis jeg kan. Men det er ikke altid særligt hensigtsmæssigt at gøre det på den måde(...)” (Bilag A).

Disse citater tyder på, at sygeplejersken finder det nemmere at dokumentere det hele til sidst på dagen, for ikke at skulle gå frem og tilbage til en computer, samtidig med at skulle ændre noget i dokumenteringen, hvis der sker ændringer. Dette gør sig også gældende i de andre sygeplejerskers arbejdspraksis, dog mere nedtonet. En enkelt sygeplejerske beskriver også til at dokumentere løbende, og så dokumentere de sidste i den sidste time af vagten, hvis der har været situationer, der har bevirket, at tiden ikke har været til det i løbet af dagen (Bilag C). Dokumenteringen er en væsentlig del af sygeplejerskernes arbejdsdag, hvilket analysen også kommer ind på i et senere afsnit. Ydermere vil tilgangen med at dokumentere hele dagen på den sidste del af vagten, også betyde at dokumenteringen bliver sårbar, da akutte ting kan medføre at sygeplejerskerne, er nødt til at omprioritere og derfor nedprioritere dokumentationen. Dog kan denne dokumentering laves hjemme, hvor sygeplejerskerne har adgang til systemet Nord EPJ, hvor de kan dokumentere færdig. Dog synes det, at sygeplejerskerne ikke benytter denne funktion, hvor en udtaler: ”(...) men jeg har endnu ikke logget ind for at skrive færdigt derhjemme. Så gammel er jeg blevet, jeg lader være, men det havde jeg ikke gjort hvis det havde været for 15 år siden tror jeg ikke.”(Bilag D). Denne mulighed fremgår ikke i de andre interviews, hvorfor jeg antager, at de heller ikke bruger denne funktion. Dette opbakkes af citat: ”(...) Eller det der ikke bliver løst. Og det kan man sige, jeg smider jo bare kitlen når jeg har fri fra arbejde, og så går jeg hjem og der komme jo heldigvis også nogle og tager over for mig (...)” (Bilag A). Deres arbejdsdag på dagsvagter synes at indikere på flere punkter, at den er struktureret med faste rutiner og arbejdsgange i løbet af dagen, hvor der dog forekommer afbrydelser, der påvirker arbejdspraksissen, og skubber en række arbejdsopgaver.

Ydermere er sygeplejerskernes pause, hvor de spiser, også nogen gange inddraget, hvilket én udtaler sig om på følgende måde

”(...) vi har jo også haft noget der hed fokus på sygeplejen, hvor det var en dag om ugen, man ligesom tog et emne op i plenum, over vores frokost, hvor vi ligesom har frabedt os at frokosten skulle bruges på læring, vi har jo brug for bare at koble fra og grine og pjatte med hinanden(...)” (Bilag D).

Dette citat indikerer, hvordan frokostpausen tages i brug for at debattere emner vedrørende arbejdet. Derfor må dagligdagen også være presset, såfremt frokostpausen skal inddrages for at snakke om ét emne i løbet af en uge.

## **7.2 Komplexiteten på afdelingen**

For at analysere kompleksiteten af teknologien og strukturen på hæmatologisk afdeling, bruges contingency-teorierne som Perrows typoloier, til at undersøge hvilken type teknologier de bruger, og i hvilken grad opgaverne varierer og kan analyseres. Den anden contingency-teori der er anvendt, er Thompsons teori omhandlende afhængigheden af processerne der indgår i transformationen fra input til output - indlæggelse til udskrivelse af en patient.

På hæmatologisk afdeling anvender de en række teknologier i deres arbejdsgang, for at kunne udføre deres arbejde.

Deres teknologi omfatter printere, specielle printere til eks. blodprøver, computere, kuglepenne, papir, papirskemaer, måleapparater, bækkenskoger, telefoner, lifte, elevationssenge, sug, adgangsgivende personalekort med chip, smartphones, dråbetællere, blærescanner, fjernsyn på stuerne, cetreaskærme og højttalere på stuerne. Af IT-systemer har de for nyligt implementeret et journalsystem kaldet Nord EPJ, hvori de dokumenterer, et nyt vagtplanlægningssystem - Optima, et system til når de skal give en patient blod, system til styring af telefoner, PRI system - et system med region Nordjyllands politikker, retningslinjer og instrukser og et opgavesystem til at bestille portører, håndværkere og teknikere. Ydermere har de deres viden, og den erfaringsmæssige viden de opnår ved anciennitet (Bilag A,B,C,D). Deres arbejdsdag er altså omgivet af teknologiske værktøjer til at transformere deres patienter, fra de bliver indlagt, til de bliver udskrevet. Tager man afdelingen, og ser den fra Perrows teoriperspektiv, om hvilke arbejdsopgaver sygeplejerskerne har, er deres opgave at pleje patienten.

Deres arbejdsgangs kerneopgave bliver beskrevet som ”Altså kerneopgaven er jo selvfølgelig patientpleje, men jeg tror, at tit vi sygeplejersker, så bliver man lidt lægens øjne (...)” (Bilag B).

Deres arbejdsdag er derfor fyldt op af målinger af patienten, medicinering og pleje. Da informanterne bliver spurgt indtil hvor meget patienternes sygdomme varierer og dermed kræver forskellige tilgange, svarer sygeplejerskerne, at de benytter tilgange, der repræsenteres af både Routine, Craft og Engineering typologiteknologier. Den rutineprægede typologi ses ved de patienter og arbejdsgange, hvor variansen er lav og analyserbarheden er høj. Det ses på en bestemt type patienter, som sygeplejerskerne får på deres afdeling. De rutineprægede arbejdsgange udtrykkes i følgende to citater: ”Altså langt de fleste af vores patienter, kommer jo primært ind pga. planlagt indlæggelse, til behandling altså kur, eller pga. en infektion. Så det er sådan de to, det vil jeg næsten egentligt sige at det er sådan de to grupper vi har mest. (...)” (Bilag C). og “(...)den anden patientgruppe, så er det jo mere sådan, så skal man i gang med, detektivarbejdet, sådan finde ud af hvad er der galt. (...)” (Bilag C). Disse citater indikerer, at det ved størstedelen af deres patienter, er planlagte forløb, hvor opgavevariansen ikke varierer på behandlingen, medmindre man zoomer helt tæt på de enkeltes behandlinger, da eks. en patient ikke skal have samme dosis af noget medicin som en anden patient. Dog præges deres arbejde også af Craft typologien, da alle patienter ikke er ens og reagerer forskelligt, hvilket betyder at analysebarheden bliver lavere, hvorfor sygeplejersken må handle på erfaring. Hvilket en af sygeplejerskerne udtrykker på følgende måde ”(...) Der kan man jo godt se nogle ligheds punkter, men patienterne reagere jo meget forskelligt. Også fordi, og det kommer jo an på hvad de har med i rygsækken.(...)” (Bilag D). Den anden type patienter de får ind på afdelingen, kræver mere som foregående citat fremhæver, hvor sygeplejersken i samarbejde med lægen skal i gang med detektivarbejdet. Denne proces associerer sig med en lavere del af deres patienttyper, men er tilhørende engineering typologien, hvor den sygeplejerske svarer på, hvor nemt der er i den anden kategori ved: ”(...)Det er meget meget forskelligt, vi har jo sådan helt gængse ting vi tester for med det samme, når de kommer ind (...)”(Bilag C). men i alle tilfælde, er det stadig muligt for sygeplejerskerne, at give behandling. Det er dog ikke muligt, at finde kilden til infektionen altid, og disse tilfælde, løses problemer stadig, hvilket indikerer at selv når analysebarheden er lav, finder de stadig løsninger, hvilket følgende udtalelse, er en indikation på:”Ja præcis, lægerne giver dem, starter dem jo op i en eller anden antibiotika behandling, og så giver, ser man efter to dage, hvis der så ikke er sket en effekt, så skifter vi til et andet præparat, der rammer nogle andre typer.(...)” (Bilag C) og ”(...) og så kan det godt være de bliver udskrevet, uden vi rigtigt ved hvor infektionen har været.” (Bilag C).

Disse to citater viser altså også, at man ikke altid kan vide hvor infektionen de behandler for kommer fra, hvorfor man prøver sig frem. Dette viser tydeligt, at analyserbarheden ikke altid er høj. Komplexiteten der fremanalyseres ud fra denne teori, antyder at selvom kompleksiteten er høj, ved sygeplejerskerne altid, hvad de skal og ikke skal. Skulle der opstå tvivl, kan de altid forhøre sig ved deres tilknyttede læge, hvis de er i tvivl om, hvorvidt en behandling skal gives eller ændres. Det bevidner, at sygeplejerskerne er klædt godt på til deres arbejdspraksisser, ved at vide hvordan de skal agere i forskellige situationer. Dog bevæger sygeplejerskerne sig ofte i rutine eller engineering faserne, da de altid kan få oplyst af lægen, hvordan de skal gribe en opgave an. Det er lægen, der former behandlingsforløbet, og sygeplejerskerne som udfører den, hvorfor de også er lægens øjne i dagligdagen. Komplexiteten undersøges endvidere gennem Thompsons opgaveafhængighedsteori, hvor der herefter følger en analyse af, hvordan et forløb for en patient berører forskellige arbejdsopgaver hos sygeplejerskerne.

Denne foregående teori fra Perrow synes, at have kastet lys over hvordan arbejdsgangene var defineret på forhånd, og såfremt der opstod problemer, som følger af uforudsete komplikationer kunne de trække på den afdelingens tilhørende læge. Contingency-teorien fra Thompson har været inspiration til dette speciale, fordi den omhandler kompleksiteten i patientens forløb mellem faggrupperne på afdelingen. Transformationsprocessen er derfor interessant at undersøge, da kompleksiteten kan højnes, når arbejdsprocesser kræver flere faggruppers koordination. Informanterne udtaler samstemmigt i interviewene, at deres arbejdsgang lægger sig til den reciprokke metode, hvor patienten er inde over mange faggrupper på samme tid. Det ses ved, at lægen ordinerer medicin eller behandling, hvorefter der sker vekselvirkninger mellem sygeplejersker og læger, da en behandling ofte skal justeres fra dag til dag (Bilag B). En informant udtaler, hvordan de agerer som tovholder på patienten, og er det koordinerende mellemlid mellem alle faggrupper:

“R: Ja der er sygeplejersker jo bindeleddet, der sådan sørger for koordinering frem og tilbage mellem ja, læger og ja andre sygeplejersker, diætister.

I: Så de agerer, som en slags tovholder, for patienten, hvis man kan kalde det, det?

R: Ja, det er lidt som en tovholder.” (Bilag C)

En anden udtaler: ”ja, [griner] lægerne de gør ikke noget, de laver en ordination og så tager vi alt det andet.”(Bilag B) Disse citater indikerer, at det er sygeplejerskerne på denne afdeling der står for meget af arbejdet omkring patienten og udførelsen af medicineringer og behandlinger. Det kan påvirke til en travl arbejdsdag, da disse koordinerende opgaver kan være tidskrævende. Den samlede enighed hos informanterne peger derfor tydeligt på, at det er den reciproke transformationsproces, der er præsent. Det betyder, at alle tre transformationsprocesser er tilstede i sygeplejerskernes arbejdsdag. Dette indikerer, at deres arbejde i transformationsprocessen er komplekst, da arbejdsopgaverne kræver høj koordinering.

### **7.3 Teknologier i arbejdet som sygeplejerske**

Som tidligere nævnt bruger sygeplejersker mange teknologier i løbet af deres arbejdsdag, som påvirker dem både positivt og negativt. I det følgende afsnit vil de teknologier, som informanterne selv fremhæver som værende ekstra gode for deres arbejdsdag, eller dem som er hæmmende for deres arbejdsdag analyseres.

I det foregående afsnit er sygeplejerskernes teknologier, som de arbejder med i løbet af dagen opridset. Disse teknologier synes af mange, hvilket også betyder at den følgende analyse tager udgangspunkt i den teknologi, der påvirker dem mest. Det betyder, at forstyrrelser der vedrører printeren, eks. sorteres fra, idet det ikke lader til at være en omfangsrig hverdagsfaktor. Alligevel frembringer en af sygeplejerskerne et eksempel, som var opstået den dag interviewet af informanten blev afholdt, som vedrører printerne. Eksemplet omhandler, hvordan der skulle udtages en række prøver af en patient, hvor printeren og IT-systemet ikke fungerede efter hensigten:

”(...)Og der skal vi printe sådanne nogle stregkoder ud, vi sætter på prøveglassene der, det bliver sendt til Århus til analyse. Og af en eller grund, så selvom stregkoderne var lavet, og det var printet, da det så skulle ind i rekvisitionen, så vil det ikke virke, så vi måtte printe nye stregkoder ud igen. Og hente de prøver vi havde sendt af sted og skifte det hele.(...)” (Bilag C).

I datamaterialet forefindes der enkeltstående tilfælde som dette, hvor teknologien fejler og dermed forårsager tidsspild. Analysen vil dog ikke gå i dybden med teknologiproblemer som disse, da problemet synes at være enkeltstående og derfor ikke omtalt af andre.

Dette tilfælde er dog ikke enkeltstående i forhold til andre teknologier, der svigter, hvorfor ‘mange bække små’ skaber større problemer, hvilket udtrykkes af samme sygeplejerske: ”(...)så jeg vil sige, ofte. ”(...) så det er ofte. Jeg ved ikke om det er hver dag, det er det nok.” (Bilag C). Dette citat indikerer at der sker fejl på teknologien ofte, hvilket er med til at skabe frustrationer og irritationer, når problemer opstår. En anden informant udtrykker det på følgende måde:

”ja, jamen altså, jeg har det sådan med teknologi generelt, det er både på arbejdet og herhjemme, det skal bare virke, det skal fungere, det skal bare være hvor man tænker det er fedt, det gjorde jeg smart og godt og lækkert og hurtigt og det hele skal bare gå op i en højere enhed, når det er teknologi, ellers er det kun til frustration og irritation. Så jeg synes, faktisk oftest det er til frustration.(...)” (Bilag A).

Dette citat indikerer i sammenhæng med det foregående, hvordan sygeplejersker oplever fejl på teknologi næsten dagligt, og at det er frustrerende, når teknologien ikke virker, som det skal. Derfor er det vigtigt, at undersøge hvordan andre teknologier også påvirker deres arbejdsdag, samt hvordan nogle teknologier føles smartere for deres arbejdsdage, hvilket nedenstående afsnit behandler.

#### **7.4 Bip Bip, kvæk kvæk, og ringende telefoner**

Informanterne taler alle ind i problemer omhandlende forstyrrelser. Den mest omtalte teknologi i deres arbejde, er deres arbejdstelefon. Dem skal de have på sig hele vagten, og den kan derfor nærmest betegnes som en del af uniformen. En anden teknologi analysen vil behandle, er et apparat til ophængning af blod i forbindelse med blodtransfusion. Det sidste teknologi der synes at påvirke deres arbejdsdag i væsentligt grad, er IT-systemet Nord EPJ.

Telefonen er et arbejdsredskab, de bruger gennem hele arbejdsdagen. Det er den første teknologi, de får fat i, når de møder, og noget af det sidste de lægger fra sig (Bilag D). På afdelingen er der to typer telefoner, en der beskrives på følgende vis: ”(...) Altså så har vi også en rigtig gammeldags håndholdt, havde jeg nær sagt, sådan en rigtig nokia et eller andet telefon, føles det som. Og som vi så kan ringe internt på sygehuset men også eksternt af(...)” (Bilag A). Ydermere har de også smartphones, der skulle have været anvendt: ”(...) vi havde sådan nogle telefoner- smartphone agtige som vi kunne bruge, som sådan et ‘kontoret i lommen’(...)” (Bilag B). Disse smartphones står i laderen hele dagen, og ingen bruger dem tilsyneladende. Disse smartphones skulle have været brugt, som en slags mobilt kontor i lommen, hvor sygeplejerskerne kunne tilgå systemet Nord EPJ, inde hos patienterne.

Dermed kunne de skrive de vitale tal fra målingerne og dokumentere direkte ind på smartphonen, og dermed slippe for at gå frem og tilbage mellem computer og patient. Det havde også betydet, at de ikke skulle skrive tal etc. på et stykke papir, for bagefter at skulle skrive ind i systemet (Bilag B)(Bilag D). Denne smartphone anvendes ikke efter hensigten, og en af informanterne påpeger, også at denne smartphone endnu ikke er opsat til Nord EPJ, som de implementerede for fem måneder siden.

Den anden nokia lignende telefon de har, bruger de men ikke uden forstyrrelser. Den beskrives som værende slidt og ved at falde fra hinanden, stressende at gå rundt med fordi ringetonen, og den måde den vibrerer på, er den samme, uanset hvem der ringer. Ydermere skal de tage den, såfremt den ringer, hvilket naturligvis er undtaget af akutte nødstilfælde (Bilag B). Problemet omkring telefonen synes at være det, at den er stressende at have på sig, fordi den ringer hele tiden og hele vagten. Problematikken ligger i at læger, stuer, andre interne og eksterne, kan ringe til dem på deres specifikke telefoner, hvorfor der er mange telefonopkald på en dag. I og med at de skal tage deres telefon og i hvert fald tjekke den, hvis de står i en situation hvor de ikke kan tage den, bliver de alligevel nødt til at kigge på telefonen for at tjekke hvem der ringer. Det bliver de nødt til, da der ikke er forskel på måden, hvorpå den ringer eller vibrerer. Sygeplejerskerne kan altså ikke afgøre via eks. ringetonen, om der er tale om en akut situation eller om det er et opkald, der kan vente. Ydermere kan telefonen også skabe en stressfaktor, såfremt den ringer midt i en alvorlig samtale med en patient. Her skal de stadig tjekke, om det er et opkald de skal besvare (Bilag C). I et tilknyttet system til telefonerne er det muligt, at tilkoble telefonerne på de specifikke stuer, således at telefonen kun ringer fra de specifikke stuer, der er tilknyttet de enkelte sygeplejersker (Bilag A). Dette system vil uden tvivl reducere antallet af opkald på telefonerne, hvilket derfor vil forstyrre sygeplejerskerne færre gange. Samme informant udtaler samtidig:

“(…) og så skal man ind og logge på sådan et specielt system, som i travlheden jo er det færreste af os, der faktisk gør, hvor man egentligt kan koble sin telefon på de enkelte stuer, man har. Men hvis man ikke gør det, så ringer ens telefon bare konstant i 8 timer i træk. (…)”(Bilag A).

Det er påfaldende, at det er den sygeplejerske, der har været der længst tid, der kender til det system, da ingen af de andre informanter omtaler det, til trods for store frustrationer ved brugen af telefonen, og hvor meget de bruger den.

Systemet til at målrette og specificere opkaldene til den enkeltes telefon synes at være smart, dog opstår der et paradoks, når det skulle give mindre frustrationer og forstyrrelser, men der i virkeligheden ikke tid til at koble telefonen på specifikke stuer, og dermed reducere antallet af opkald. Jeg talte med en af informanterne om mulige løsninger til dette problem, hvilket synes at kunne løses. Dialogen om dette var følgende:

R: Altså hvis man nu kunne lave et rigtigt smart system, hvor at alt afhængigt af om det var et opkald, udefra, opkald fra internt på sygehuset, eller en patient der ringer i en klokke, hvis man sådan kunne skelne mellem de 2-3 ting. Det ville helt klart afhjælpe vores dag rigtigt meget.

I: Så en slags, hvad skal man sige, ringetone individualiseret til hvert kald?

R: Ja, fordi så kan du sortere i at, okay jamen det er ikke noget der lige vedkommer mig lige nu, fordi nu har jeg set at det er den klokke, der har ringet, så må de lige vente, for jeg er herinde. Eller okay, når det så er hjertestopkald, jamen det er jeg nødt til at tage, så er det en eller anden høj frygtelig hyle tone(...)" (Bilag B).

Løsningen denne sygeplejerske kommer med, vurderes til at kunne bære præg af en inkrementel innovation, der forbedrer deres teknologi. I tilfældet her synes det ikke til at være en revolutionerende innovation, da man allerede kender til lignende systemer på andre telefoner.

## **7.5 'Kold' Teknologi**

En anden teknologi sygeplejerskerne bruger direkte i sygeplejen, er et blodophængningsapparat til at kunne aflæse blodet, således patienten får den rette type blod. Denne teknologi har de på afdelingen til netop dette arbejde. Det er et apparat, der gør at sygeplejersker ikke skal være to til at aflæse blodet og typen af blod. Apparatet sørger for, at en enkelt sygeplejerske kan udføre behandlingen, da apparatet erstatter kontrollen, som en anden sygeplejerske skulle udføre. Teknologien består af en computer, en scanner og et IT-system (Bilag D). Denne teknologi er med til at spare tid, da man ellers skal have fat og forstyrre en kollega, hvis de skal udføre dette arbejde. Denne teknologi er dog ikke uden problemer, og ingen af informanterne bruger teknologien, da de oplever problemer med denne.



De udtaler om teknologien:

”(...)Jeg vil sige, at det der med at være én til at sætte blod op fordi vi har teknologien til det. Jeg er ikke engang koblet op på det, så vi får ikke gjort det, og jeg tror det er ikke en gang sådan, jeg har læst nogle papirer du ved sådan, dem skulle jeg læse for det. Og så er det sikkert bare et eller andet, med at jeg skal ind og klikke et eller andet sted for at tilmelde mig det, men fordi vi ikke har tid, så får vi ikke gjort det, så langt de fleste af os, ender alligevel med at hive fat i en kollega på gangen (...)”(Bilag C).

Det indikeres i dette citat, at informanten ikke engang har fået en introduktion til brugen af teknologien og har de fornødne koder. Det skyldes også, ifølge informanten, at der ikke er tid til at lære at bruge apparatet efter hensigten. Informanten har også et indtryk af, at de på afdelingen er få, der har adgang til brugen af systemet, som betyder, at sygeplejerskerne ikke kan benytte teknologien (Bilag C).

De andre informanter udtaler sig også flere gange om apparatet. Deres udtalelser bærer præg af, at apparatet ikke virker og de slutter deres sætninger af med udtryk som: ”Hvis det virker” (Bilag B) eller ”Hvis det duer” (Bilag D). De tre andre informanter har dog adgang til systemet, hvor en også udtaler: ”(...) det er vigtigt [at] vi får et login ret hurtigt, ellers kan vi ikke bruge det, og så bliver vi alligevel forsinket i vores arbejde. Så det er de forholdsvis gode til i vores afdeling.”(Bilag B). På trods af at de hurtigt får et login, er det ikke lig med at systemet fungerer. I deres personalerum har de en seddel hængende, hvor man kan skrive sig på, hvis man mangler en adgangskode til systemet (Bilag A). Derfor er de adgangsgivende koder ikke problemet men selve teknologien, hvilket irriterer en af sygeplejerskerne:

”(...) for en gangs skyld, er der et teknologisk alternativ til, at jeg skal ind og have en kollega forstyrret, fordi vores retningslinjer siger, at vi skal være to til at hænge blod op og blodprodukter op. Så det bliver jeg irriteret over, at det ikke kan skabe forbindelse (...)” (Bilag A).

Dette citat er retvisende for alle informanternes holdning til dette, og de ender ofte ud med ikke at bruge teknologien, og forstyrrer derfor en kollega i stedet. Det at teknologien ikke virker efter hensigten, sparer dem ikke tid. Den ændring som teknologien skulle medføre, skulle gøre arbejdet smartere og dermed frigive tid til de enkelte sygeplejersker, og spare sygeplejerskerne for forstyrrelser.

Tværtimod ender den med at forstyrre mere, og da teknologien ikke virker optimalt, hvorfor de ikke bruger den. En af sygeplejerskerne udtaler også, hvornår vedkommenden sidst prøvede at bruge teknologien: ”Nej, det var en aftensvagt, jeg prøvede sidst, hvor jeg tænkte, det var da meget nemmere, nu var jeg da blevet oprettet som bruger, men så er jeg egentligt bare kommet fra det igen. Så jeg ved det ikke.”(Bilag D). Dette citat indikerer, at alle sygeplejerskerne er opmærksomme på, at de har teknologien, men bruger den ikke, fordi den ikke virker. De forsøger heller ikke ofte at benytte den, fordi de oplever, at den ikke virker. Det trækker paralleller til smartphonen, der heller ikke bliver brugt, til trods for at den skulle gøre arbejdet nemmere, og dermed spare tid.

## **7.6 Nord EPJ**

Nord EPJ som er region Nordjylland nye dokumenteringssystem, blev indført på afdelingen d. 28. marts klokken 7:00. Dette system erstattede det gamle dokumenteringssystem Clinical, som lukkede ned d. 25. marts. Det betød, at i det gab mellem systemerne, skulle sygeplejerskerne dokumentere i hånden. Dette system skulle gøre det nemmere at dokumentere og være nemmere at arbejde i. I interviewene blev informanterne spurgt ind til, hvordan det nye system er i forhold til det gamle, og om deres oplevelse af at arbejde i Nord EPJ. Informanternes svar synes at være negative udtalelser omkring det nye system (Bilag B). Systemet har haft en række startproblemer, hvilke er optimeret og opdateret, da interviewene foregik. Da systemet blev introduceret, var nogle af startproblemerne at bookinger blev lavet forkert, hvilket betød, at sekretærer manuelt skulle ændre hver fejl en for en. Dette var en tidskrævende opgave, da det drejede sig om over 1000 rettelser. Problemet skyldtes, ifølge informanten, at oplæringen i systemet ikke var optimal, hvilket analysen i dette speciale også omhandler i det følgende afsnit (Bilag C). Et andet problem er, at systemet lukkede ned, hvorefter sygeplejerskerne skulle åbne programmet igen, hvilket skete hyppigere i starten end nu, men forekommer stadig i dag (Bilag B). En af informanterne mener dog, at det er et problem, der er aftagende (Bilag D).

En af informanterne udtrykker, at det gamle system var mere overskueligt, og man kunne skrive noget personligt om patienten, såsom patientens arbejdsliv, privatliv etc. så sygeplejerskerne kunne forstå og danne sig et helhedsindtryk og dermed også forstå patienten bedre. Dette er ikke længere en mulighed i det nye system (Bilag C). Det tyder altså på, at ca. et halv år efter implementeringen, at systemet stadig ikke er velimplementeret, og de samme fejl opstår stadigvæk.

En af informanterne udtaler: ”Nå ja, så vi bruger computeren rigtigt meget, og de har jo prøvet, de prøver jo at lave det smartere og smartere. Og at vi skal dokumentere mindre, men jeg vil sige, min oplevelse er faktisk, at vi dokumenterer mere(...)” (Bilag B). Ud fra denne udtalelse virker det til, at systemet ikke er tilpasset afdelingen ordentligt, og at de smarte løsninger og systemopbygninger ikke er brugertilpasset i sådan en grad, at det bliver nemmere for sygeplejerskerne at dokumentere. Systemet er det samme, som de har i Region Midt, hvilket hedder Midt EPJ. Der har de benyttet systemet i længere tid, og har været igennem diverse børnesygdomme i systemet, som stadig spørger i Nord EPJ. Det stiller en af informanterne sig undrende overfor, og har udtalt:

”(...) de kører med det samme system i Århus, Region Midt, men med en bedre udgave. Og så synes jeg bare det er sjovt, at man ikke har startet os ud i den udgave. Fordi jeg føler, at nu skal vi igennem de alle de samme ting og til trods for, at det er det samme system (...)” (Bilag C).

De andre informanter har også oplevelser af, at der er nogle smartere løsninger i arbejdspraksissen på daglig basis, som ikke er indført i region Nordjylland. På afdelingen er der et par af sygeplejerskerne, der har arbejdet i Århus på Skejby Sygehus, som ikke forstår den måde, der skal dokumenteres på i region Nordjylland på trods af, at det er det samme system med forskellige tilpasninger (Bilag B). Der er altså ikke meget at hente samarbejds mæssigt på tværs af regionerne, på trods af at en række startproblemer kunne have været undgået, hvis de i region Nordjylland startede ud i samme version som i Region Midt. Det kan antages, at strukturen i samfundet er én hindrende faktor for vidensdelingen og smartere løsninger på tværs af regionerne.

Denne tidligere omtalte overskuelighed, der var i det gamle system, kan skyldes manglende erfaring med systemet, dog er det interessant, at undersøge hvordan implementeringen af systemet er foregået. Da informanterne udtaler sig, omkring måden hvorpå de blev oplært i at bruge systemet, indikerer det, at oplæringen ikke var tilfredsstillende. En informant udtaler: ”(...)det er jo fuldstændigt til grin den her gang, nu har vi så lige, jeg var til kursus i fredags, i hvordan man booker rigtigt, og det var rigtig godt. Det gav mening, men det er jo lidt ærgerligt, det først kommer fem måneder efter (...)”(Bilag C). Det med at oplæring af systemet er mangelfuld, kommer ligeledes til udtryk hos de andre informanter.

En anden udtaler hvordan hun skulle igennem e-learning ved oplæringen:

”(...)vi kun har fået den del, hvor de andre har fået begge dele. Og vi har så heller aldrig fået adgang, til det der øveprogram, for jeg undrede mig nemlig over, at en af dem der stod lidt for det, en af superbrugerne, hun blev ved med at snakke om hvordan hun havde siddet og leget og øvet i det her, hvor jeg siger, hvor gør du det henne(...)”(Bilag D).

Netop dette citat indikerer at der har været problemer i læringsfasen af implementeringen, hvor ikke alle har modtaget den samme oplæring, eller har haft den samme mulighed for at øve i øveprogrammer, for at kunne lære systemet lidt at kende, inden det officielt blev indført. Den samme informant oplevede heller ikke, at superbrugerne kunne alt det, de skulle, og den aften hvor netop den sygeplejerske skulle møde ind på arbejde i en aftenvag, var der ingen superbrugere på arbejde. Dette betyder, at sygeplejerskerne i deres arbejdsgang ofte føler at nye teknologier, er ‘learning by doing’ eller ”hands on” (Bilag A), som en sygeplejerske udtaler, da der ikke er tid til, at alle modtager den undervisning, der er nødvendig for brugen af teknologien (Bilag A).

Ud fra disse tre analysenedslag er det særligt tre, der gør sig gældende i en travl hverdag. Sygeplejerskerne har tilsyneladende ikke den rette oplæring i teknologier. Når noget af teknologien fejler, som i blodophængningssystemet, er horisonten, for at det bliver lavet, så det fungerer, lang tid og uforudsigeligt nok til at de slet ikke prøver at bruge de teknologier, der ellers skulle gøre deres arbejdspraksis bedre. Derudover synes det, at teknologier som smartphones kunne spare sygeplejerskerne for en pendling mellem computer og patient, såfremt at disse også blev sat op til det nye system. Ydermere ville en deling af den information, om at de ”gamle Nokia” telefoner kunne sættes op til, kun at skulle ringe fra den enkelte sygeplejerskes stuer/patienter også bringe frustrationen og irritationen ned. ”(...)Vi havde faktisk ansat en helt ny, fordi tanken også var, at vi skulle udvide lidt, de ressourcer bliver jo bare ædt op af sygdom og barselsorlov. Vi overlever, og vi slukker ildebrande lige nu, det har vi gjort længe.”(Bilag D). Dette citat er en indikator på, hvor travlt afdeling har. Dermed kommer det ikke som et lyn fra en klar himmel, at der ikke er tid til, at bruge meget tid på teknologi, der ikke fungerer efter hensigten. De arbejdsgange hvor sygeplejerskerne skal bruge en teknologi, der sandsynligvis ikke virker, eks. når de hænger blod op, bliver nemmere at løse, ved at tilkalde en kollega ind på stuen til at hjælpe med at aflæse blod sammen.

Der er altså indikationer på, at det der gør arbejdet komplekst, som teknologien skulle afhjælpe, i form af bedre arbejdspraksis og hurtigere og smartere brug af teknologi, i virkeligheden hæmmer sygeplejerskerne i deres arbejdsdag, da det ikke er alle teknologier, der er fuldt ud implementeret og virker efter hensigten. Årsagen til dette tydes i de foregående afsnit til at være manglende oplæring til brug af teknologierne. Derigennem er manglende tid til at lære at bruge teknologier og udnytte disses fulde potentialer. Ydermere er manglende funktioner af de teknologier, der skal optimere processer også årsag til frustrationer og en spildtid.

### **7.7 Centreaskærme - mindre forstyrrelser**

Hvor nogle af de førnævnte teknologier skaber forstyrrelser i sygeplejerskernes arbejde, fremhæver en af informanterne, sygeplejersken som er den af informanterne, der har været længst på afdelingen, en række teknologier, der har en positiv indvirkning i deres arbejde, og som informanten er glad for. For udover telefonen som kan være stressende med de mange opkald, og computeren der har et IT-system, der også kan skabe frustrationer, er det også teknologier, der er nødvendige for arbejdsprocesserne. De er nødvendige, fordi sygeplejerskerne koordinerer mange ting gennem telefonerne, og kan slå patienter med deres oplysninger op i Nord EPJ (Bilag B). Sygeplejersken fremhæver teknologierne Centrea-tavler, og en skærm som har den ene funktion, at kunne ringe op med videoopkald til kommunen/visitationen (Bilag A). Denne Centrea-tavle fungerer som en skærm med oplysninger om patienterne på afdelingen, og er med til at skabe overblik (Bilag A). Disse skærme gør det nemt at aflæse oplysninger om patienter, hvilket sygeplejerskens også udtaler:

”(...)Der faktisk gør det lettere, og at finde ud af hvilke patienter der er på vej, og hvilke patienter vi skal udskrive. Og det gør det faktisk også i høj grad lettere at overskue og gennemskue, hvem skal ligge på enestue, hvem er covid positiv, hvem fejler hvad (...)” (Bilag A).

Dette citat indikerer, at denne Centrea-tavle fungerer efter hensigten, alt virker som det skal, og den er med til at give et overblik. Den funktion Centrea-tavlen bidrager med, udtrykker informanten, har stor indflydelse til trods for simpeltheden ved teknologien.

Den samme sygeplejerske udtrykker hvorfor:

”(...) De der Cetrea-tavler det tror jeg, at jeg vil sige, at det faktisk har ændret nogle arbejdsgange. Og det har endnu mere potentiale til at ændre arbejdsgange. Det, det jo også kan, nu hænger der jo ligesom en kæmpe stor fysisk skærm i hjertet af afdelingen, hvor eks. bioanalytikere, portører, det lyder banalt, men små forstyrrelser, men der er faktisk enormt mange små forstyrrelser i løbet af en dag. Og hvis man så bare kunne barbere nogen af dem væk, læger der kommer fra andre afdelinger, og skal gå tilsyn, og ikke kan finde sin patient, portører der vil finde nogen, bioanalytikere der vil finde ud af, hvor nogle patienter ligger fysisk, og hvad de er isoleret for. Hvis de, eller hvis vi alle sammen blev bedre til, at vi faktisk udnytter, og det er også det, der er en af tankerne, at de kunne gå derop [til tavlen] og orientere sig i stedet for at spørge os hele tiden. Så synes jeg faktisk, at det har ændret en arbejdsgang ret væsentligt og betydeligt.” (Bilag A).

Trods dette lange citat er det vigtigt, at lægge mærke til her, hvordan en simpel løsning, som en tavle, der giver overblik, kan have så stor og positiv påvirkning af arbejdspraksis hos sygeplejerskerne. Den anden idé samme sygeplejersken omtaler, er en skærm, hvorpå man kan ringe til kommunen. Dette er skærmens eneste funktion, men synes alligevel at fungere efter hensigten, og det at kunne videokonferere, er positivt (Bilag A).

Til trods for at informanterne nævner en lang række teknologier, de bruger i løbet af deres arbejdsdag, er det påfaldende, at det er to simple teknologier, der fremhæves hos den ene sygeplejerske. Ved teknologien som Centrea-tavlen er det påfaldende, at det der fremhæves ved den, er at den fjerner forstyrrelser, hvilket er modsat den førnævnte telefon, som er forstyrrende, og er en stressende teknologi. Derfor kan de være med til at pege i retning af, at teknologier som sørger for at sygeplejerskerne bliver forstyrret mindre, og mindre frustrerede er at foretrække. Det er også en faktor, der bevidner, at den teknologi de bruger eller indfører, skal virke efter hensigten, og ellers rettes til hurtigt for at minimere frustrationer, og derigennem frigive tid til sygeplejerskerne til at yde patientomsorg. Dette skal frigive tid til bl.a. at kontakten mellem sygeplejer og patient øges, og at selve plejen som eks et bad kan prioriteres (Bilag C)(Bilag D).

## 7.8 Bureaucrati - som misforstået effekt

På den undersøgte afdeling dokumenteres der naturligvis en del gennem, det førnævnte system, Nord EPJ. Dette sker, da sygeplejerskerne har dokumentationspligt (Bilag D). De førnævnte analysepunkter omhandlende teknologi indikerer, at have en påvirkning af sygeplejerskernes telos. Dette ses ved at den pleje, de gerne vil yde, omdannes til behandling, fordi tiden ikke er til den patientnære pleje i mange tilfælde. Teknologien synes at koste mere tid, når det ikke fungerer efter hensigten. Det betyder, at deres patientnære pleje bliver den del af deres arbejdsopgave, der nedprioriteres, fordi der ikke er tid. En anden faktor der også fylder meget i deres arbejdsdag, er bureaukratiets indvirkning.

Ved det nye EPJ systems implementering var det hensigten at gøre dokumentationsdelen smartere, en af sygeplejerskerne udtaler dog: "(...) de har jo prøvet, de prøver jo at lave det smartere og smartere. Og at vi skal dokumentere mindre, men jeg vil sige min oplevelse er faktisk, at vi dokumentere mere (...)" (Bilag C). En anden oplever også deres dokumentering, som at de går med "livrem og seler" (Bilag D), når de skal dokumentere. Derfor mener informanten, at de godt kan dokumentere smartere. Fremfor at dokumentere alt deres arbejde, kunne man reducere dokumentationen, til det der afviger fra behandlingsplanen, eller det der ikke bliver nået på vagten (Bilag D). En af sygeplejerskerne udtaler dog, at de ikke føler, at de dokumentere meget:

"(...) Jeg kan bare sige, jeg dokumenterer ikke ret meget og det gør mine kolleger heller ikke. Altså de dokumenterer det absolutte mest nødvendige, det er ikke sådan, at jeg bruger hverken en hel eller halv, kvart arbejdsdag på at få lov til at dokumentere, hvis man kan sige det sådan (...)"(Bilag A).

Dette citat tyder på, at dokumentationen er tilstede, men ikke fylder en væsentlig del af dagen, da der ikke er tid til at dokumentere mere på vagten. Den samme informant mærker heller ikke til overflødig dokumentation eller overflødig administration på afdelingen (Bilag A). Sygeplejerskerne arbejdsdag synes derfor ikke at have et overforbrug af dokumentering. Sygeplejerskerne er pro dokumentering, da det sikrer overleveringen fra vagt til vagt, såfremt der eks. er sket en handlingsændrende udvikling hos en patient (Bilag C). Ydermere udtaler en af sygeplejerskerne: "(...)Det er patientsikkerhed, og det er kvalitet, det er for at jeg kan have min ryg fri, dokumentere det jeg skal, for at mine kolleger kan tage over, uden en mundtlig overlevering fra 117(...)" (Bilag D). Dette citat indikerer, at der også ligger en sikkerhed i at dokumentere.

Dokumentering er derfor også sygeplejernes garanti og en slags bevis, for at de har ydet den korrekte behandling, hvis der opstår uforudsete hændelser eller UTH. Det tyder derfor på, at selv dokumenteringen vedrørende patienten ikke er til ulempe for sygeplejerskerne, men at dette kunne gøres smartere. En anden sygeplejerske udtaler, at de har bestilt Ipads, hvorpå de kan dokumentere hos deres patienter, også på isolationsstuer, hvor det ville være nemt, at kunne tørre Ipaden over med sprit, og dermed kunne bruge den videre på stuerne (Bilag B).

På deres afdeling og generelt i deres arbejdspraksis, er de underlagt en række retningslinjer, men er ikke præget af mange regler og procedurer. Disse retningslinjer er med til at sikre, at procedurer og arbejdsprocesser bliver udført korrekt, og dermed ikke er til fortolkning af de enkelte sygeplejersker (Bilag A). En udtaler, at disse retningslinjer er positive da de: ”(...) gør at vores behandling bliver bedre og mere målrettet. Og det er jo ikke kun ved os, det er jo fuldstændig generelt set. Og det er jo også det, der er med til at beskytte vores patienter for fejl (...)” (Bilag C). På afdelingen har de også brede rammer, det ses eks. for medicinering, hvor en udtaler hvordan hun kan give medicin;

”(...) i en nattevagt behøver jeg ikke altid, at skal ringe til en læge for at få lov til at give noget, jeg kan gå ind og give det ud fra rammeordinationen, og så kan jeg kvittere for det, som sådan en engangsordination. Og så skal lægen jo bare godkende det dagen efter (...)” (Bilag D).

Dette citat indikerer, at der er tillid mellem læger og sygeplejersker, hvor sygeplejersken kan give medicin uden en forhåndsgodkendelse af lægen. Dette gør sig også gældende, såfremt de skal give blod, hvis et prøvesvar kommer med et resultat om lav blodprocent, eller hvis væskebalancen ikke er i orden (Bilag D). Dette indikerer en form for frihed for sygeplejersken, og dermed også en tillid til at sygeplejersken, på baggrund af sin faglige viden og erfaring, godt kan træffe beslutninger på egen hånd.

Et bureaukratisk instrument eller værktøj som de skal benytte på afdelingen og generelt i sygehusvæsenet, er indberetninger eller en UTH. Meningen med dette værktøj er, at man skal indberette, når der opstår eller begås en fejl, eller en kollega laver fejl. Dette instrument er tiltænkt til at kunne skabe refleksioner, når der opstår fejl og dermed muligheder for forbedringer af processer, for at undgå hændelsen sker igen. Dog tolkes dette værktøj af nogle som en personlig kritik rettet mod dem, hvis en UTH bliver oprettet, og vedrører en anden person.



En af sygeplejerskerne beskriver dette følgende: "(...)man sætter sig jo i en sårbar situation, fordi det er jo en fejl, man selv har lavet eller en anden har lavet, eller der er en fejl, der er lavet på mine vegne, som jeg ikke har haft noget med at gøre, men som jeg indberetter.(...)" (Bilag B). Dog bliver disse hændelser ofte udeladt, fordi de bliver nedprioriteret, og skrives kun hvis de er graverende. Her er der et eksempel på hvordan en UTH kan have en positiv feedback: "(...) så kan man slå et præparat op der inde, og se hvordan det skal blandes, og hvor hurtigt må det gives og alle sådan nogle ting, og der står nogengange i toppen, du ved, 'ekstra opmærksomhed', hvis nu eks. der er sket et dødsfald med det medicin(...)" (Bilag C.) Her er instrumentet med til at skærpe opmærksomheden, fordi der tidligere er sket en fejl.

Det synes også at være indirekte bureaukrati, hvilket er tilstede, når sygeplejerskerne skal hænge blod op. Her skal de være to, hvis ikke computeren og scannere virker, hvilket det sjældent gør. Denne teknologi skulle fjerne usikkerheden og den dobbelttjekkende proces ved ophængning af blod. Et andet sted hvor bureaukratiet synes at være et rigidt system, er ved bestilling af reparation. En sygeplejerske skulle bestille en tekniker til at se på løbende toiletter, og oprettede en sag på et enkelt toilet, med en dertilhørende kommentar, om ikke de ville tjekke alle toiletter, fordi der var problemer på alle stuer. Det gjorde teknikeren ikke, hvilket betød, at sygeplejersken skulle oprette en sag på hvert enkelt løbende toilet. Det indikerer også et system, der ikke er dynamisk og fleksibelt. Et sted hvor bureaukratiet også er en tidskrævende faktor, er når ny teknologi skal indføres på en afdeling. Denne proces kræver procedurer til brugen af teknologien, udviklede vejledninger etc.. Det gør det, fordi teknologien der skal indføres, ikke må være fejlkilde i en behandling, hvilket kan medføre alvorlige konsekvenser. Dog kan det argumenteres for, at når disse regler og procedurer er færdigskrevet og udviklet, er de med til at gøre det nemmere for sygeplejerskerne at implementere, fordi der er udformet retningslinjer, der guider dem i brugen af teknologierne. En anden indirekte bureaukratisk faktor, der har indvirkning på deres arbejde, er den begrænsning sygeplejerskerne møder, når de kan se, hvordan de bruger teknologier i Århus, der letter deres arbejde, som også kunne implementeres på deres afdeling på sygehuset. Dette kommer bl.a. til udtryk således: "(...) Nu ved jeg, at i Skejby, der får de opdoseret medicin fra en eller anden robot, der står og tæller. Det gør vi jo manuelt(...)"(Bilag B). Dette citat indikerer, hvordan der er teknologier, der er tilgængelige i andre regioner, som er smartere løsninger. Derfor må det også skabe en række frustrationer, da det manuelle arbejde kræver mere tid for sygeplejersken, hvilket tager tid fra patienten i sidste ende. Dette eksempel er derfor en nøglefaktor til at give mere tid til sygeplejerskerne, som er det kritiske for sygeplejen jf. afsnit 1 og 2.

## 8. Diskussion

Når tilstanden for det danske sygehusvæsen er undersøgt, både gennem den tidligere nævnte bog *Det syge væsen* og dokumentaren *Opråb fra sygehuset*, er det horribelt, hvordan tilstanden og arbejdspraksissen udfolder sig i det danske sygehusvæsen. I analysen er der paralleller fra undersøgelserne i dokumentaren og bogen. De spejler sig ind på den undersøgte afdeling, hvor de har også oplever travlhed, hvilket kan resultere i fejlbehandling. Dette speciale undersøger ikke, om fejlbehandling finder sted på afdelingen, men da travlhed og stressfaktorer kan puste til den udvikling, kan man derfor antage og formode, at afdelingen ikke skal presses mere, førend at fejl i den kaliber kunne opstå. Gennem analysen er det gjort klart, at sygeplejerskerne ikke har meget tid til at lære deres patienter at kende, hvilket er et udtryk for manglende tid. Denne tid er dog vigtig i plejen ifølge sygeplejerskerne, da en samtale med en patient giver et bedre indtryk af patienten. Det betyder også, at det er nemmere at opdage afvigelser og ændringer hos patienten. Som tidligere skrevet i analysen er sygeplejersken ”lægens øjne”, hvilket kan være en smule paradoksalt, hvis sygeplejerskerne heller ikke har tid til at lære patienten at kende og dermed følge patientens udvikling tæt. Dette kan relateres til Rosas begreb om fremmedgørelse, hvor patienterne ikke i samme grad oplever den samme kontakt mellem sygeplejersker og patient. Problemet skyldes et presset sygehusvæsen, som jf. afsnit 1 og 2. Dette pres er svært at løse lige nu og her for afdelingen, da der er mangel på sygeplejersker, og at den undersøgte afdeling er et sengeafsnit. At den manglende tid er en faktor, ses også på det følgende citat:”(...)men jeg tror hvis man sådan bare spørg ude på afdelingen, om folk vil have mere i løn, eller flere kolleger, så vil de sige flere kolleger(...)” (Bilag C). Dette citat er slående for, hvad sygeplejerskerne peger på, når travlheden skal nedsættes. Det er dog en yderst kompleks problemstilling, samfundet står over for. På den ene side kan man hæve lønnen, som samfundsdebatten ofte handler om her i 2022. Med denne indsats antages det, at håbet er at få flere sygeplejersker tilbage i faget, og at få flere til at studere faget. Dette er dog en længere proces, hvilket betyder, at det ikke kurerer det syge med det samme. Derfor må fokus også være på Rogaczewskis (2021) løsningsforslag, at det er teknologiimplementeringer, der gør arbejdet nemmere og smartere, der skal være en del af den akutte løsning. Dette må være en af mange løsninger på at frigive tid til sygeplejerskerne på afdelingen, da afdelingen ikke er præget af mange såkaldte ”kolde hænder”, som ikke er patientnære. Det er dog vigtigt at have in mente, at denne problemstilling kan løses på mange måder. Analysen undersøger tiden brugt på teknologi og bureaukrati.

Analysen frembringer en række punkter, hvor teknologien fejler og eller koster sygeplejerskerne unødvendigt tidsspild, dog vil mere personale også afhjælpe den pressede afdeling, hvilket er svært, fordi mange sygeplejersker søger væk fra faget, og færre starter på sygeplejerskeuddannelsen. Dette kan også ses i ansættelsesforholdet mellem administrative ansatte og sygeplejersker, som er skævvredet i forhold til sygehusvæsenets krisesituation.

I analysen fremhæves læringsprocesserne også som værende mangelfulde, hvilket også betyder, at noget teknologi ikke fungerer efter hensigten. Et eksempel på denne teknologi er blodophængningssystemet. Denne teknologi fungerer ikke til trods for, at hensigten med apparatet er at spare tid. Denne fejl på teknologien synes at have været eksisterende i lang tid. Men ligesom der ikke er tid til at rapportere en UTH, kan problemet også være, at der ikke er tid til at fejlmelde apparatet, og at det derfor stadig er nemmere at hive fat i en kollega for at løse opgaven. Det er derfor vigtigt, at det bliver prioriteret, da det kan føre til flere alvorlige fejlbehandlinger, som det skete for sygeplejersken i dokumentaren jf. afsnit 2. Derfor er problemstillingen vedrørende travlhed også en vigtig og aktuel diskussion, fordi den går ud over patienten i sidste led, og kan forårsage alvorlige konsekvenser.

En fremgangsmetode, der vil kunne optimere deres arbejdspraksis, er at undersøge 'bedst praksis'. Dog arbejder regionerne ikke sammen på dette punkt, hvilket betyder, at sygeplejerskerne i Region Nordjylland kender til smartere og velkendte arbejdsmetoder, hvilke kunne implementeres på deres afdeling. Det kunne eks. være det opdaterede system fra Region Midt eller en pilledoseringsrobot. Disse teknologier vil frigive tid hos sygeplejerskerne. Dette står bureaukratiet i vejen for, hvorfor man i Nord EPJ må igennem de samme børnesygdomme, som Midt EPJ også havde i startperioden. Derfor må de på afdelingen også vente på opdateringer og optimeringer af systemet løbende. Derfor vil en 'bedst praksis' metode, kunne gøre arbejdet smartere, hvis regionerne på tværs af landet kunne dele erfaringer, og hvis eks. alle hæmatologiske afdelinger delte viden på arbejdspraksisser og metoder.

Som tidligere nævnt i analysen er det teknologier, som er tidskrævende og ikke fungerer, som informanterne fremhæver som forstyrrende, telefonen ringer hele tiden, men der findes et system til at reducere det, alligevel synes de, at det er stressende, at den ringer hele tiden. Paradoksalt er det, at den teknologi der bliver fremhævet som positiv, er simple teknologier, eller teknologier der fungerer som de skal, eller som reducerer forstyrrelser hos sygeplejerskerne.

Derfor kan det skabe en undren, at der ikke er mere fokus på læringsprocesser og selve implementeringen af teknologierne. De teknologier, der benævnes i analysen, har til hensigt at hjælpe sygeplejerskerne, men synes at have den modsatte effekt, enten fordi teknologien ikke virker, som den skal, og dermed bliver henlagt, eller at læringsprocessen er så forhastet, at læringen og læringsmetoden ikke er tilpasset afdelingen. Det skaber en undren, at sygeplejerskerne udtrykker, at deres dagsvagt er meget travl, hvilket betyder, at der ikke er tid til at skulle lære og bruge de nye teknologier. Derfor udspringer undringen også fra grundideen om, at læringen skal foregå som e-learning i dagstimerne, da man har roligere vagter i aften- og nattevagter, hvor det synes, at der er mere tid.

Denne fejllende teknologi betyder også, at de ikke bruger teknologien, fordi de har en forventning, om at den alligevel ikke virker, hvilket udskyder en fuldt ud vellykket implementering. Derfor kan der også drages paralleller til UTH systemet, såfremt dette ikke bliver brugt pga. travlhed, er klager over teknologiens funktioner heller ikke altid prioriteret, hvilket blodophængningssystemet også indikerer, fordi alternativet er ligeså nemt, men mere tidskrævende, da to sygeplejersker skal være til stede. Sygeplejerskerne bruger også, som nævnt i starten af analysen, en masse teknologi som virker som det skal. Det modargumenterer, at det skulle være svært at tillære at bruge nytilkommen teknologi, hvilket igen peger på en mislykket læringsproces.

I litteratur reviewet afsnittet omhandler de videnskabelige, peer reviewed artikler problemstillinger, der også synes at være parallelle med den undersøgte afdelings problematikker vedrørende teknologi. AI vil kræve mange ressourcer at indføre og skabe store forandringer. De tilgange og implementeringsprocesser der finder sted på afdelingen nu, synes ikke at være gearret til endnu større implementeringer. Andersen (2020) mener også, at teknologien skal være med i løsningen af problemet med manglen på fagpersonale. Det betyder, at teknologien har en nøglerolle, i form af at kunne lette arbejdspresset. Derfor er det vigtigt, at afdelingen og andre afdelinger kan implementere de nye teknologier mere effektivt, og selv være med i udviklingen af teknologierne, da systemer og teknologier dermed kan tilpasses efter de enkeltes afdelingers behov. Derfor er begrebet, sensemaking, som tidligere nævnt, vigtigt at holde for øje, hvilket i nogle tilfælde på den undersøgte afdeling ikke er til stede, da systemet Nord EPJ ikke er tilpasset deres afdeling. Sensemaking gør sig gældende med omvendt fortegn, her tænkes der på selve dokumentationsdelen i arbejdet.

Her debatterer politikere om nedskæring af dokumentation i arbejdet, men alle informanter bakker op om selve dokumentationsdelen, da det sikrer kvalitet og sikkerhed for patienterne.

Jacobsen (2013) har i sin undersøgelse af innovation i offentlige instanser netop påvist, at bureaukrati som organisationsform hæmmer personalet i involveringen. Det er med til at besværliggøre et system som Nord EPJ, da systemet ikke er tilpasset deres afdeling. Det etiske dilemma der diskuteres i litteratur reviewet af Vikkelsø (2005), er interessant at medtage i diskussionen omhandlende de nye teknologier, der skal løse problematikken om for få ansatte og stresset arbejdsmiljø. Det etiske aspekt i problematikken ligger i, at journaler ikke må deles på tværs af offentlige instanser uden samtykke fra patienten. Det betyder, at en patient der indlægges udenfor Region Nordjylland, og skal tilbage til Region Nordjylland, selv skal sørge for at journalen føres med tilbage til det sygehus, hvor den fremtidige behandling skal foregå. Her er der altså en række negative faktorer, som bureaukratiet er årsag til.

Rosas begreb om det accelererende samfund gør sig også gældende på den undersøgte afdeling. I de omtalte læringsprocesser, er tiden en knap ressource, det drager tydelige paralleller til de forhastede læringsprocesser. En af sygeplejerskerne rammer tendensen i sin udtalelse: "(...)det virker sådan lidt for juppet(...)" (Bilag C). Dette citat indikerer kraftigt, hvordan læringsprocesserne opfattes, og hvorfor nogle implementeringer mislykkes. Det er slående hvordan deres telefon, også påvirker deres arbejdsdag, med øget tilgængelighed, hvilket den teknologiske acceleration har medført. Ydermere er der en række *nutids-indskrumpninger*, hvilket ses i form af, at de har flere patienter, end hvad der er sygeplejersker til. De skal altså nå mere på deres vagter. I undersøgelsen fremgår det også, hvordan deres normering ikke er lig med den optimale normering, hvilket øger patientantallet pr. sygeplejerske. Det betyder i sidste ende, at sygeplejersken har mere travlt. Dette er en indikator for, at det går for stærkt i sygeplejefaget, hvorfor man må antage at man også her, er påvirket af accelerationerne i samfundet, hvor man skal nå mere på samme tid. En bureaukratisk samfundstendens som også er gældende, er den øget tilgængelighed. Det ses på afdelingen, hvor sygeplejerskernes dokumentering nu også er tilgængelig for patienterne, hvorfor sygeplejerskerne skal bruge mere tid på at skrive i et sprog, som patienterne også forstår. Det er med til at øge kompleksiteten i dokumentationsdelen, da det betyder en ændring i dokumentationsmetoden.

Det er også det indirekte bureaukrati, som er til hindring, hvilket som tidligere nævnt også kan påvirke den travle arbejdsdag.

Det er samme udstyr og teknologier der bruges på andre sygehuse i Danmark, hvorfor det må antages, at der kan frigives en væsentlig tid i sygehussystemet, såfremt bureaukratiet optimeres og tilpasses i hele sygehussystemet. Dermed understreges det i analysen og løbende her i diskussionen, hvor meget fokus der er på tid og især manglende tid. Det kan føre til et fremmedgjort, stresset personale, hvis strukturen fortsætter med at være til hindring for udviklingen i længere perioder, og at der ikke tages hensyn til en sygeplejerskes tid på den enkelt vagt. Det kan derfor ende med, at flere sygeplejersker bliver fremmedgjorte på deres arbejdsplads, hvorfor akut handling er vigtigt, da mange sygeplejersker allerede er begyndt at søge væk fra sygehusene.

Det tyder på, at det er en kompleks situation, som sygeplejerskerne som helhed står i. Der er mange faktorer, der påvirker sygeplejerskerne, både løn, arbejdsmiljø, bureaukrati og teknologi. Da lønnen i sig selv ikke er en akut løsningsmulighed, og arbejdsmiljøet og de stressede tilstande skal løses, har dette speciale zoomet ind på teknologi, som en løsningsmulighed og en gentænkning af bureaukrati som løsning. Disse faktorer har belyst, at der er potentiale for at frigive store mængder tid på tværs af landet, hvilket kan bidrage til at løse problemet med et presset sygehusvæsen. Dette er medvirkende til et skub i den rigtige retning, hvor bureaukrati og teknologi i højere grad skal tilpasses. På den måde skal teknologier og bureaukrati agere medspillere i sygeplejerskens arbejdspraksis.

## 9. Konklusion

Dette afsluttende afsnit konkluderer på specialet, og måden hvorpå specialet er konstrueret. Specialets problemformulering lyder: *Hvordan er sygeplejersker på en hæmatologisk afdeling på Aalborg Universitets Sygehus, mærket af det stigende pres på sygehusvæsenet, og hvordan påvirker teknologi og bureaukrati deres arbejdspraksis?* For at kunne besvare problemformuleringen, er der i første del af specialet opridset, hvordan tilstanden er i det danske sygehusvæsen. Tilstanden er kritisk, og mange faktorer er medvirkende til at presse sygehusvæsenet. En faktor der presser systemet, er udviklingen af behandlingskrævende patienter, der ikke følger udviklingen af antal ansatte sygeplejersker. Denne tendens er modarbejdende i forhold til et voksende pres på sygehuset. Ydermere er ændringerne i demografien i Danmark også en modarbejdende tendens. Problemet omhandlende sygeplejerskernes 'flugt' fra faget, er ikke noget der kan løses på den korte bane, da problemstillinger i den debat omhandler lønninger og bedre normeringer, hvilket er et politisk anliggende. Demografien er en umulig faktor at ændre, hvorfor samfundets sygehusvæsen må tilpasses og udvikles, så det kan håndtere dette problem.

Derfor har specialet undersøgt, hvad og hvordan sygeplejersker ellers påvirkes gennem deres arbejdsdag. Metoden som er brugt, det semi-strukturerede interview, har været støttende til at forstå sygeplejerskers oplevelsesverden, og dermed givet et indblik i deres arbejdspraksis. Det fremgår tydeligt i analysen, hvordan de oplever et tidspres gennem deres dag på en dagvagt, samt hvordan en række samfundsstrukturer står i vejen for udvikling og frigivelse af tid. Her kunne en 'bedst praksis' være oplagt, således at regionerne på tværs har mulighed for, at benytte den bedste og hurtigste teknologi. Ydermere er det interessant, at teknologierne som de bruger på dagligt basis, som Nord EPJ, blodophængningssystemt og 'Nokia' telefonen er tidskrævende og forstyrrende. De væsentligste faktorer der omsværmede teknologierne, var den manglende tid til oplæring, den manglende funktion og mange forstyrrelser. Muligheden for at reducere antal forstyrrelser er tilgængelig, men bruges ikke pga. tidsmangel og manglende viden om det tilhørende system. Derfor kan man med analysen af deres teknologibrug konkludere, at der er ressourcer at hente, såfremt der sættes mere fokus på implementering og oplæring i systemerne og teknologierne. Ydermere er det vigtigt, at de teknologier afdeling har, virker efter hensigten, da de ellers skaber frustrationer.

Udover teknologien har Perrows og Thompsons contingency-teorier belyst, at kompleksiteten ikke ligger i Perrows typologier, da opgaverne oftest har en høj analyserbarhed, hvilket betyder at sygeplejerskerne ved hvad de skal, når patienterne sygdomme varierer.

Thompsons teori om arbejdsprocessen har belyst, at denne er kompleks, da sygeplejersker er det koordinerende led i mellem alle faggrupper, der tilknyttes en patient udover deres egen arbejdsgang. Dette gør arbejdsprocessen kompleks, da en patient er i kontakt med fagpersonalet på kryds og tværs.

Det kan konkluderes, at bureaukrati også fylder en del. Et paradoks er opstået, for på den ene side bruger sygeplejerskerne meget af deres tid på bureaukratiske procedurer som dokumentering. Denne dokumentering er sygeplejerskerne ikke negativt indstillet for, da det beskytter dem og patienterne i deres behandling. Dokumentationsdelen gør det også lettere for sygeplejerskerne at skifte vagt, da dem der møder ind efter, kan læse hvad udviklingen har været hos patienten. Dette står i kontrast til samfundsdebatten, hvor politikere gerne vil fjerne og reducere denne del. Dog er der gennem analysen fundet indirekte bureaukratiske faktorer, der kunne påvirke sygeplejerskernes telos positivt. Disse faktorer er både mere tid til at lave eks. en UTH, for at løse opgaver bedre i fremtiden. Bureaukratiet hæmmer også implementeringen af smarte løsninger fra andre sygehuse, samt metoder til at kunne dokumentere smartere. Derfor kan dette speciale med den kritiske case metode, konkludere at der er ressourcer, der kan frigives, hvis teknologien optimeres, oplæringen forbedres og at bureaukratiet ikke fylder direkte eller indirekte i arbejdspraksissen, som et negativt indgreb. Disse bureaukratiske faktorer er med til at hindre udviklingen, og derigennem forhindre at frigive ressourcer, som eks. tid. Det er tankevækkende at bureaukratiet og den dårligt fungerende teknologi, skaber et så stort ressourcespild i et presset sundhedsvæsen. Med den kritiske case som metode må analysefundene i dette speciale også kunne gøre sig gældende på andre afdelinger, hvorfor der på landsplan må kunne frigives mange ressourcer til sygeplejerskerne i det samlede billede.



## 10. Litteraturliste

Andersen, O. K., & Arbejdsgruppe i Akademiet for de Tekniske Videnskaber, (2020). *Sæt Danmark i front med kunstig intelligens indenfor sundhedsområdet*. Aalborg Universitet.

Bech, M. (2017, 6. oktober). De 2 procent er væk – men hvad nu?. *Dansk Sygeplejeråd*. Lok. d. 11.06.22: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/de-2-procent-er-vaek-men-hvad-nu>

Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2020). Kvalitative metoder, tilgange og perspektiver: en introduktion. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. Udgave (s. 15-29). København: Hans Reitzels Forlag.

Brinkmann, S. (2020). Etik i en kvalitativ verden. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. Udgave (s.581-600). København: Hans Reitzels Forlag.

Copenhagen Business school (u.a.) | Department og organization lok: 30/10/22 på <https://www.cbs.dk/en/research/departments-and-centres/department-of-organization/staff/pdgioa>

Danmarks Statistik (u.å.). *Levende fødte*. Lok. d. 11.06.22: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/foedsler>

du Gay, P. (2007). *Hyldest til bureaukratiet - Weber - Organisation - Etik*. Sage publication Ltd

Eberhardt, A. (Producer), & Rahbek L. (Director). (2021a). *Opråb fra sygehuset - Livsfarligt travlt* (Dokumentarfilm). København: Koncern.

Eberhardt, A. (Producer), & Rahbek L. (Director). (2021b). *Opråb fra sygehuset - Forbudte fejl* (Dokumentarfilm). København: Koncern.

Esundhed (u.å.). *Årlige tal for antal beskæftigede fordelt på faggrupper for årene 2001-2021*. Lok. 11.06.22: <https://www.esundhed.dk/Emner/Beskaeftigede-i-sundhedsvaesnet/Ansatte-paa-offentlige-sygehuse#tabpanelA14EAB0C056545FAB31851379DD92F3B>

Flyvbjerg, B. (2020). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. Udgave (s. 621-655). København: Hans Reitzels Forlag.

Fuglsang, L. (2017). The critical incident technique and everyday innovation. I Sørensen F. & Lapenta F. (red.) *Research Methods in Service Innovation* (s. 40-59). Edward Elgar Publishing limited.

Gleerup, J. (2015). Anerkendelsesbehov og krænkelseserfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv – nye omdrejningspunkter i arbejdsmiljøarbejdet?. I: Gleerup, J.(Red.), *Bladet fra munden – mod og vilje til et godt arbejdsliv* (109-125). Dansk Sygeplejeråd.

Hansen, T. F., (2022, 3. februar). *Genforskere kan nu forklare forskellige typer af migræne*. Dansk Hovedpine Center, Rigshospitalet. Lok. 13/10 /22 på <https://www.rigshospitalet.dk/presse-og-nyt/nyheder/nyheder/Sider/2022/februar/Genforskere-kan-nu-forklare-forskellige-typer-af-migraene-.aspx>

Hatch, M. J., (1997). *Organization Theory - Modern, symbolic, and Postmodern Perspective*. United States: Oxford University Press.

Hatch, M.J., (2020). *Organisationsteorier: Moderne, symbolske og postmoderne perspektiver* Danmark, Djøf Forlag & Jurist- og Økonomforbundets Forlag

Helkkula, A. & Pihlström, M. (2010) Narratives and metaphors in service development. *Qualitative Market Research: An International Journal Vol. 13(4)*. 354-371 DOI 10.1108/13522751011078791

Jacobsen, M. L. F., (2013). Bureaucrati: ven eller fjende af (offentlig sektor) innovation?. *Politica*, 45. årg.(3), 250-266.

Jensen, M., Hansen, P. & Møller, P. (2021, 16. november). Tre overlæger med tilsammen 100 års erfaring: Sundhedsvæsenet har ikke brug for flere penge, men et opgør med den »administrative parallelverden«. *Berlingske*. Lok. d. 11.06.22: <https://www.berlingske.dk/kronikker/tre-overlaeger-med-tilsammen-100-aars-erfaring-sundhedsvaesenet-har-ikke>

Juul, S. & Pedersen K.B. (2012). Videnskabsteoretiske retninger og projektarbejde I: Juul, S. & Pedersen, K. (red.) *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring* (s. 399-430). København: Hans Reitzels Forlag.

Juul, S. (2012). Nyere kritisk teori. I: Juul, S. & Pedersen, K. (red.) *Samfundsvidenskabernes Videnskabsteori - En indføring* (s. 319-358). København: Hans Reitzels Forlag.

Kvale S. & Brinkmann S. (2015). *Interview - Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. København: Hans Reitzels Forlag.

Lindskow, T., Ibrahim. R. M., Thomsen, M. V., Bell.B., Kruse. C. R. (2020, 3.marts.) Kunstig intelligens i det danske sundhedsvæsen. *Ugeskr Læger*16/2020. Lok. 11.10.22: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/kunstig-intelligens-i-det-danske-sundhedsvaesen>

Nielsen, H. (2020). Kritisk teori. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. udgave (s. 471-489). København: Hans Reitzels Forlag.

Olesen, J. (2018). *Det syge væsen - Hvordan det kan helbredes*. København: Saxo publish.

Olesen, J. (2021, 28. november). Overlæge undrer sig: For 20 år siden kunne en læge se 20 patienter på en formiddag – i dag tager det en hel dag at se fem patienter. *Berlingske*. Lok. D. 11.06.22: <https://www.berlingske.dk/kommentarer/overlaege-undrer-sig-for-20-ar-siden-kunne-en-laege-se-20-patienter-pa?fbclid=IwAR01vkdJetEDMas5oKRvO1AYkNobojlRxKwFmtnH6FLenV9yKt5a00DUJg8>

Rogaczewski, A. (2021, 8. november). Nødråb fra sygehusets personale skal besvares med nytænkning – ikke med mere af det samme. *Berlingske*. Lok. d. 11.06.22: <https://www.berlingske.dk/kommentatorer/noedraab-fra-sygehusets-personale-skal-besvares-med-nyttaenkning-ikke>

Rosa, H. (2014). *Fremmedgørelse og acceleration*. København: Hans Reitzels Forlag.

Røhl, U. B. U. & Nielsen J. A, (2019). Sundhedsplatformen i modvind: En analyse af aktørernes teknologiforståelser i danske medier. *Samfundslederskab i Skandinavien*, 34. årg. (3), 178-266. DOI: <https://doi.org/10.22439/sis.v34i3.5810>

Schou, J. & Hjelholt, M. (2019). Digitaliseringen af den danske offentlige sektor: hvor er vi på vej hen?. *Økonomi & politik* 2019(2) (33-47). Djøf Forlag.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020). Interviewet: samtalen som forskningsmetode. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. Udgave (s. 33-63). København: Hans Reitzels Forlag.

Tanggaard, L. & Brinkmann, S. (2020). Kvalitet i kvalitative studier. I: Brinkmann S. & Tanggaard L. (red.) *Kvalitative Metoder - En grundbog*. 3. Udgave (s. 657-670). København: Hans Reitzels Forlag.

Vikkelsø, S., (2005). Subtle redistribution of work, attention and risks: Electronic patient records and organizational consequences. *Scandinavian Journal of Information Systems* 17(1). 3-30

Wallin, A. J. & Fuglsang, L, (2017). Service innovations breaking institutionalized rules. *Journal of Service Management Vol. 24(5)* 972-997. DOI: 10.1108/JOSM-04-2017-0090.

Witthøfft, A. (2017). Opgøret med de 2 %. *Sygeplejersken* 117(1), 22-25.  
[https://issuu.com/sygeplejersken/docs/sygeplejersken\\_2017\\_01hi?e=3542358/43022313](https://issuu.com/sygeplejersken/docs/sygeplejersken_2017_01hi?e=3542358/43022313)

Woythal. B. M., (2018). Hvem passer på sygeplejerskerne? *Universitetsforlaget (1)* Volum 32 ·  
KLINISK SYGEPLEJE