

Fortællingerne om Sundhedsplatformen



Navn:	Rikke Lønborg
Fødselsdag:	08.09.1970
Uddannelsessted:	CBS, Copenhagen Business School
Uddannelse:	MPG, Master og Public Governance
Modulnavn:	Masterprojekt
Hold:	LA
Vejleder:	Mads Mordhorst, Lektor Institut for ledelse, politik og filosofi
Antal anslag:	109.077 = 2182 tegn pr. side incl. mellemrum
Keywords:	Transformation af Strategi Narrativ analyse Implementering Sundhedsplatformen Aktantmodel

Indhold

Indhold	1
Abstract.....	3
1 Indledning	5
1.1 Baggrund for valg af emne.....	5
2 Problemfelt	6
2.2 Problemformulering.....	7
2.3 Empirisk genstandsfelt.....	8
2.4 Teoretisk perspektiv.....	8
2.5 Det fremadrettede perspektiv i undersøgelsen.....	9
3 Metode.....	9
3.1 Interview	9
3.2 Valg af afdeling og respondenter.....	10
3.3 Overvejelser om interviewguiden.....	11
3.4 Operationalisering af interviews.....	12
4 Teori	14
4.1 Fire karakteriserende elementer i historiefortælling	14
4.2 Narrativ teori.....	16
5 Analyse	19
5.1 Delanalyse 1; Ledelsesfortællingen	19
5.1.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har ledelsesfortællingen?	21
5.2 Delanalyse 2; Lægefortællingen.....	23
5.2.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har lægefortællingen?.....	23
5.2.2 Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i lægefortællingen?	28
5.2.3 Hvilken narrativ konstruktion antager lægefortællingen?	29
5.3 Delanalyse 3; Sygeplejerskefortællingen.	35
5.3.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har sygeplejerskefortællingen?.....	35
5.3.2 Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i Sygeplejerskernes italesættelse af SP?	40

5.3.3 Hvilken narrativ konstruktion antager sygeplejerskefortællingen?	41
6 Konklusion.....	44
7 Perspektivering	46
8 Egen udvikling under MPG-uddannelsen.....	49
Litteraturliste	51
Bilag 1: Rigshospitalets seks strategiske områder	53
Bilag 2: Kommunikationsplan for Hypercare på RH.....	54
Bilag 3: Interviewguide	60
Bilag 4: Indledende mail til respondenter.....	63

Abstract

The Capital Region and The Sealand Region are these years implementing "Sundhedsplatformen" (SP), which is a comprehensive IT-programme which is to support the clinical and administrative workflows in the hospitals.

"Rigshospitalet" started their implementation in November 2016, and this dissertation is going to examine how the implementation strategy of Rigshospitalet (RH) is represented in physicians' and nurses' way of voicing their concerns on the topic of SP, and what narrative construction these expressions form during the implementation of SP at RH.

The implementation strategy is included in this dissertation as part of the empiricism together with the interviews of two physicians and two nurses respectively. This means that the empirical field consists of texts (implementation strategy) from which the leadership perspectives appear, and interviews showing staff's perspectives. The four interviews and the implementation strategy in this dissertation are treated as narratives to be narratively analyzed.

First the narratives are analyzed taxonomically on the basis of Fog et al.'s theory "The four elements of storytelling" (Fog et al., 2010). Thus a frame is created which contributes to reducing complexity, and a structure which can form the basis of the comparison of the narratives. Subsequently, a narrative theory is used to analyze the narratives in their complexity in relation to their narrative construction.

The interest of the dissertation is to enhance the understanding of the construction of narratives and their transformation across "management layers", so therefore a socially constructive hermeneutics principle is used where the socially constructed narratives are interpreted in the context they are part of.

The narrative analysis shows that RH's implementation strategy for SP has different expressions in the voicing on SP by the physicians and nurses respectively. A representation of the implementation strategy (management narrative) is seen in the nurses' narrative, showing that the two narratives have the same message, namely that "SP has come to stay, and that SP is (or is going to be) a help to clinical staff in their wish to render a good treatment and care". However, in the physicians' narratives there is a contradictive difference to the management narrative when compared. Moreover, there is incongruity between the positioning of the "characters" in the management narrative and the physicians' narrative respectively, when being analyzed by the "Fairytale model" (Aktantmodel). The management narrative states SP as a means for the clinical staff to use in order to obtain a better patient treatment (core service) whereas the physicians' narrative gives the message that "SP does not

work for doctors". Seen from the Fairytale Model this means, that SP is positioned as opponent and helper respectively in the two narratives, showing a direct conflict between the two narratives. This leads to the conclusion that RH's implementation strategy is NOT represented in the physicians' narratives.

There is also a difference in the way the narratives position themselves narratively in the two staff groups, despite the fact that none of the staff groups find that SP is functioning well and that both staff groups have many critical issues.

The nurse group is dominated by a professionalism discourse in relation to patient care where they will let nothing "get in the way" for the good nursing and its reputation. They use externalizing language which have the potential for thick conclusions, but the nurses narratives is very orientated against very concrete problem solving and do not seem to be based on a reflection of the overall problem. Based on that, the thick conclusions do not appear in the nurse's narratives even though the use externalizing language.

The nurses make a selective perception of the narratives in the organizational narrative landscape, which fits into the professionalism discourse they use, as it is meaningful to nurses in their everyday life where SP has become a most radical factor.

The doctors are dominated by a "medical discourse", where it is essential to them to have a monopoly on the doctor's medical professionalism, including the medical input to be built into SP. The doctors do not feel that they have been participating in the process of implementation of SP, which produces internalizing parlance with a clear blame game, and there is no opening up to viewing the importance of the narratives to the organization, nor to having a closer look at the social interaction in the clinical group, or for a selfreflexion by the individual doctor. The physicians' narratives are problem loaded which limits physicians' perspectives and make the situation seem hopeless. This is reflected in several thin conclusions, such as "SP is totally unfit for use", "the cooperation with SP will never be good – that's all over", and "leaders, administrators and IT workers will NEVER be able to understand a clinical doctor's world".

In summing up, it can be stated that the message in the leadership narrative speaks more into the nurses' professionalism discourse than into the doctors' medical professionalism discourse, and this can be a contributory factor as to why the implementation strategy is seen as part of the nurses' narrative and not of that of the doctors. It can be questioned if the representation of the implementation strategy in the nurses narratives is actually because "the strategy worked", or just a coincidence.

1 Indledning

Jeg arbejder som projektleder på Sundhedsplatformen (SP), som er et stort IT program på tværs af Region Sjælland og Region H. SP skal implementeres på alle hospitaler på Sjælland og skal være et brugervenligt og funktionelt værktøj dels til medarbejdere og dels til borgerne. Selve IT systemet er købt hos leverandøren Epic i USA, hvor systemet er afprøvet og fungerer på mange hospitaler. SP erstatter ca. 25 nuværende IT-systemer og laver derudover integration med ca. 20 andre IT-systemer. Dvs. klinikerne vil opfatte at ca. 50 kendte IT-systemer vil blive udskiftet med ét. Desuden medfører implementeringen betydelige ændringer i vanlige arbejdsgange og rutiner i hverdagen.

Implementeringen af SP sker løbende over 1½ år, hvor hhv. to eller flere hospitaler implementerer på samme tid. Disse løbende implementeringer kaldes go-lives. Den første go-live var på Herlev og Gentofte hospital i maj 2016, og vi har netop afsluttet implementering på alle hospitaler i Region H.

Jeg er projektleder og daglig leder for tre projekter i programmet, og når jeg kommer på besøg på de hospitaler, der allerede har implementeret SP, hører jeg mange forskellige fortællinger om SP. Jeg har flere gange bidt mærke i, at medarbejdere italesætter, at ledelsen ikke forstår, hvad der foregår, og at denne mangel på forståelse er den eneste grund til, at ledelsen kan udtale sig positivt om SP. Disse påstande ses også i presseomtalen af SP. Her er blot et enkelt eksempel:

"Det har vakt stor forundring og skuffelse blandt medarbejderne på hospitalet at Region Hovedstaden og hospitalsledelsen har udtalt, at indførelsen af Sundhedsplatformen går efter planen"
(Lægeforeningens hjemmeside¹)

Medarbejdernes opfattelse af ledelsens manglende forståelse for "arbejdet på gulvet" får mig til at blive nysgerrig på, hvilke tiltag RH's ledelse har iværksat mht. kommunikation om SP.

1.1 Baggrund for valg af emne

Når jeg som projektleder kommer på besøg på hospitalerne, der allerede har implementeret SP, hører jeg som sagt mange forskellige fortællinger om SP. Nogle klinikere "tror på systemet" og kan se fordelene ved det, selvom der

¹ <https://www.laeger.dk/fortsat-problemer-med-sundhedsplatformen>

stadig er udfordringer at kæmpe med. Deres italesættelse af SP er som udgangspunkt positiv, optimistisk og fremadrettet. Andre klinikere, jeg har mødt, er helt modsat. De er modstandere af SP, synes ikke der er nogen sammenhæng i systemet, kan ikke se noget som helst fornuftigt i at indføre SP og er også pessimistiske i forhold til fremtidens SP.

Ligeledes hører jeg historier om, at ledelsen på hospitalet og ledelsen i SP, ikke ved, "hvad der foregår på gulvet", og at det kun er derfor, at de udtaler sig positivt om implementeringen af SP.

Denne divergens der italesættes mht. om ledelsen ved, hvad der sker "på gulvet" eller ej, har fået mig til at overveje, hvilken implementeringsstrategi hospitalsledelserne arbejder ud fra, og hvordan en sådan strategi "forplanter sig" blandt medarbejderne.

Der er også markant forskel på italesættelsen af SP på hhv. RH og Herlev Hospital, på trods af, at SP stort set har leveret de samme tilbud i form af parathedsmøder og undervisning til begge hospitaler. Dog har RH fordel i at kunne lære af Herlev Hospitals erfaring med implementeringen af SP og har dermed også kunnet udarbejde deres strategi for implementering af SP på baggrund af erfaringerne fra Herlev Hospital, og jeg motiveres af at finde ud af, om RH's overordnede strategi for implementering af SP har betydning for medarbejdernes opfattelse og italesættelse af SP?

Rigshospitalet (RH) har i deres overordnede strategi valgt at indsætte implementering af Sundhedsplatformen som et indsatsområde, netop for at fremhæve vigtigheden af dette projekt (Bilag 1). SP anses ikke blot som et almindeligt IT-projekt, men som et stort forandringsprojekt. Desuden har RH udarbejdet en implementeringsstrategi for SP, hvori der er beskrevet et særskilt område vedrørende kommunikation om SP både internt og eksternt i organisationen.

Jeg motiveres af spændingsfeltet mellem de positive og de negative fortællinger om SP, og jeg er nysgerrig i forhold til at finde ud af, hvor stor betydning RH's implementeringsstrategi for SP har på italesættelsen af SP i medarbejdergruppen.

2 Problemfelt

Jeg vil undersøge, hvordan læger og sygeplejerskers fortællinger om SP er konstrueret rent narrativt, og om RH's implementeringsstrategi afspejles i

disse narrativer. Er det muligt at trække tråde mellem RH's implementeringsstrategi og de narrativer, der eksisterer hos klinikerne? Sagt på en anden måde; Kan man læse implementeringsstrategiens budskab i de narrativer, der eksisterer hos læger og sygeplejersker?

2.2 Problemformulering

Hvilken narrativ konstruktion antager lægers og sygeplejerskers italesættelse af Sundhedsplatformen under implementeringen af Sundhedsplatformen på Rigshospitalet, og hvordan repræsenteres Rigshospitalets implementeringsstrategi i disse italesættelser?

Jeg vil undersøge dette via narrative interviews af to læger og to sygeplejersker på neurologisk afdeling på Rigshospitalet.

Jeg vil tilgå problemformuleringen ved at dele problemet op i tre spor med dertilhørende underspørgsmål:

Spor:	1. Implementeringsstrategi:	2. Lægeinterview:	3. Sygeplejerskeinterviews:
Under-spørgsmål:	Hvilke taksonomiske karakteristika har RH's strategi for implementering af SP, når strategien anskues som et narrativ?	Hvilke taksonomiske karakteristika har de to lægeinterview, når de anskues som et narrativ?	Hvilke taksonomiske karakteristika har de to sygeplejerskeinterviews, når de anskues som et narrativ?
Under-spørgsmål:		Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i lægernes italesættelse af SP?	Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i sygeplejerskernes italesættelse af SP?
Under-spørgsmål:		Hvilken narrativ konstruktion antager lægernes italesættelse af SP?	Hvilken narrativ konstruktion antager sygeplejerskernes italesættelse af SP?

2.3 Empirisk genstandsfelt

Jeg vil arbejde indenfor et genstandsfelt, hvor jeg vil søge at udvide min forståelse af fortællingers transformation mellem ledelseslag. Mit empiriske felt vil udgøres af fortællinger, som fremtræder i to forskellige grupper, hhv. tekster (implementeringsstrategien), hvor ledelsesperspektiver fremgår og interviews, hvor medarbejderperspektiver fremgår. Jeg vil interviewe to grupper hhv. sygeplejersker og læger. Sygeplejerskerne repræsenterer en stor gruppe og en stille gruppe, som ikke har ytret sig meget vedrørende implementeringen af SP, og jeg får derfor lyst til at "åbne mere op for den pose" og se, hvad den indeholder. Ligeledes vil jeg undersøge narrativerne i en lægegruppe, da det er den gruppe, der har ytret sig mest, både positivt, men mest negativt i forbindelse med implementeringen af SP. Jeg vil arbejde i spændingsfeltet mellem disse to grupper, de "stille" og "de højtråbende" og søge en forståelse for, hvilken betydning implementeringsstrategi har for narrativerne i netop disse to grupper.

2.4 Teoretisk perspektiv

For at kunne identificere implementeringsstrategiens betydning for narrativerne hos medarbejderne på Neurologisk afdeling på RH vil jeg benytte to forskellige teorier.

De fire elementer i historiefortælling (Fog et al., 2010) benyttes i opgaven til at give et strukturelt perspektiv på fortællingerne fra hhv. ledelse og medarbejdere, og teorien medvirker til at reducere kompleksitet ved at lægge en ramme over fortællingerne, som bruges til at udføre en taksonomisk analyse efter.

Desuden lægger en undersøgelse af fortællinger i en organisation op til brug af narrativ teori, som har grobund i den systemiske tankegang. Narrativ teori benyttes derfor til at analysere fortællinger i deres kompleksitet.

Grundlæggende drejer narrativ teori sig om fortællingers virkelighedsskabende kraft, og om hvordan vi som mennesker erfarer gennem fortællinger og konstruerer virkeligheden i samspil med omverden. Denne opgaves primære fokus er, med narrativer om SP som omdrejningspunkt, at identificere, hvordan disse narrativer er konstrueret, og hvordan kommunikation (i dette tilfælde en implementeringsstrategi om SP) transformeres fra ledelse til medarbejdere.

2.5 Det fremadrettede perspektiv i undersøgelsen

Ved at få en dybere forståelse for de interviewede lægers og sygeplejerskers fortællinger, øges min viden om, hvordan disse narrativer om SP opstår. Denne forståelse kan bringes i spil fremadrettet i forhold til det fremtidige samarbejde mellem klinikere, RH's ledelse og SP (ledelse og medarbejdere) via en mere målrettet kommunikation, der taler mere ind i de herskende diskurser blandt disse faggrupper. Ligeledes forudsætter jeg, at hvis jeg kan tilegne mig en bedre forståelse af, hvordan implementeringsstrategi for SP transformeres fra ledelse til medarbejdere og blive klogere på, om denne transformation har betydning for de narrativer, der italesættes om SP blandt medarbejderne, så vil SP-programmet kunne bruge denne viden fremadrettet, når vi implementerer SP-systemet på andre hospitaler. Denne indsigt kunne f.eks. bringes i spil i forhold til vejledning af hospitalerne i "parathed", dvs. forberedelserne til implementeringen af SP.

3 Metode

Problemformuleringen lægger op til en forstående forskningstype, hvor forskeren står overfor at skulle forstå og fortolke fænomener, og hvor de udforskede subjektivitet indgår som en væsentlig del af datamaterialet (Launsø et al., 2011). Da min erkendelsesinteresse er at udvide min forståelse for narrativers konstruktioner og fortællingers transformation mellem ledelseslag, vil jeg benytte socialkonstruktivistisk hermeneutisk tilgang, hvor socialt konstruerede narrativer fortolkes i den sammenhæng, de indgår i.

Fortællinger opstår, vedligeholdes og opløses i interaktionen mellem organisationsmedlemmer i hverdagens løbende kommunikation i arbejdsfællesskabet (Schnoor, 2016). Derfor finder jeg det oplagt at benytte kvalitativ metode til at belyse den del af problemstillingen, der handler om at identificere karakteristika ved narrativer om SP i sygeplejegruppen og lægegruppen på neurologisk afdeling på RH. Jeg har valgt at benytte metoden semistruktureret interview til det formål at identificere narrativer om SP i disse to faggrupper.

3.1 Interview

Jeg har valgt at lave semistrukturerede interviews med hhv. to læger og to sygeplejersker på Neurologisk afdeling på RH. "Inter" betyder netop, at der foregår et samspil mellem to eller flere størrelser, f.eks. som i dette tilfælde en samtale mellem to parter, og netop i samtalen opstår narrativer. Via et kvalitativt interview forsøger intervieweren at forstå og fortolke verden ud fra

subjektets synspunkter (Kvale og Brinkmann, 2015), og i denne opgave kan narrativer om SP sidestilles med "verden". Formålet med et interview er at producere viden (Kvale og Brinkmann, 2015) og ved at semistrukturere interviewet, målrettes det netop mod narrativer om SP. Jeg vil forsøge at balancere mellem naturlig dialog og afgrænsede spørgsmål netop om narrativer, der omhandler SP. Semistruktureringen fremgår af, at jeg har lavet en interviewguide jeg vil følge (Bilag 3). Guiden skal medvirke til at sikre, at jeg får indsamlet de data, jeg har brug for til at analysere problemstillingen, og dermed sikre at interviewet ikke tager en drejning væk fra emnet, eller som Kvale og Brinkmann skriver, så søger man via semistruktureret interview at indhente beskrivelser af interviewpersonens levende verden mhp at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (i dette tilfælde narrativer om SP).

Da narrativer opstår i interaktion mellem mennesker, ville det også være oplagt at benytte en observationsmetode til indsamling af empiri til denne opgave, da jeg herved ville mindske min egen indflydelse på de svar, jeg søger. Omvendt kan jeg ikke målrette denne metode til netop at omhandle identificering af narrativer om SP, da jeg ikke kan være sikker på, at der ekspliciteres narrativer præcis på de dage og i de situationer, jeg ville vælge at lave observation på den pågældende afdeling. Observationsmetoden er derfor fravalgt.

3.2 Valg af afdeling og respondenter

Jeg har valgt at udføre mine interviews på Neurologisk afdeling på RH. Denne afdeling er en repræsentativ gennemsnitlig afdeling på RH, da den har både stationære og intermediære patienter indlagt, normeringen af personale svarer til en gennemsnitlig normering på medicinske afdelinger, og afdelingen er neutral i forhold til at have ytret sig om implementeringen af SP, ment således at afdelingen ikke har været i fokus, hverken i medierne eller under implementeringen af SP. Jeg har derfor ingen idé om, hvilke narrativer der hersker i denne afdeling.

Jeg har valgt at interviewe to sygeplejersker og to læger. Da formålet med afhandlingen er at blive klogere på emnet, og ikke at samle data til testning af hypoteser eller stor generaliserbarhed, vurderer jeg, at denne afhandlings omfang kan rumme fire respondenter, hvor det vil være muligt at gå i dybden med det indsamlede materiale. Ligeledes harmonerer dette antal af respondenter med de formelle krav til afhandlingen. Respondenterne er valgt ud fra følgende inklusions og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier:	Eksklusionskriterier:
Ansæt på Neurologisk afdeling på RH. Ansæt minimum et år i afdelingen. Må gerne være superbruger, men ikke et "must".	Ansæt under et år i afdelingen. Må ikke have deltaget i specielle fora vedr. SP (f.eks. uddannet klinisk bygger og/eller faglig ekspert). Jeg må ikke kende den interviewede person inden interviewet.

Ethvert valg indebærer også et fravalg. Ved at vælge enkelt-interview af personer fravælger jeg dermed fokusgruppe-interview. Fokusgruppe-interview kræver deltagelse af en større gruppe personer og med mit kendskab til sygeplejerskers og lægers hverdag, kan det blive en udfordring at få samlet en gruppe sygeplejersker/læger på samme tid til et fokusgruppe-interview. Ved enkelt-interviews vil jeg lettere kunne få respondenternes personlige fortællinger frem, men der imod vil jeg ikke få den samme dynamik som i f.eks. et fokusgruppe-interview, hvor respondenterne ville kunne lade sig inspirere af hinanden.

3.3 Overvejelser om interviewguiden

Interviewguiden (Bilag 3) er konstrueret med forbillede i Kvaales og Brinkmanns bog, "Interview" (Kvale og Brinkmann, 2015). Først blev respondenterne kontaktet pr. mail, hvor der kort blev forklaret, hvad emnet for projektet er, og hvorfor netop de er udvalgt. Dermed havde de tid til at overveje, om de vil deltage, fremfor hvis de var blevet spurgt mundtligt. Ved start af selve interviewet blev rammen sat ved en kort briefing, som blev læst op for at gøre det så formelt som muligt, og ligeledes blev de informeret om anonymitet. Respondenterne gav samtykke til lydoptagelse af interviewet og fik mulighed for at stille spørgsmål inden start.

Interviewguiden er delt op i "forskningsspørgsmål" og "interviewsspørgsmål", hvor forskningsspørgsmålene er stillet op tematisk og skrevet i et mere akademisk sprog end interviewsspørgsmålene. Interviewsspørgsmålene stilles i et hverdagssprog inden for hvert tema, dvs. indenfor hvert forskningsspørgsmål. Forskningsspørgsmålene har udelukkende til formål at sikre, at jeg holder mig til temaerne under interviewet, og disse spørgsmål stilles ikke til respondenterne.

Spørgsmålene i guiden varierer i forhold til, om de er åbne eller lukkede alt efter, hvor specifikke svar jeg ønsker. De åbne spørgsmål lægger op til mangfoldige og righoldige svar, hvorimod de lukkede spørgsmål lægger op til

mere konkrete og specificerende svar. Til sidst i spørgeguiden stilles der indirekte projektive spørgsmål, hvor jeg beder respondenterne om deres fortolkning af f.eks. ledelsens hensigt med at lave en strategi.

Undervejs i interviewet forholdte jeg mig aktivt lyttende, dvs. jeg forsøgte at bevare en maksimalt åben holdning til de svar, respondenterne gav mig. Jeg fulgte op på de emner, der blev bragt i spil, vha. sonderende spørgsmål (ex. "kan du sige mere om...", og "Har du flere eksempler på det?") dels for at få mere fyldige historier, men også for, at sikre mig, at jeg forstod deres udsagn korrekt og fik svarene afgrænset.

Jeg anlagde i den indledende briefing en indirekte tilgang, hvor jeg udelukkende fortalte, at interviewet ville omhandle fortællinger om SP, og at jeg skrev på en afsluttende afhandling på CBS. Jeg kom ikke yderligere ind på formålet med opgaven eller på min ansættelse i SP. Jeg undgik dette under briefing, da jeg antog, at viden om min ansættelse i SP kunne anspore til en uhensigtsmæssig drejning af respondenternes svar, eller som jeg har oplevet i andre sammenhænge, kan viden om min ansættelse i SP bevirke, at samtalen hurtigt drejes ind på brugerhjælp i forhold til anvendelsen af systemet. Dette ville jeg gerne forsøge at undgå ved at være indirekte i den indledende briefing. Jeg fortalte derimod under den afsluttende debriefing, at jeg arbejder i SP, og at formålet med interviewet og afhandlingen er at undersøge fortællingers konstruktioner, og hvordan fortællinger om SP transformeres gennem ledelseslag.

Interviewguiden blev under udarbejdelsen kvalificeret via et pilotinterview med en sygeplejerske på neurologisk afdeling Herlev Hospital. Pilotinterviewet bekræftede mig i, at længden af guiden passede med ca. 30-45 minutter, som jeg fandt passende, og ligeledes fik jeg efterfølgende lavet nogle småjusteringer og fandt ud af, at respondenterne ville have god gavn af en forberedende mail, hvor de fik at vide, hvad interviewet handlede om (Bilag 4).

3.4 Operationalisering af interviews

Alle fire interviews blev afholdt som planlagt og uden afbrydelser, og længden varierede mellem 30 og 45 minutter. Stemningen var god og respektfuld, men især de to lægeinterviews var meget følelsesprægede og signalerede frustration og til tider næsten vrede. Begge læger var utroligt negative, nærmest helt opgivende. De kan ikke se "lyset" og er låst helt fast i deres egen opfattelse. Mit indtryk af sygeplejerskerne var, at de heller ikke var

begejstrede for SP, men at de var mere åbne og havde helt andre overvejelser omkring implementering og processer end lægerne, som mere fokuserede på selve det faglige indhold i SP.

Jeg optog alle fire interviews og transskriberede og kodede dem efterfølgende². Kodningen bestod i, at jeg med hver sin farve overstregede sætninger, der kunne kategoriseres indenfor følgende emner:

Farve	Emne
Orange	Udsagn der understøtter plottet. Plot i lægefortællinger: "SP virker ikke for lægerne" Plot i sygeplejerskefortællinger: "SP er kommet for at blive, SP er (eller skal blive) en hjælp for klinikerne til at yde en god behandling og pleje"
Blå	Sprogbrug i henhold til hhv. internaliserende og eksternaliserende sprogbrug
Grøn	Hhv. tykke og tynde fortællinger
Gul	Aktantmodel: Giver, hjælper, mål, helt, modtager og modstander
Grå	Strategi og ledelse

Emnerne har jeg valgt, fordi de understøtter den teori, jeg har valgt at anvende i afhandlingen og netop kan medvirke til at kaste lys over både negative og positive italesættelser af SP. Emnerne hjælper til at reducere kompleksiteten i interviewsne, fordi de reducerer nogle lange interviews til fem kategorier og dermed hjælper til at skabe overblik over de transskriberede interviews samt mulighed for sammenligning af disse fem emner på tværs af interviewene. At jeg, via kodning, måske overser polyfonien i visse udsagn, er en risiko jeg må løbe og forsøge at være bevidst om.

Jeg har både under kodningen og generelt gennem afhandlingen ligeledes forsøgt at være bevidst om, at jeg selv oprindeligt er sygeplejerske og dermed underlagt det samme paradigme som respondenterne. Ligeledes har jeg forsøgt at være bevidst om, at det faktum, at jeg er ansat på SP kan have indflydelse på den måde, jeg anskuer interviewene på.

² Transskriptionen af de fire interviews er vedhæftet som bilag på CBS-learn og kan rekvireres der. Lydfilerne kan rekvireres hos undertegnede.

4 Teori

Jeg har valgt at benytte mig af (Fog et al., 2010)'s beskrivelse af de fire elementer, der indgår i historiefortælling. Jeg vil bruge denne teori taksonomisk og lade den fungere som en ramme om analysen af de identificerede narrativer i denne afhandling. Herefter vil jeg benytte narrativ teori til at analysere, hvordan de identificerede narrativer konstituerer sig på neurologisk afdeling på RH. Dvs. jeg benytter (Fog et al., 2010)'s teori taksonomisk til at opdele narrativerne i forhold til de fire elementer mhp at reducere kompleksitet i narrativerne og for at skabe et sammenligningsgrundlag for narrativerne. Derimod bruger jeg den narrative teori som analyseredskab, der anvendes til at opnå en dybere forståelse for, eller ny erkendelse af, hvordan respondenternes fortællinger om SP er konstrueret rent narrativt.

4.1 Fire karakteriserende elementer i historiefortælling

Teorien om "de fire elementer" danner rammen om analysen i denne afhandling, hvor jeg analyserer både implementeringsstrategien og de fire interviews som hhv. ledelses- og medarbejderfortællinger. Jeg har valgt at benytte netop denne teori til at analysere med, da jeg finder den nyttig i forhold til at synligøre strukturerne i fortællingerne. Teorien skaber ligeledes klarhed over aktanterne, og hvordan de positionerer sig i forhold til hinanden og kan dermed medvirke til at reducere kompleksitet og til at synliggøre en struktur, der bruges taksonomisk i analysen.

(Fog et al., 2010) beskriver fire elementer, der er karakteriserende for historiefortælling:

1. Budskabet	4. Handling (Plot)
2. Konflikten	3. Forskellige karakterer

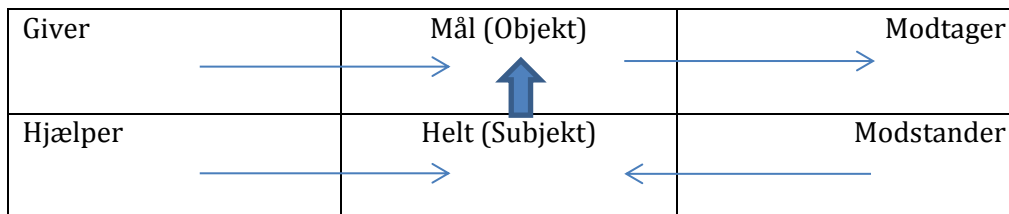
Disse fire elementer er ikke et fastsat regelsæt for, hvordan man skal opbygge en historie, men nogle guidelines, der er baseret på analyse af historier gennem tiden, hvor de fire elementer lægger en ramme ned over historien, som medvirker til at skabe lydhørhed for historien. I denne afhandling bruges de fire elementer taksonomisk i analysen mhp at skabe klarhed over strukturerne i fortællingerne.

For at en fortælling skaber opmærksomhed hos lytterne, må der være et

enkelt og klart budskab (element nr. 1). Forsøger man at lægge flere budskaber ind i fortællingen, risikerer man, at budskabet ikke forstås.

Konflikten (element nr. 2) driver plottet i den gode historie. Grundlæggende set søger mennesket efter harmoni, og når der opstår en konflikt, forsøger vi at løse den, hvilket udgør bevægelsen i historien. Det er med andre ord den måde, vi løser konflikten på, at vi får viderebragt vores budskab. Konflikten "i den gode historie" skal imidlertid være afbalanceret, således at den ikke fremstår total kaotisk og uløselig, men heller ikke er så ubetydelig, at den virker kedelig.

Element nr. 3 "Forskellige karakterer" tager sit udgangspunkt i aktantmodellen. Aktantmodellen klarlægger fortællingens grundlæggende struktur og viser handlingsmønstre og kræfternes spil. Det er en kortlægning af subjektets forehavende og de kræfter, som er imod eller med ham, og modellen giver dermed indblik i fortællingens konfliktsituation og dynamik. Karaktererne i historien er vigtige, da konflikten ikke ville være til stede, hvis der ikke er nogen, som handler i forhold til hinanden. Det betyder, at personer i historien indtager bestemte positioner i handlingen, hvor de supplerer hinanden. Disse karakterer beskrives i aktantmodellen:



Forenklet sagt kræver en god konflikt en "helt" og en "skurk" (modstander). Modstanderen behøver ikke nødvendigvis at være personificeret, men kan også være en mere abstrakt frygt, ligesom de øvrige aktanter kan være en kreds af personer eller funktioner. Aktantmodellen bidrager til at skabe klarhed over aktanternes positioner i forhold til hinanden.

Handlingen eller plottet (element nr. 4) må mindst bestå af en start, en midte og en afslutning. En god historie starter ofte med et "anslag" – noget der fanger vores opmærksomhed og giver en smagsprøve. Herefter præsenteres konflikten, som optrappes og leder frem til klimaks, hvor "helten" møder "skurken", og en mulig løsning viser sig. Historien udtones, og harmonien er genskabt.

Aktantmodellen kritiseres for ikke at fastlægge kriterier for, hvordan de centrale karakterer og handlinger udvælges. Karaktererne og deres handlinger ordnes i faste kasser, men vurderingen af, hvilken karakter, der udfylder hvilken aktant eller funktion, er subjektiv. Alt efter hvilket synspunkt, man vælger at udføre analysen ud fra, kan man få helt forskellige resultater, og det er derfor vigtigt at være bevidst om de forskellige muligheder, og de valg man tager. Med modellens begrænsninger in mente vurderes det, at den er anvendelig til analyse af narrative, da den især er et godt forklaringsredskab og en overskuelig ramme at analysere narrative om SP ud fra.

4.2 Narrativ teori

I min undersøgelse vil jeg tage udgangspunkt i Michela Schnoors bog "Narrativ organisationsudvikling" (Schnoor, 2016) og Jerome Bruners teori om det "dobbeltbundne landskab" (Bruner, 2004). Jeg vil bruge den narrative teori til at undersøge, hvordan de fire respondents fortællinger konstituerer sig rent narrativt mhp at erhverve en dybere forståelse af betydningen af disse fortællinger.

Efter gennemførslen af de fire interviews blev jeg mere specifik i mit valg af, hvilke områder af den narrative teori jeg vil benytte i afhandlingen. Mit første indtryk af de fire interviews var, at især lægeinterviewene bar præg af vrede, håbløshed, modløshed og i det hele taget stærke negative følelser og italesættelser af SP. Sygeplejerske interviewene havde også en negativ tilgang til SP, men bar præg af lidt mere åbenhed i forhold til, at klinikerne gennemgår en svær proces med implementering af SP, som medfører mange ændringer i hverdagen, og at det kræver en fælles indsats at få forandringen til at lykkes. Grundet dette førstehåndsindtryk har jeg valgt at benytte teori om og internaliserende og eksternaliserende sprogbrug, som netop oplister kriterier for, hvornår der er tale om den ene eller den anden form for sprogbrug. Internaliserende sprogbrug adresserer netop, at denne form for sprogbrug er præget af skyldsplacering samt påpegning af fejl og mangler, og den ville være god til at analysere, om selve lægefortællingen rent sprogligt er præget af fastlåst negativitet, eller om det udelukkende er budskabet i fortællingen, der er negativ. Ligeledes vil denne teori kunne hjælpe med at af- eller bekræfte, om sygeplejerskernes mere positive fortællinger rent faktisk er eksternaliserende i sprogbruget.

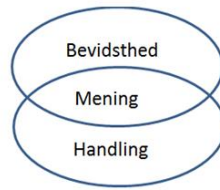
Problemer kan italesættes på to forskellige måder; enten internaliserende eller eksternaliserende. Eksternaliserende italesættelse er en måde at tale om

problemer på, som hjælper til at adskille problemet fra personer, dvs. at frem for at udpege den enkelte leder eller medarbejder som et problem, udpeges selve problemet som problem. Ofte sker der dog det, at problemerne ses som en afspejling af egen eller andres identitet, dvs. at organisationsmedlemmerne placerer årsagen til givne problemer hos dem selv eller andre, eller de betragter hele organisationen som syg eller dysfunktionel. En sådan opfattelse kaldes internaliserende forståelse, og kommunikationen om problemet vil, som tidligere skrevet, ofte være præget af skyldsplacering, samt påpegning af fejl og mangler (Schnoor, 2016).

Inden for den narrative teori arbejdes der ikke med, om en fortælling er sand eller falsk, men om den er tynd eller tyk. En tynd fortælling bidrager ikke med reelle handlemuligheder og levner ikke megen plads til kompleksitet og mangfoldighed. Tynde fortællinger skaber derfor tynde konklusioner, som medvirker til at fastholde og forstærke problemforståelser. Tykke fortællinger er righoldige og nuancerede fortællinger, som levner plads til detaljerede og modsatrettede konklusioner og beskrivelser af livet i en organisation.

Narrativ teori sigter på at anskueliggøre, ikke selve problemet, men fortællingen om problemet, og hvordan disse fortællinger bliver konstrueret. For bedre at forstå baggrunden for, hvorfor lægernes og sygeplejerskernes fortællinger er konstrueret, som de er, inddrager jeg Jerome Bruners teori om det dobbeltbundne landskab (Bruner, 2004), da det dobbeltbundne sigte i teorien netop forklarer, at selve fortællingen ikke kan adskilles fra individets tanker og erfaring.

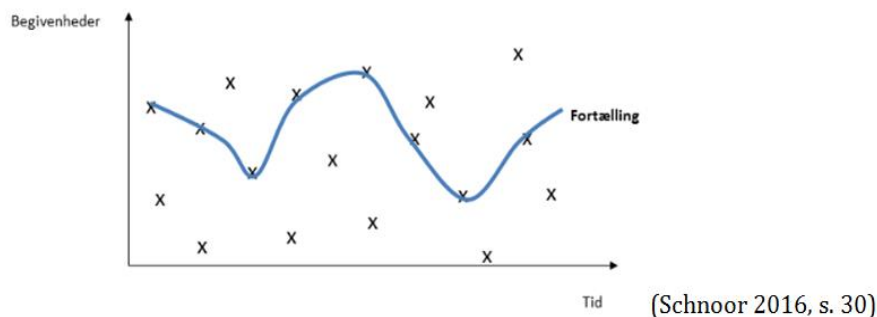
(Bruner, 2004) skriver; problemer skabes og lever i bestemte måder at tænke, tale og handle på, som er skabt over tid i en speciel kulturel sammenhæng. Problemer betragtes ikke i narrativ sammenhæng som en sandhed, men som et resultat af en bestemt vurderingsproces, i en bestemt organisatorisk kontekst baseret på nogle bestemte kulturelle diskurser. En sådan vurderingsproces foregår ifølge (Bruner, 2004) ved, at begivenheder og handlinger indtræffer sideløbende med tanker hos hovedpersonen. En disharmoni mellem begivenhed og tanke er det, der driver en fortælling. En fortælling vil altid være tillagt en værdi og vil altid afspejle en form for fortolkning eller en særlig kulturel forståelse af konflikten og konfliktes løsning. Dette fænomen kalder Bruner "Det dobbeltbundne landskab".



(Bruner, 2004)

Fortællingens virkelige verden og lytterens verden skal i større eller mindre grad overlappe hinanden, hvis lytteren skal kunne tage ejerskab til fortællingen. Bruners teori om det dobbeltbundne landskab kan, i denne afhandling, medvirke til at skabe forståelse for respondenternes konstruktion af deres narrativer om SP. Narrativer konstrueres for at skabe mening med den disharmoni, der er opstået mellem begivenhed og tanke. Med andre ord er fortællinger gode til at skabe forbindelse mellem "det usædvanlige" og "det almindelige".

En af de grundlæggende antagelser i narrativ teori er netop, at vi som mennesker er meningsskabende væsner, og at vi forstår begivenheder ved at placere dem i en tidsmæssig sammenhæng af forudgående og efterfølgende begivenheder, som er i overensstemmelse med et plot. Mening er ikke givet på forhånd, og vi søger derfor, via en aktiv fortolkningsproces, at tilskrive begivenheder og hændelser mening. Pointen her er, at når vi fortæller historier, udelader vi begivenheder, som ikke er i overensstemmelse med det dominerende plot og tilvælger de historier, der passer ind i plottet, dvs. vi udvikler en selektiv perception.



Figuren viser et kort over det narrative landskab, der findes i en organisation. Hver fortælling illustreres med et x, og strengen viser den selektive udvælgelse af fortællinger, der passer ind i plottet. Man kan af figuren se, at der er mange fortællinger, der ikke tilvælges og måske ikke engang er bevidste i fortællerens univers. Fortælleren foretager en selektion i det narrative organisatoriske landskab.

RH anser implementeringen af SP som en organisationsforandring og vil med deres implementeringsstrategi søge at bringe RH i retning af en vellykket implementering ved at forsøge at åbne op for alternative fortællinger, som måske i sidste ende kan lede til et andet plot hos medarbejderne. Ifølge Schnoor handler en sådan organisationsudvikling om at skabe righoldige og mulighedsskabende fortællinger, der kan bringe organisationen i den ønskede retning. Jeg finder derfor hendes bog relevant at inddrage i denne afhandling (Schnoor, 2016).

Narrativ teori kritiseres for, at alle fortællinger kan accepteres uden stilling tagen til, om fortællingen er sand eller falsk, men at det kun er konstruktionen af narrativet, der er interessant i forståelsesmæssig sammenhæng. Der kan være fortællinger, hvor det ikke er etisk forsvarligt at acceptere den, hvis den er i direkte modstrid med loven, er direkte usand eller måske blot i direkte modstrid med kollegers fortællinger.

5 Analyse

Jeg har valgt at dele analysen op i tre delanalyser for hhv. ledelses-, læge- og sygeplejerskefortællinger. Hver delanalyse analyserer følgende spørgsmål:

1. Hvilke taksonomiske karakteristika har fortællingen?
2. Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i fortællingen?
3. Hvilken narrativ konstruktion antager fortællingen?

5.1 Delanalyse 1; Ledelsesfortællingen

Da afhandlingens omdrejningspunkt er narrativt, betragtes RH's implementeringsstrategi i denne afhandling som en historiefortælling – dvs. et narrativ om implementeringen af SP fortalt af RH's ledelse. I afhandlingen vil dette narrativ blive kaldt for "ledelsesfortællingen". Jeg vil i det følgende kort beskrive RH's strategi for implementering af SP. Implementeringsstrategien består af to dele:

1. RH's strategikort for 2017, hvoraf 1 ud af 6 indsatsområder omhandler SP (Bilag 1).
Målgruppen for dette strategikort er bred, dvs. både ansatte på RH, som skal arbejde efter denne strategi. Samtidig skal den være transparent, så alle borgere kan orientere sig om strategiindsatserne på RH.

2. Kommunikationsplan for Hypercare³ på RH
Målgruppen for denne plan er ansatte på RH. Planen er ikke offentlig tilgængelig, men kan rekvireres hos direktionen på RH.

På RH's hjemmeside om strategi⁴ står følgende om RH's strategi:

Strategien skal sikre, at Rigshospitalet fortsat er et hospital i verdensklasse, hvor vi tilbyder patienter specialiseret behandling på højt internationalt niveau ...

For at leve op til denne strategi har de på RH udarbejdet et strategikort, der indeholder seks strategiske indsats, hvoraf den ene indsats hedder "Forbedring af klinikken med Sundhedsplatformen". Formålet med at angive SP som et indsatsområde i RH's strategi er at skabe fokus på implementeringen af SP, da RH anser denne implementering for mere end blot en implementering af et IT-system. Implementeringen anskues i stedet for som en organisationsforandring, fordi der, udover implementeringstiltag, også skal arbejdes med ændring af arbejdsgange, arbejdsglidning, optøning af faggrænser mm. For at man i sidste ende kan nå målet/visionen med SP. RH tilslutter sig Region H's vision for SP:

Sundhedsplatformen, gør det lettere at gøre det godt som patient og kliniker, og gør det lettere at optimere kvaliteten og effektiviteten på hospitaler (RH's hjemmeside om strategi).

RH har desuden valgt at udarbejde en særskilt kommunikationsplan for implementering af SP (Bilag 2) med det formål at sikre, at al kommunikation om SP er baseret på et fundament af troværdighed. Hovedbudskabet i kommunikationsplanen er følgende:

- Kommunikation om SP skal afspejle den virkelighed, som personalet oplever
- Kommunikationen om SP skal være realistisk, afbalanceret og troværdig
- Syv spor af handlinger er angivet, herunder forventningsafstemning med klinikerne og detaljeret implementeringsinformation til medarbejderne.

I denne afhandling vil kommunikationsplanen, visionen og strategiindsatsen for SP samlet blive betegnet som RH's implementeringsstrategi.

³ Hypercare er den periode, der er afsat på Hospitalet, efter "go-live", hvor der er ekstra support fra SP og nedsat aktivitet på hospitalet.

⁴ RH's hjemmeside om strategi, se link på s. 52

5.1.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har ledelsesfortællingen?

(Fog et al., 2010)'s teori "De fire elementer i historiefortælling" benyttes herunder til en taksonomisk analyse af ledelsesfortællingen.

Budskab

Hovedbudskabet i ledelsesfortællingen er, at implementeringen skal foregå via åben kommunikation og på et fundament af troværdighed, således at succesfuld implementering opnås på trods af de udfordringer, der allerede er identificeret. I sidste ende skal SP-systemet hjælpe klinikerne med at gøre deres arbejde godt, således at patienterne bliver modtagere af kvalitativ pleje og behandling.

Konflikten

Konflikten i implementeringsstrategien er synlig og beskrevet direkte, ved at RH fremhæver, at de i deres implementeringsstrategi har taget udgangspunkt i erfaringerne fra den første implementering på Herlev Hospital, og at RH derfor allerede ved, at der vil opstå problemer.

Sundhedsplatformen er ikke komplet fra starten, og der vil opstå tekniske problemer og uforudsete udfordringer.

Her ses konflikten direkte nedskrevet i implementeringsstrategien "... der vil opstå problemer...", ergo er disse problemer i konflikt med en vellykket implementering.

Forskellige karakterer (Aktantmodellen)

Aktantmodellen anvendt på RH's implementeringsstrategi ville se således ud:

Giver	Mål (Objekt)	Modtager
Region H og Region Sjælland har købt systemet hos leverandøren Epic. Alle tre "givere" har interesse i, at implementeringen bliver vellykket.	Sundhedsplatformen skal hjælpe med at gøre det lettere at gøre det godt som patient og kliniker, og gør det lettere at optimere kvaliteten og effektiviteten på hospitaler	Patienterne som er modtager af klinikernes ydelser. De er modtagere af behandling og pleje fra klinikerne.

Hjælper	Helt (Subjekt)	Modstander
RH ledelse CIMT (Center for IT og Medico Teknik – herunder SP) Forventningsafstemning (RH ><linikere) RH ledelse udviser troværdighed	Klinikerne som behandler patienterne og benytter SP	De faktiske problemer med SP. F.eks. tekniske problemer, MDT konferencer, kodning mm.

Når aktantmodellen benyttes taksonomisk til analyse af ledelsesfortællingen, ses det, at SP-systemet er et middel til klinikerne (subjektet), som skal benyttes for at nå målet (objektet) - nemlig at yde en god pleje og behandling til patienterne (modtagerne). Men undervejs i implementeringen vil der opstå udfordringer (modstander) i form af fejl og mangler i SP-systemet samt anvendelsesorienterede udfordringer, da det kræver tid og viden at lære SP-systemet at kende. Til at afhjælpe nogle af disse udfordringer (hjælper) vil ledelsen på RH sikre, at kommunikation om SP foregår på et fundament af troværdighed, og de vil sikre en forventningsafstemning, således at klinikerne er forberedt på, at der vil være udfordringer med SP. Ligeledes vil CIMT (Center for IT og Medico Teknik) og SP være en hjælp for klinikerne i deres dagligdag mht. at få SP til at fungere for den enkelte.

Handlingen (Plot)

Anslaget til historien om RH's implementering af SP, ses bl.a. ved, at SP i starten af 2016 inkorporeres i RH's strategi som et af de seks udvalgte fokusområder på RH. Konflikten præsenteres i starten af RH's kommunikationsplan for implementering af SP, hvor der står eksplicit, at SP ikke er komplet fra starten, og at der vil opstå tekniske problemer og uforudsete udfordringer. Implementeringsstrategiens "point of no return" ser jeg liggende allerede inden "implementeringsstrategi-fortællingens" start. Allerede år forinden implementeringen på RH, blev det besluttet at købe SP hos leverandøren Epic, og SP-programmet blev nedsat, medarbejdere rekrutteret og certificeret. Jeg ser derfor, at "point of no return" ligger på det tidspunkt, hvor kontrakten blev indgået med Epic. Klimaks i historien er, at nu implementeres SP på RH trods de konkrete udfordringer, der er med SP-systemet (helt og skurk mødes). Og således vil Danmarks største og mest specialiserede hospital igen løse en svær opgave med bravour (morale).

5.2 Delanalyse 2; Lægefortællingen

5.2.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har lægefortællingen?

Jeg vil i det følgende analysere de to lægeinterviews som en historiefortælling ud fra (Fog et al., 2010)'s teori "De fire elementer i historiefortælling" på samme måde, som jeg før analyserede RH's strategi som en historiefortælling.

Budskab

Det fælles budskab i lægeinterviewene er, "at SP ikke fungerer for lægegruppen". Dog har begge læger indset, at SP er kommet for at blive og selvom Læge 2 direkte nævner de forhenværende IT-systemer som bedre end SP, så er hun også bevidst om, at det ikke er en mulig løsning på alle de problemer hun ser, at genindføre de gamle IT-systemer. Det blev under de to interviews ofte italesat, at "SP ikke fungerer for lægegruppen" både direkte og indirekte:

Eksempel på direkte italesættelse af at SP ikke virker for lægerne:

"Jeg mangler en offentlig udmelding ... en anerkendelse af, at det her ikke fungerer optimalt og en tilkendegivelse af, at vi er meget langt fra at være på fuld produktion ... og, så en øhhh ... at der blev iværksat nogle forandringer der gjorde, at vi kunne komme tilbage på vores fulde produktion..." (Læge 1)

*"... der er ikke nogen der bruger det, det er alt for uoverskueligt."
"... altså det er totalt ubrugeligt." (Læge 2)*

Eksempel på indirekte italesættelse af at SP ikke fungerer for lægerne:

"... folk der er ansat indenfor ledelse, administration, IT og har en baggrund som indenfor de felter, kommer aldrig nogensinde til at forstå, hvordan det er at være klinisk sygeplejerske eller klinisk læge og stå og arbejde med de her ting og de her behov vi har på et hospital..." (Læge 1)

"... men altså vi kunne jo se flere patienter om dagen hvis vi ikke havde SP – det ku' vi." (Læge 2)

Disse citater viser, at ingen af lægerne synes, at SP fungerer, og at deres produktivitet er faldet og endnu ikke er på samme højde som før implementeringen af SP. Ydermere ses det, at lægerne ikke mener, at andre end læger kan lave et IT-system, der fungerer for læger.

Konflikten

Konflikten i begge lægeinterviews er tydelig om end lidt forskellig, da de to læger taler ud fra to forskellige diskurser. Konflikten er:

- For Læge 1: Lægevidenskab versus ikke lægevidenskab (faglig konflikt)
- For Læge 2: Tid versus lægevidenskab (tidskonflikt)

Læge 1 taler ud fra diskursen "Medarbejderne er virksomhedens guld", som er en dominerende diskurs i hospitalsverdenen. Dominerende diskurser inviterer til bestemte handlinger og nogle diskurser, som denne, er efterhånden blevet så fremherskende, at der ikke sættes spørgsmålstejn ved dem (Schnoor 2016). Læge 1 fremhæver gentagende gange i interviewet, at der er mangel på medinddragelse af lægerne, hvilket er den handling der afledes af diskursen "Medarbejderne er virksomhedens guld". Følgende citat er et af mange der viser konflikten:

"... folk var ekstremt frustrerede over at vi som fagpersoner, og det gælder jo altså både læger og sygeplejersker, ikke blev hørt i valget af system, og at det jo virker til, at dem der har indkøbt dette her ikke har ... eller OVERHOVEDET ikke har føling med en klinisk hverdag eller en forskningsmæssig hverdag for den sags skyld." (Læge 1)

Ovenstående citat fra Læge 1 viser også en konflikt mellem på denne ene side diskursen, "læger har patent på lægevidenskab" og på den anden side "mangel på inddragelse af lægefaglig viden i forhold til valg af fagligt indhold i SP". Dvs. pga. den dominerende diskurs "Medarbejderne er virksomhedens guld" og det faktum, at lægen ikke oplever lægegruppen inddraget i udviklingen af SP, så bliver SP's legitimitet svag, eller så godt som ikke eksisterende.

Læge 2 taler ud fra diskursen "Fokus på kerneydelsen" og har en klar holdning til, at SP er alt for kompliceret og tager alt for lang tid at benytte. Dvs. SP er ikke en hjælp, men en tidsrøver, som stjæler tiden fra kerneydelsen:

"... altså ... en tidsrøver ... det der at skulle skrive det hele, og vi ser meget færre patienter og ventelisterne hober sig op, og der er ikke nogen der ligesom kan se, hvordan vi kommer ud af det igen ..."
(Læge 2)

Der er en klar konflikt imellem, hvad Læge 2 opfatter som sin primære arbejdsopgave, og hvor meget tid hun bruger på dokumentation i SP.

Ifølge (Fog et al., 2010) skal konflikten "i den gode historie" være afbalanceret, således at den ikke fremstår total kaotisk og uløselig, men heller ikke er så ubetydelig, at den virker kedelig. Lægerne udtrykker både frustration, håbløshed og virker opgivende, ligesom de bruger udtryk som: *"systemet er totalt ubrugeligt"*, *"samarbejdet bliver aldrig godt"*. En sådan retorik sender netop et signal om en kaotisk uløselig konflikt, som (Fog et al., 2010) påpeger ikke er fordrende for en god fortælling. Paradoksalt nok kan det antages, at lægernes fortælling om *"SP virker ikke for lægerne"* (pga. manglende lydhørhed hos ledelsen) ikke vinder indpas hos ledelsen, netop fordi konflikten italesættes som værende udsigtsløs og kaotisk.

Selvom der er forskel på, hvad de to læger ser som hovedkonflikten, udspringer de begge af uoverensstemmelser mellem, hvad lægerne mener er det rette indhold i SP, (og hvordan de bør inddrages for at få indflydelse på indholdet), og hvordan de rent faktisk synes, SP fungerer for lægerne. Begge læger er som sagt enige om, at SP ikke fungerer for lægegruppen og også enige om, at SP, som burde være en hjælp i deres hverdag, faktisk er blevet en forhindring for lægerne i at få deres dagligdag til at fungere med god kvalitet og effektivitet i patientbehandlingen. Derfor behandles de to lægeinterview som én historie i analysen nedenfor vedr. forskellige aktanters betydning for udfoldelsen af "lægehistorien".

Forskellige karakterer (Aktantmodellen)

Aktantmodellen anvendt som taksonomisk analysemodel på de to lægers interview ser således ud:

Giver	Mål (Objekt)	Modtager
Følgende udtryk bliver brugt i de to interviews: Ledelsen De to regioner Regionsbeslutning "Besluttet højere oppe"	Den gode behandling. Nedbringe ventelister Se mange patienter på kort tid.	Patienterne
Hjælper	Helt (Subjekt)	Modstander
• Sekretærerne • Talegenkendelse • "Fjerne støj" • Specialespecifik tilpasning • Bedre uddannelse • Bedre udnyttelse af SP potentiale ved at inddrage lægerne.	Lægerne. "Hvis vi bare fik lov at være læger"	• Konkrete mangler i systemet. • Manglende lydhørhed fra SP, RH ledelse og Region H. • Lægerne giver op – "vi gider ikke mere" • Beskyldninger fra SP, RH ledelse og Region H om, at det er lægerne, der ikke kan finde ud af det. • SP vil ikke lave lokale tilpasninger. • Patienterne vil have "at vi skriver på dansk"

Af ovenstående aktant analyse ses, at de to læger klart opfatter SP, RH ledelse og Region H som en modspiller, der ikke inddrager og lytter til lægernes frustrationer og heller ikke til lægernes forslag til forbedringer. Samtidig er Region H også "giver", og dem der har truffet beslutning om at købe systemet, hvilket skaber et paradoks i forhold til, hvordan Region H's handlemuligheder opfattes hos lægerne. Dette italesættes i det ene interview således:

"... altså jeg tror også at de (øverste ledelse og Region H, red.) hører på en eller anden måde, på de ting der bliver sagt, men jeg tror også, at de på en eller anden måde er i en situation, hvor de nu er trådt ombord og er fanget i det og har brugt så og så mange millioner, og det at sige ok og skrotte det her – det må sgu også være sådan en fallit erklæring, ikk'."

Her gives der udtryk for, at selvom Region H måske nok har eller ville kunne indse, at systemet ikke virker for lægerne, så ville de aldrig indrømme det, fordi de samtidig er "giver" og dermed har deres egen legitimitet på spil.

En sådan "dobbel" karakter ses også i forhold til patienten, som gennem begge interviews italesættes som den primære modtager af sundhedsydelser (modtager af kerneopgaven), men som også får karakter af "modstander" i forhold til at patienter stiller krav om gennemsigtighed i egen behandling:

"... lægejournalen er ikke længere lægernes arbejdsredskab, men patientens ejendom. Og at vi servicerer patienten via journalen, synes jeg jo er helt forkert, at ... øh ... grundlæggende, at vi skal gå over til at skrive lægmandssprog, for at patienten kan sætte sig ind i sin egen journal ... jeg synes det er en HELT forkert vej at gå, at lægejournalen ... og nu kalder jeg det med vilje lægejournalen og ikke patientjournalen ... at det er patientens ejendom ..."

Dvs. patienterne er både "modtagere" dvs. dem, der i sidste ende er modtagere af "den gode behandling" (målet), men samtidig opfattes de som "modstandere", fordi de stiller krav til lægerne, som modsvarer lægernes opfattelse af "den gode behandling". Konflikten baserer sig på, at Læge 1 mener, at læger – og kun læger – har patent på lægevidenskaben, og dermed har ingen andre, heller ikke patienterne, legitimitet til at udtale sig om, hvad der er god lægegerning.

Det er tydeligt i de to interviews, at SP ikke opfattes som et middel for lægen (subjektet) til at nå målet (objektet) - den gode behandling. Tværtimod giver de to interviews udtryk for, at SP gør det modsatte, altså spænder ben for den gode og effektive behandling.

Der fremhæves i begge interviews nogle muligheder for forbedring eller forslag til, hvad der kunne få SP til at fungere bedre for lægerne ("hjælper"). Disse muligheder er i hovedpunkter skitseret her:

- Implementering af talegenkendelse, således lægerne igen "får lov til" at diktere, og dette skrives ind i SP af sekretæren, som specielt i det ene interview fremhæves mange gange.
- Visse optimeringer i systemet som "fjerner støj", dvs. færre valgmuligheder indenfor et område, specialespecifik tilpasning mm.
- Bedre uddannelse.
- Bedre udnyttelse af SP potentiale ved at inddrage lægerne.
- "Efterligne" det tidligere IT-system.

Alle de hjælpe-muligheder, der skitseres i lægeinterviewene, peger alle i retning af beslutninger, der tidligere er truffet, og dermed er personhenførbare til visse personer. Der er ikke forslag til f.eks. mere organisatoriske hjælpe-tiltag, ej heller refleksion over eget ansvar i forhold til optimering af SP implementeringen.

Handlingen (Plot)

Når man ser på de to lægeinterviews som et narrativ og ser på, hvordan handlingen er bygget op, starter lægerne med at udvise gå-på-mod i begyndelsen af historien (anslag), og derefter præsenteres konflikten, der som tidligere beskrevet er lidt forskellig fra læge til læge. Herefter bliver det tydeligt, at historien ikke er slut endnu, men nået til fasen "point of no return", der bl.a. ses ved udsagn som: *"jeg tror ikke skuden kan vendes"* og *"vi gider ikke bruge mere tid på det her system"*. Historien har ikke nået sit klimaks endnu, og de interviewede læger kan ikke se en ende på denne konflikt.

5.2.2 Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i lægefortællingen?

Via brugen af "de fire elementer i historiefortælling" som taksonomisk analyseredskab, identificeres der visse forskelle på ledelsesnarrativet (RH's implementeringsstrategi) og lægenarrativet (interviewene med de to læger). Største forskel er "budskabet", hvor ledelsen anser SP for at være et middel til at nå målet, *"SP gør det lettere at være kliniker"*, hvorimod lægernes budskab er *"SP virker ikke for lægerne"*. Desuden ses forskelle i de positioner, aktanterne indtager i hhv. ledelses og læge narrativet. Forskellene ses indenfor aktanterne hjælper og modstander, hvor ledelsen anser SP som en hjælper, anser lægerne SP som en modstander, i hvert fald som SP fungerer lige nu. Lægerne ser dog også, at SP kan blive en hjælper, hvis lægernes råd følges, og at de tidligere arbejdsgange genindføres, hvor det var "tilladt" at diktere en journal, som sekretæren transskriberede, samt at indholdet i SP bliver konfigureret mere specialespecifikt. Men lægerne er ikke tilfredse med implementeringen af SP, og en af grundene er, at de ikke føler sig inddraget, og at de føler sig talt ned til:

"Det at der er blevet talt ned til folk, det at man er behandlet som om man er IT-ignorant, at man er indædt modstander af alt nyt fra starten, at man ikke er omstillingsparat ... øhhmmmm ... altså den der konstante nedgøren, det har været et stort samtaleemne, og det har virket ekstremt provokerende på folk ..." (Læge 1)

Denne opfattelse er helt i modstrid med, hvad RH's ledelse skriver i deres implementeringsstrategi, hvor målet er *"at kommunikationen om SP afspejler, rummer og adresserer den virkelighed, som personalet oplever nu og her"*, og at RH bl.a. vil opnå dette via forventningsafstemning mhp. at klinikerne skal have et realistisk billede af, hvad de har i vente, når SP implementeres.

På baggrund af forskel i budskaberne i ledelsesfortællingen og lægefortællingerne, samt en konstatering af at SP i ledelsesfortællingen opfattes som en hjælp og i lægefortællingen opfattes som en modstand, kan jeg konkludere, at RH's implementeringsstrategi for SP ikke er repræsenteret i lægefortællingerne. Dette bekræftes ved, at lægerne ikke har kendskab til, at der findes en sådan strategi, og at de begge italesætter, at de ikke finder ledelsen troværdige, hvilket netop er et af formålene med implementeringsstrategien. Lægefortællingerne karakteriseres i stedet ved at adressere mangel på medinddragelse af lægerne, samt utilfredshed med SP, da lægerne mener, at SP er lavet af ikke-læge-kyndige personer, som ikke har forstand på lægevidenskab. I stedet for at få et IT-system, der kan hjælpe lægerne i deres daglige virke, udtrykker de at have modtaget et ubrugeligt system, der tager al deres tid, som de ellers skulle have brugt hos patienterne.

5.2.3 Hvilken narrativ konstruktion antager lægefortællingen?

Som tidligere skrevet er hovedbudskabet i begge lægefortællinger, at *"SP fungerer ikke for lægerne"*, og begge læger er utilfredse med SP og anser det som problemfyldt, at SP implementeres, da de synes, de skal bruge tid på et IT-system, som ikke hjælper dem med kerneopgaven (patientbehandlingen), men i stedet blot frarøver dem tid fra kerneopgaven. Problemer er i følge Michela Schnoor ikke objektive, men derimod sproglige fænomener, der skabes indenfor rammerne af fortællinger og diskurser. Fortællingerne er et resultat af de meningsskabende processer i organisationen, og de opleves problematiske, når medarbejderne låses fast i en fortælling, der forhindrer dem i at fortælle deres foretrukne fortælling. Lægernes foretrukne fortælling er *"den gode patienthistorie, hvor lægen har overblik og er effektiv"*, og denne fortælling blokeres lige nu af fortællingen om implementeringen af SP, som, efter lægernes mening, ikke virker efter hensigten. Det viser sig dog, at de to lægefortællinger, trods lige stor utilfredshed med SP, rent narrativt er konstrueret forskelligt, hvilket jeg vil komme nærmere ind på nedenfor.

Læge 1 fortællingen er konstrueret med et internaliserende sprog, som er kendetegnet ved, at problemer personificeres, dvs. at årsagen til problemet placeres enten hos sig selv eller hos andre, og konklusionen bliver, at det er

personen, der er problemet og ikke problemet, der er problemet. Hos Læge 1 ses tydeligt internaliserende forståelser, hvor problemet "SP fungerer ikke for lægerne" projiceres over på personer og på RH's, SP's og Region H's ledelser. Der ses en klar skyldsplacering, og der åbnes ikke op for at se på fortællingens betydning for organisationen, ej heller for at se nærmere på det sociale samspil i klinikergruppen eller for selvrefleksion hos den interviewede læge. Set i lyset af at konflikten "lægefaglighed versus ikke lægefaglighed", der italesættes i Læge 1 interviewet, vil jeg antage, at internaliseringen benyttes som et forsvar mod at beskytte lægefagligheden, men samtidig bliver det svært for Læge 1 at medvirke til en løsning på problemet, da internaliserende sprogbrug lukker for muligheden for dialog og lukker problemet inde i en forståelse, der gør, at det er meget svært at se nogen løsning på problemet. I tabellen nedenfor beskrives karakteristika for internaliserende sprogbrug og eksempler på internaliserende sprogbrug i Læge 1 fortællingen.

Internaliserende sprogbrug – karakteristika (Schnoor, 2016):	Internaliserende sprogbrug – eksempler fra Læge 1 interview:
Opfatter organisationen, teamet eller personen som problemet.	"... virker til at dem der har indkøbt dette her ikke har ... eller OVERHOVEDET ikke har føling med en klinisk hverdag."
Søger det der er "forkert" eller mangelfuldt ved den enkelte person.	Spørgsmål: "Kan skuden vendes"? Svar: "Det tror jeg dårligt den kan med Gitte Fangel (direktør for SP, red.) i spidsen som en gang for alle har gjort klart, det er i hvert fald lægernes opfattelse, at det er lægernes fejl, at det her ikke fungerer ... og regionerne er hoppet med på den vogn." "Nej, jeg synes ikke at ledelsen er specielt lydhør, både hospitalsledelsen og også regionens ledelse, og jeg synes jo det er beskæmmende at læse en udtalelse fra Hjalte Åberg (direktør for Region H, red.) ..."
Usynliggør de sociale praksisser der fremmer, vedligeholder og giver næring til problemet.	"Ja, jeg tror ikke du kan vende samarbejdet og vende det her forhold til noget positivt ..."

Afføder tynde konklusioner om arbejdslivet, identitet og relationer.	<i>"... hun (Gitte Fangel, direktør for SP, red.) er så udskældt og har ... er kommet med så mange provokerende udtalelser, så jeg tror ikke hun kan vende ... jeg tror ikke hun kan vende sin position til noget positivt overfor Sundhedsvæsenet"</i>
Andres (fx eksperter) strategier er kilden til forandring og kan "fikse" problemet.	Opfattelsen er, at hvis man inddrager flere læger, så bliver det godt. Og at SP skal have en ny direktør som kan rette op på det hele. <i>"... en ny direktør, der med det samme melder ud at han eller hun vil være lydhør overfor ændringer og så rent faktisk også vise nogle resultater indenfor relativt kort tid, så man ikke igen sidder tilbage med den der luftfornemmelse ..."</i>

Læge 2 er lige så utilfreds med SP som Læge 1, men er mere problemorienteret i sin fremstilling og konstruerer sin fortælling med et mere eksternaliserende sprogbrug. Det karakteristiske ved eksternaliserende sprogbrug er netop, at det er "problemet, der er problemet, ikke personen der er problemet" (Schnoor, 2016):

Læge 2 er styret af den dominerende diskurs "Fokus på kerneopgaven" i en sådan grad, at hun slet ikke italesætter, at ledelsen har en andel i implementeringen, og hun har heller ikke kendskab til strategien for implementering af SP og tænker ikke en strategi ind som en "hjælper", jf. aktantmodellen. Læge 2 har fokus på, hvad der forstyrrer hende i at have fokus på kerneopgaven, og er dermed mere problemorienteret end Læge 1. Hun ser problemerne som et problem, og personificerer ikke problemerne på samme måde som Læge 1. I tabellen nedenfor beskrives karakteristika for eksternaliserende sprogbrug og eksempler på eksternaliserende sprogbrug i Læge 2 fortællingen.

Eksternaliserende sprogbrug - karakteristika (Schnoor, 2016):	Eksternaliserende sprogbrug - eksempler fra Læge 2 interview:
Opfatter problemet som problemet	<i>"... nu er det jo os selv der skriver og vi har mindre og mindre tid hos patienterne, og dels stuegangsmæssigt, men også når du sidder i ambulatorierne."</i>
Lokaliserer problemet i en kontekst der er ekstern eller udenfor personen.	<i>"... ventelisterne hober sig op og der er ikke nogen der ligesom kan se hvordan vi kommer ud af det igen ..."</i>
Synliggør de sociale praksisser der fremmer, vedligeholder og giver næring til problemet.	<i>"... arbejdsglidningen, ... før havde vi vores sekretærer, og nu er vi selv blevet sekretærer, nu er det jo os selv der skriver og vi har mindre og mindre tid hos patienterne."</i>
Afføder tykke konklusioner om arbejdslivet, identitet og relationer.	<i>"... man kunne sådan mere kliniskmæssigt gøre det nemmere at arbejde i, men så kan jeg godt se at det er det mere svært på tværs, ikk'. Jaa, det er et godt spørgsmål ... jeg synes det er svært ..."</i>
Kilden til forandring er i fællesskabet i kraft af synliggørelse af færdigheder og viden	Læge 2 er ikke eksternaliserende indenfor dette område. Hun ser mere problemerne, end hun ser løsninger. Læge 2 er internaliserende i sin tilgang til, hvad der kan gøre SP bedre for lægerne, da hun bliver ved med at tale om at gå tilbage til de gamle kendte arbejdsgange med sekretærhjælp og mulighed for diktering.

Begge lægers fortællinger er problemmættede fortællinger, dvs. at plottet og de udvalgte begivenheder de fortæller om, understøtter problemets eksistens i en sådan grad, at alle begivenheder der modsiger problemet udelades af historien (Schnoor, 2016). Begge læger nævner et par eksempler på problemer, der er blevet løst, og begge læger svarer undvigende på mit spørgsmål om, hvad det var, der fik problemet til at løse sig, og vender meget hurtigt tilbage til at tale om problemerne igen.

Begge interviews tegner for lægerne et fuldstændigt billede af "hvad der er galt med implementeringen af SP" (mangel på medinddragelse samt arbejdsglidning) og fremstiller ikke implementeringen af SP, som den yderst

komplekse situation, det i virkeligheden er. Det får begge interviews til at fremstå totalitære, og totalitære fortællinger begrænser lægernes perspektiver, og får situationen til at fremstå håbløs, hvilket begge læger også flere gange giver udtryk for.

Lægernes narrative beskrivelse af implementeringen er, som i aktantanalysen, kendetegnet ved, at SP ses som modstander i stedet for hjælper, plottet er negativt ladet og indgyder ikke til megen optimisme, og begge interviews fremstår som totalitære fortællinger. Denne måde at italesætte implementeringen af SP på, kan hjælpe lægerne med at skabe mening i det kaos, som SP har skabt. Begge lægers plot er, *"at SP ikke virker for lægerne"*, og denne ret indgribende begivenhed i deres hverdag kalder på en historiefortælling, der kan hjælpe dem med at få genskabt meningen i deres lægearbejde. De forsøger derfor begge to at få denne begivenhed (implementering af SP som ikke virker for lægerne), til at give mening ved at tilvælge historier, der for Læge 1's vedkommende handler om, at nogle andre end lægerne har besluttet at indføre dette it-system, og for Læge 2's vedkommende handler om begivenheder, der er skyld i, at hun ikke mere har tid til sin kerneopgave. Disse historier hjælper lægerne med at forbinde "det usædvanlige" (SP) med "det almindelige" (lægegerning som den var inden SP). Dette tilvalg af historier betyder samtidig, at de begge fravælger historier, der har et andet plot eller er fortalt ud fra en anden diskurs, som f.eks. *"Fokus på tværfagligt samarbejde"*, *"gennemsigthed i den kliniske dokumentation"* eller *"Godt arbejdsmiljø er vejen frem"*.

Lægernes problemmættede, totalitære fortællinger og Læge 1's brug af internaliserende sprogbrug får den konsekvens, at lægefortællingerne bliver "tynde fortællinger", som ikke levner plads til mangfoldighed og kompleksitet. Disse tynde lægefortællinger begrænser handlemulighederne og perspektiverne på problemerne og skaber ligeledes tynde konklusioner, som der ses flere af i de to lægeinterviews:

"... folk der er der er ansat indenfor ledelse, administration og IT, kommer aldrig nogensinde til at forstå, hvordan det er at være klinisk sygeplejerske eller klinisk læge ..." (Læge 1)

"... jeg tror ikke du kan vende samarbejdet og vende det her forhold til noget positivt..." (Læge 1, om lægernes samarbejde med SP)

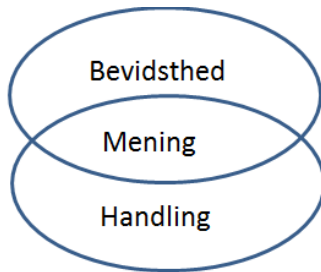
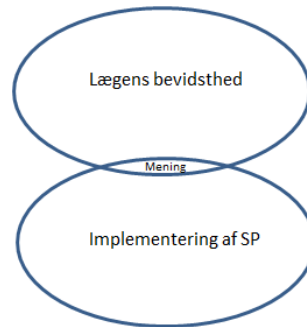
"... altså, det er totalt ubrugeligt." (Læge 2, om SP generelt)

Disse tynde fortællinger resulterer i, at lægernes tegner nogle dystre fremtidsbilleder, hvor de ikke nærer meget håb for deres fremtidige virke som læger, hvis SP forbliver en realitet. Faktisk ytrer Læge 2, at hun ville skifte hospital, hvis det var muligt for hende at undgå at skulle arbejde med SP.

Lægernes interviews fremstår som ovenfor skrevet som problemmættede narrativer, hvor de ikke ser SP som en hjælp, men som en hindring for, at de kan udføre deres kerneopgave. Ifølge (Bruner, 2004) skal fortællingens virkelige verden og lytterens verden i større eller mindre grad overlappe hinanden, hvis lytteren skal kunne tage ejerskab til fortællingen (dobbeltbundne landskab). RH's implementeringsstrategi adresserer budskabet om, at *"SP skal gøre det lettere at være kliniker"*. Dette budskab synes lægerne ikke at kunne genkende, dvs. fortællingens verden (strategien) passer ikke sammen med lægernes verden, og lægerne kan derfor ikke tage ejerskab af strategien, da de ikke hverken kan se eller mærke i deres hverdag, at SP gør det lettere for dem – tværtimod. Dvs. der er en disharmoni mellem begivenhed (implementering af SP) og tanke (lægernes fortolkning ud en bestemt diskurs og kultur), og denne disharmoni er med til at skabe lægernes narrativer om SP, hvor det tydeligt fremgår, at *"SP ikke fungerer for lægerne"*. Dvs. det er både kultur, traditioner, normer og fortællerens erfaring, der er med til at udstikke plottet i en fortælling. Lægerne har traditionsmæssigt en stærk fagprofessionel kultur, hvor det kan være svært for andre faggrupper at agere i grænselandet til denne lægelige kultur. Den lægelige kultur er derfor en medvirkende faktor i de to lægers fortolkning af indførslen af SP, og de to interviewede læger mener ikke, at hverken ledelsen eller SP har nok viden om lægeverdenen til at kunne tilpasse SP til lægernes behov.

"Det kunne være de (ledelserne, red.) skulle prøve at komme ud, og være en del af det og prøve at bruge det, altså jeg tror faktisk, det kunne være lærerigt for dem at prøve, hvordan det egentligt er, hvor omstændeligt det er, og hvor ubrugeligt mange af tingene er." (Læge 2)

Citatet angiver, at der helt klart er en diskrepans mellem implementeringsstrategiens budskab og Læge 2's fortolkning af indførslen af SP. Diskrepansen går på, at budskabet i implementeringsstrategien er direkte i modstrid med lægernes budskab. Ledelsen siger, at SP er en hjælp til klinikerne, og lægerne siger, at *"SP virker ikke for lægerne"*. Dette kan illustreres således:

Illustration af Bruners dobbeltbundne landskab:**Illustration af dobbeltbundne landskab anvendt på lægernes opfattelse af implementering af SP:**

Hvis Bruners dobbeltbundne landskabs teori benyttes på lægefortællingerne, ses der paradoksalt nok et tilsvarende lille meningsoverlap mellem lægernes fortælling og ledelsens (RH, SP og Regionen) bevidsthed. Lægerne føler sig ikke hørt og medinddraget – måske fordi lægenarrativet er meget ensidigt fremstillet, hvilket ikke harmonerer med ledelsens bevidsthed. Ledelserne har sandsynligvis fået information fra flere forskellige kanaler og kan ikke få lægernes problemmættede fortælling til at passe ind i deres "bevidsthed". På denne måde ender kommunikationen mellem ledelser og læger i en ond cirkel, som ikke er fordrende for nogen af parterne.

5.3 Delanalyse 3; Sygeplejerskefortællingen.

5.3.1 Hvilke taksonomiske karakteristika har sygeplejerskefortællingen?

Jeg vil i det følgende analysere de to sygeplejerskeinterviews som en historiefortælling ud fra (Fog et al., 2010)'s teori "De fire elementer i historiefortælling", på samme måde som jeg før analyserede RH's strategi og de to lægeinterviews som en historiefortælling.

Budskab

Det er helt tydeligt i de to sygeplejerskeinterviews, at budskabet i dem begge er, at *"SP er kommet for at blive, det er svært at få det til at fungere, men vi løfter i flok, og det skal nok blive godt engang og til gavn for sygeplejen"*. At sygeplejerskerne har accepteret, at SP er kommet for at blive ses flere gange i de to interviews:

"... men jeg synes nu at alle har accepteret ... altså ... at det er det vi arbejder med. Vi har jo måttet justere lidt ind undervejs ..." (Sygepl. 1)

"Vi var nogen, der var meget dedikerede for, at det her skulle komme til at virke. Det hjalp ikke hvis vi på forhånd sagde ... det her kommer ikke til at virke ..." (Sygepl. 2)

Sygeplejerskerne signalerer herved, at de arbejder efter et fælles mål, og at det anses som vigtigt, at denne accept er til stede for at opnå en vellykket implementering. Det italesættes også flere gange undervejs i interviewene, at det er vigtigt med den positive tilgang, uanset hvor mange frustrationer og problematikker der opstår undervejs. Og problematikker er der nok af, mener sygeplejerskerne, der ligesom lægerne heller ikke er tilfredse med implementeringen af SP.

At sygeplejerskernes løfter i flok for at opnå en vellykket implementering af SP ses også italesat flere gange i begge interviews:

"... altså vi bruger hele tiden hinanden ... øhhh rigtig meget og ... øhhhhh ... og har jo også nogle superbrugere, der har været igennem rigtig meget af det her, så jeg tror også bare, at det ligger lidt mere til sygeplejersker at arbejde i makkerpar." (Sygepl. 1)

"Og det er jo typisk for vores faggruppe, at vi står mere sammen og hjælper hinanden." (Sygepl. 2)

Desuden forklarer begge sygeplejersker, at de har løst flere konkrete problematikker ved i fællesskab at vise hinanden, hvordan man gør, eller ved at udarbejde lokale vejledninger og undervisning for hinanden.

Konflikten

Konflikten i begge sygeplejerskefortællinger er, at SP stadig ikke fungerer optimalt og stadig hæmmer det daglige sygeplejearbejde, hvilket er i modstrid med den dominerende "professionalisme-diskurs", de begge taler ud fra. Med det mener jeg, at det er vigtigt for begge sygeplejersker, at deres omdømme som sygeplejersker forbliver intakt, således at omverdenen bibeholder tilliden til deres virke.

"... det har aldrig nogensinde kommet til at have en konsekvens for et behandlingsforløb." (Sygepl. 2)

"Men samtidig, så er det jo, at man sidder til et privat selskab med sin familie eller venner, og så siger de, åhrr hvor er det også bare typisk sundhedsvæsenet, så er man den første til at forsvare det hele ..."(Sygepl. 1)

Det er altså vigtigt for sygeplejerskerne, at synet på deres professionelle virke bevares positivt på trods af en kompliceret implementering af SP.

I sygeplejerskefortællingerne er konflikten ikke ret synlig. Den bliver nævnt nogle gange i hvert interview, men ellers ligger hovedfokus i sygeplejerskefortællingerne på konkrete problemstillinger, de er stødt på i forbindelse med implementering af SP, og hvilke løsninger der kan iværksættes mht. forbedring. Denne "svage" konflikt kan bevirke, at fortællingen virker ubetydelig og dermed ikke vinder lydhørhed hos modtageren – og set i det lys, er det også meget lidt sygeplejerskefokus, der har været i pressen i forbindelse med implementering af SP.

Forskellige karakterer (Aktantmodellen)

Aktantmodellen anvendt på de to sygeplejerskers interview ser således ud:

Giver	Mål (Objekt)	Modtager
"Dem øverst oppe" (Regionens politikere)	Den gode professionelle sygepleje.	Patienterne Borgerne
Hjælper	Helt (Subjekt)	Modstander
SP er potentielt en hjælp, hvis det kommer til at fungere godt	Sygeplejerskerne.	Primær modstand er konkrete fejl og mangler i SP
Lokale løsninger på konkrete problemer		Sekundært nævnes:
Samarbejde både internt i gruppen og på tværs af grupper og hospitaler.		• Tidspres • Modstand mod forandring • Ingen mulighed for optimering af SP før om lang tid. • Harmonisering af indhold i SP
Indberetning af sager til SP		
Undervisning		

Af ovenstående aktant analyse ses, at de to sygeplejersker primært er orienteret mod konkrete problemstillinger i forbindelse med implementeringen af SP. De er ret afklarede med, at SP er kommet for at blive, og at systemet gerne skulle være en hjælp i deres dagligdag, hvor deres hovedopgave er at yde god og professionel pleje (mål) til patienterne, som i den sidste ende er modtagerne af deres sygepleje. De er ikke så bevidste om "giveren", men er sikre på, at "dem deroppe", som har besluttet at købe SP, må have haft en god intention med at købe den. Sygeplejerskerne mener, at implementeringen er mangelfuld, og at der går for meget tid med at få SP til at fungere, en tid der tages fra kerneopgaven (sygeplejen):

"... de (Region H, red.) skulle prøve at komme ud og se ... se hvor lang tid vi egentlig bruger på de ting, som vi førhen ikke brugte ret lang tid på, og al den tid vi skal bruge ekstra på det, det er jo tid der går fra patienterne." (Sygepl. 1)

Sygeplejerskerne ser flere årsager til, at SP ikke fungerer optimalt endnu (modstand), men er primært orienteret mod meget konkrete problemstillinger i SP. Sygeplejerskerne nævner eksempler på "modstand" både internt i egen organisation og eksternt, f.eks. i de processer, der er besluttet skal gælde for optimering af indholdet i SP. Disse eksterne "modstandere" og ligeledes orienteret mod konkrete problemstillinger som f.eks. processen frem mod at få mere neurologisk indhold ind i SP.

Mht. "intern modstand" giver sygeplejerskerne eksempler på visse sygeplejerskekolleger, der udviser generelt modstand mod forandring. Det er specielt "de garvede sygeplejersker", der er vant til at have deres rutiner i dagligdagen og ikke bryder sig om at blive novicer igen.

En anden "intern modstand" er tidspresset. Det tager tid at lære at bruge SP, en tid som går fra kerneopgaven, hvilket er svært at acceptere og håndtere, da patientindtaget ikke lægene er nedsat.

Sygeplejerske 2 nævner desuden, at nogle af de lokale tiltag, der iværksættes som hjælp til at få SP til at fungere, faktisk også er en modstander i sig selv.

"Vi er jo begyndt at lave en status for sygeplejen ... Og det er jo en virkelig forringelse af systemet, at vi er begyndt at gøre det, ... hvis vi måske havde været lidt mere forberedt og havde lyttet lidt mere til, at vi skulle få ændret vores arbejdsgange ..." (Sygepl. 2)

Her ses et paradoks i, at afdelingen har besluttet, at sygeplejerskerne dokumenterer visse dele af deres observationer i notater i stedet for at benytte de dertil tiltænkte skemaer, der er bygget ind i SP. Når man ikke benytter skemaerne, kan det være svært for andre klinikere at fremfinde disse data, og løsningen med notatet, som i første omgang var tiltænkt som en hjælp, bliver herved også en modstand mod at få SP til at fungere efter hensigten.

Sygeplejerskerne nævner også flere faktorer i selve SP-organisationen, som er medvirkende til, at SP-systemet endnu ikke er blevet den hjælp for klinikerne, som de forventede. Der ses stadig en del fejl i systemet, og der er mangel på specialespecifikke dokumentationsmuligheder, og udsigten til at disse områder forbedres er lange, da optimering af SP først er planlagt til 2018, og at alt indhold skal harmoniseres på tværs af hospitalerne, hvilket respondenterne anser som en ulempe, da harmonisering skaber mindre mulighed for afdelingsspecifik tilpasning.

Sygeplejerskerne italesætter også, at der er flere faktorer, der kan medvirke positivt til den videre implementering af SP og på samme måde som med modstanden italesættes både interne og eksterne "hjælpe-faktorer". Mht. eksterne faktorer ser sygeplejerskerne personalet i SP (kaldet byggerne), som en mulig hjælp til forbedring af SP. De anser både muligheden for at komme i dialog med byggerne og muligheden for skriftligt at indberette fejl til SP som mulige faktorer, der har positiv indvirkning på implementeringen og udviklingen af SP, og dermed i sidste ende medvirke til en bedre sygepleje. Størstedelen af de "hjælpe-faktorer" sygeplejerskerne nævner ligger internt i deres egen faggruppe eller i samarbejdet mellem klinikerne selv.

"... teoretisk, så skal vi jo bare ændre vores arbejdsgang ... altså systemet er jo fantastisk, hvis vi bare glemte alle vores vaner..." (Sygepl. 2)

Sygeplejersken nævner her, at noget af det, der skal til, for at få systemet til at fungere i dagligdagen er, at klinikerne bliver nødt til at ændre visse arbejdsgange for at tilpasse dem systemet og ikke ændre på anvendelsen af dokumentationsværktøjerne i SP, da dette på den lange bane ødelægger mulighederne for at dele data mellem klinikerne. Sygeplejerskerne kommer også med forslag og eksempler på lokale tiltag, der kan hjælpe til en bedre implementering af SP. De nævner bl.a. lokale vejledninger, nyhedsbreve, instrukser, samarbejde, arbejde i makkerpar og bedre undervisning. Ligeledes

nævnes flere konkrete funktioner i SP, som anses for en hjælp i sygeplejerskernes dagligdag, herunder ernæringsmodulet, Rover⁵ mm.

Handlingen (Plot)

Sygeplejerskernes fortællinger starter med, at det fremhæves, at det er vigtigt, at være positiv og at samarbejde om de problemer, der opstår undervejs i implementeringen af SP (anslag). Derefter fremhæves konflikten ved at manifestere, at SP, trods de problemer den medfører, ikke har været skyld i, at patientforløb er blevet påvirket negativt. Historien er ikke slut endnu, men nået til fasen "point of no return", hvor der stadig ikke er fundet en løsning på de mange konkrete fejl og mangler i SP. Klimaks er endnu ikke nået, men der indgydes håb for fremtiden, hvis blot vi samarbejder og "løfter i flok", og dermed er kimen til "den lykkelige afslutning lagt".

Generelt er sygeplejerskerne fokuseret på konkrete problemer med funktionaliteten i SP og dernæst kommer en utrolig villighed til at få løst disse problemer. Deres tilgang til SP er utrolig handlingsorienteret, og det kan derfor diskuteres, om sygeplejerskefortællingen kan karakteriseres som et samlet narrativ, eller den i stedet bør anses for mange konkrete småhistorier om konkrete problemstillinger i SP. I resten af denne afhandling behandles sygeplejerskefortællingen trods dette som et samlet narrativ om SP.

5.3.2 Hvordan repræsenteres RH's implementeringsstrategi i Sygeplejerskernes italesættelse af SP?

RH's implementeringsstrategi for SP ses repræsenteret i sygeplejerskernes fortællinger om SP. Budskabet i hhv. ledelses- og sygeplejerskefortællingerne er det samme; SP er et hjælperedskab til klinikerne, men implementeres ikke uden "bump på vejen". Der ses også sammenfald mellem de enkelte aktanter i sygeplejerskefortællingen og ledelsesfortællingen, dog ikke indenfor "hjelperaktanten". I ledelsesfortællingen identificeres hjælperaktanten primært til at være ledelsesmæssige overordnede handlinger, hvilket ikke nævnes af sygeplejerskerne som en hjælp. Faktisk nævner sygeplejerskerne ikke ledelsen eller ledelseshandlinger som hverken en modstander eller en hjælper, ud over en enkelt gang, hvor Sygepl. 2 siger, at det er en ledelsesopgave at initiere og fastholde, at klinikerne bliver nødt til at ændre på visse arbejdsgange, for at få SP til at fungere. Direkte adspurgt er sygeplejerskerne ikke bekendte med RH's implementeringsstrategi, men da de informeres om strategien, synes de begge at kunne genkende elementer af

⁵ En lille håndholdt elektronisk tablet

strategien i Susanne Poulsens (RH's vicedirektør) italesættelser af SP både internt på RH, men også eksternt i medierne:

"Og den kan jeg faktisk godt genkende, når du siger det nu, for så har Susanne Poulsen (RH's vicedirektør, red.) jo været ude ... det er primært hende jeg har hørt ... både i medierne og i nyhedsbrevet har hun sagt det, og så har jeg siddet i sådan noget på tværs, hvor hun egentlig også har været rigtig lydhør overfor tingene, og hvor hun også italesatte at noget af det ikke fungerede optimalt, ikk'." (Sygepl. 2)

Her anerkender Sygepl. 2, at Susanne Poulsens italesætter, at ikke alt i SP fungerer optimalt, altså hun tegner et billede af SP, som medarbejderne kan genkende, og dermed opnår hun at blive opfattet som troværdig, hvilket netop er et af formålene med implementeringsstrategien.

Overordnet set kan jeg derfor konkludere, at der er sammenfald mellem ledelses- og sygeplejerskefortællingerne, når disse anskues ud fra (Fog et al., 2010)'s fire elementer. Dog med den forskel at sygeplejerskefortællingen ikke adresserer ledelseshandlinger, hverken som hjælper eller som modstander. Netop det faktum, at sygeplejerskefortællingen ikke adresserer ledelseshandlinger, som hverken "hjælper" eller "modstander" bevirker, at jeg stiller mig tvivlende overfor, om sammenfaldet mellem ledelses- og sygeplejerskefortællingen rent faktisk er en "nedsivning af strategien" fra ledelse til medarbejdere, eller om sammenfaldet blot er en tilfældighed. Set ud fra teorien om det dobbeltbundne landskab, kan det antages, at når ledelseshandlinger helt er fraværende i sygeplejerskernes handlingslandskab, så vil jeg antage, at det ikke er ledelsesfortællingen, der giver mening for sygeplejerskerne, men budskabet i sygeplejerskefortællingen, som tilfældigvis er det samme budskab, som i ledelsesfortællingen.

5.3.3 Hvilken narrativ konstruktion antager sygeplejerskefortællingen?

Netop det faktum, at sygeplejerskerne italesætter de konkrete problemer i stedet for at personificere problemerne, karakteriserer det eksternaliserende sprogbrug i sygeplejerskernes fortælling. Ifølge (Schnoor, 2016) er mange mennesker af den overbevisning, at problemer er en afspejling af deres identitet, men det er netop ikke personen, der er problemet, men problemet, der er problemet. Det er denne pointe, som eksternalisering bygger på, idet eksternalisering er en måde at tale om problemet på, som adskiller problemet fra personen, og som dermed skaber en mere anerkendende kontekst.

Eksternaliserende sprogbrug - karakteristika (Schnoor, 2016):	Eksternaliserende sprogbrug. Eksempler fra sygeplejerske interviews:
Opfatter problemet som problemet	"... hele ernæringsmodulet har vi haft rigtig mange problemer med ... og blodprøvetagning ... i starten havde vi slet ikke alle de der prøver og profiler ... " (Sygepl. 1)
Lokaliserer problemet i en kontekst der er ekstern eller udenfor personen.	"... den type sygepleje der var dokumenteret, den var bare ikke god nok i vores øjne og det var absolut et skridt ned ..." (Sygepl. 1)
Synliggør de sociale praksisser der fremmer, vedligeholder og giver næring til problemet.	"... også fordi at det er noget nyt de skal ud og forholde sig til, de får pludselig en anden rolle ... og at nu skal hun til at være novice igen ..." (Sygepl. 2)
Afføder tykke konklusioner om arbejdslivet, identitet og relationer.	"Ændre vores arbejdsgange ... den vinkel kan man jo godt have, men den er måske sværere, for så skal vi til at grave dybt i vores egen praksis, hvor det nogle gange gør lidt ondt ..." (Sygepl. 2)
Kilden til forandring er i fællesskabet i kraft af synliggørelse af færdigheder og viden	"... det har vi brugt enorme mængder tid på at diskutere hvordan vi skulle få løst ..." "Sygeplejerskerne er bedre til at hente hjælp hos hinanden, tror jeg ..." (Sygepl. 1)

Eksemplerne ovenfor viser, at sygeplejerskerne benytter eksternaliserende sprogbrug i deres fortælling om SP. Et sådant eksternaliserende sprogbrug skaber en bred platform for sygeplejerskerne at kigge ud og bevæge sig fra, og det lægger op til såkaldte tykke fortællinger (Schnoor, 2016). I

sygeplejerskefortællingerne ses aspekter af tykke fortællinger, men mest af alt skitserer sygeplejerskerne løsningsforslag både af helt konkret karakter, men også af samarbejds-mæssig karakter, og de har blik for at alle parter, inklusiv deres egen faggruppe, har en aktie i at medvirke til en løsning af de konkrete problemstillinger. Sygeplejerske fortællingerne indeholder ikke elementer af mere overordnede refleksive overvejelser vedr. implementeringen af SP, som f.eks. overvejelser vedr. SP's udviklingsmuligheder indenfor sygeplejefaget på sigt, eller stillingtagen til businesscase for SP og dens konsekvens for sygeplejerskegruppen.

Sygeplejerskerne taler ud fra en professionalisme-diskurs, hvor de lægger en ære i at fremstå som professionelle sygeplejeudøvere uanset udfordringer med SP eller ej. De er vant til fra deres dagligdag at handle på problemer samt befinde sig i en hjælperrolle, og det giver derfor mening for dem også at få løst udfordringerne med SP hurtigst muligt, så SP ikke bliver en hindring for dem i at udføre den professionelle sygepleje.

"... vi er begyndt at skrive notater ... og så bruger vi vurderingsskemaerne DER hvor det giver mening ..." (Sygepl. 2)

Sygeplejerskerne handler på udfordringerne og tilvælger de fortællinger, der kan understøtte budskabet i deres fortælling; *"SP er kommet for at blive, det er svært at få det til at fungere, men vi løfter i flok, og det skal nok blive godt engang og til gavn for sygeplejen"*. De fortællinger, som tilvælges, konkurrerer med andre fortællinger, og de lever side om side med andre historier, som blot ikke tilvælges. På den måde retter sygeplejerskerne deres opmærksomhed mod de fortællinger, der bekræfter deres budskab og væk fra de fortællinger, som ikke gør, f.eks. nogle af lægernes fortællinger, om at SP slet ikke fungerer. Denne selektive perception af fortællinger i det organisatoriske narrative landskab er med til at skabe mening for sygeplejerskerne i deres hverdag, hvor SP er blevet en yderst indgribende faktor.

Set i lyset af (Bruner, 2004)'s dobbeltbundne landskab overlapper ledelsesfortællingens budskab *"SP skal gøre det lettere at være kliniker"* sygeplejerskefortællingen i en sådan grad, at den giver mening for sygeplejerskerne. Godt nok er ledelsesfortællingen ikke present i sygeplejerskernes bevidsthed, og de giver begge udtryk for ikke at kende implementeringsstrategien, men budskabet i de to fortællinger er det samme, nemlig at SP skal være en hjælp i klinikernes dagligdag, og at der vil være bump på vejen undervejs i implementeringen, som skal håndteres, hvilket sygeplejerskerne er i fuld gang med. Således overlapper fortællerens (ledelsen) verden, lytterens (sygeplejerskernes) verden i en sådan grad, at sygeplejerskerne kan tage ejerskab til den, og det er netop det, der er essensen i Bruners dobbeltbundne landskab. Dvs. der er en harmoni mellem begivenhed (implementering af SP) og tanke (sygeplejerskernes fortolkning ud en bestemt diskurs og kultur), og denne harmoni er med til at skabe sygeplejerskernes narrativer om SP. På den måde er det både sygeplejerskernes kultur, traditioner, normer og deres egen erfaring, der er med til at udstikke plottet i sygeplejerskefortællingen om SP.

Igen vil jeg fremhæve det faktum, at ledelseshandlinger ikke er en del af sygeplejerskernes handlingslandskab. Jeg stiller mig derfor tvivlende overfor, om årsagen til sammenfaldet mellem ledelses- og sygeplejerskefortællingen er en regulær transformation af budskabet i implementeringsstrategien til sygeplejerskefortællingerne, eller om det blot er et tilfælde, at budskabet i de to fortællinger stort set er ens.

6 Konklusion

RH's implementeringsstrategi for SP repræsenteres forskelligt i lægernes og sygeplejerskernes italesættelser af SP.

I sygeplejerskefortællingerne ses en repræsentation af implementeringsstrategien (ledelsesfortællingen) ved, at de to fortællinger har samme budskab, nemlig at *"SP er kommet for at blive, SP er (eller skal blive) en hjælp for klinikerne til at yde en god behandling og pleje"*. Der er ifølge (Bruner, 2004) harmoni mellem begivenhed (implementering af SP) og tanke (sygeplejerskernes fortolkning ud en bestemt diskurs og kultur). Om denne repræsentation af ledelsesstrategien i sygeplejerskefortællingerne er en regulær transformation af strategien fra ledelsen til sygeplejerskerne, eller om dette overlap af budskabet i de to fortællinger, blot er et tilfældigt sammentræf, kan diskuteres.

Der ses desuden et sammenfald mellem ledelses- og sygeplejerskefortællingerne, når disse anskues ud fra (Fog et al., 2010)'s aktantmodel, dog med den forskel, at sygeplejerskerne ikke adresserer ledelses-handlinger, hverken som hjælper eller modstander i forbindelse med implementeringen af SP. Sygeplejerskerne er generelt ikke ret optaget af ledelsens og SP's rolle i forbindelse med implementeringen af SP, men derimod har sygeplejerskerne stort fokus på praksisnære forbedringer af systemet samt på samarbejde omkring implementering af SP både internt i sygeplejegruppen og på tværs af faggrupper og hospitaler. Denne tilgang udmøntes i at sygeplejerskefortællingerne narrativt konstrueres med et eksternaliserende sprogbrug, som er en måde at tale om problemet på, der adskiller problemet fra personen, og som dermed skaber en anerkendende kontekst. På baggrund af det eksternaliserende sprogbrug ses der i sygeplejerskefortællingerne aspekter af tykke fortællinger, men mest af alt skitserer sygeplejerskerne løsningsforslag af helt konkret karakter, og sygeplejerskefortællingerne indeholder ikke elementer af mere overordnede refleksive overvejelser vedr. implementeringen af SP, hvorfor der ikke decideret forekommer tykke konklusioner i sygeplejerskefortællingerne, men blot aspekter heraf.

Sygeplejerskerne taler ud fra en professionalisme-diskurs, og det giver derfor mening for dem, at få løst udfordringerne med SP hurtigst muligt, så SP ikke bliver en hindring for dem i at udføre den professionelle sygepleje.

Sygeplejerskerne foretager derfor en selektiv perception af fortællinger i det organisatoriske narrative landskab ved at tilvælge andre fortællinger baseret på denne professionalisme-diskurs. En sådan perception er med til at skabe mening for sygeplejerskerne i deres hverdag, hvor SP er blevet en yderst indgribende faktor.

RH's implementeringsstrategi for SP repræsenteres derimod ikke i lægefortællingerne om SP, da der ses modstridende forskelle i både fortællingernes budskaber samt positioneringen af aktanterne i hhv. ledelsesfortællingen (implementeringsstrategien) og lægefortællingerne. Ledelsesfortællingen angiver SP som et middel, klinikerne kan benytte, for at opnå en bedre patientbehandling (kerneydelse). Lægefortællingen derimod angiver i deres budskab *"at SP ikke virker for lægerne"*. Set ud fra aktantmodellen, betyder dette, at SP positionerer sig som hhv. modstander og hjælper i de to fortællinger og skaber dermed en direkte modstrid mellem de to fortællinger. Dette harmonerer godt med, at lægerne også fortæller, at de ikke har kendskab til, at RH har en implementeringsstrategistrategi for SP, og at de begge italesætter, at de ikke finder ledelsen troværdige, hvilket netop er et af formålene med implementeringsstrategien

Lægerne mener, at grunden til, at SP ikke virker for lægerne er, at lægerne ikke er blevet medinddraget i beslutninger om indholdet i SP, og at den deraf følgende dårlige funktionalitet betyder, at SP-systemet tager for lang tid at benytte for lægerne – tid der går fra kerneopgaven. Især hos Læge 1 ses tydeligt internaliserende sprogbrug, hvor årsagen til problemet *"SP fungerer ikke for lægerne"* projiceres over på RH's, SP's og Region H's ledelser. Der ses en klar skyldsplacering, og der åbnes ikke op for at se på fortællingens betydning for organisationen, ej heller for at se nærmere på det sociale samspil i klinikergruppen eller for selvrefleksion hos den interviewede læge. Læge 2 er lige så utilfreds med SP som Læge 1, men er mere problemorienteret og eksternaliserende i sin fortælling, men begge lægefortællinger fremstår totalitære, hvilket begrænser lægernes perspektiver og får situationen til at fremstå håbløs. Dette afspejles i flere tynde konklusioner, som f.eks. *"SP er totalt ubrugelig"*, *"Samarbejdet med SP bliver aldrig godt – det løb er kørt"* og *"ledere, administratorer og IT-medarbejdere kommer ALDRIG til at forstå en klinisk lægeverden"*.

Lægernes interviews fremstår som ovenfor skrevet som problemmættede narrativer og uden sammenhæng med ledelsesfortællingen. Ifølge (Bruner, 2004)'s teori om det dobbeltbundne landskab er der ikke noget meningsoverlap mellem ledelsesfortællingen og lægefortællingerne, hvilket bevirker, at lægerne ikke kan tage ejerskab til fortællingen. Paradoksalt nok kan der stilles spørgsmålstejn ved, om lægefortællingerne med budskabet "*SP virker ikke for lægerne*" har et meningsoverlap i ledelsens bevidsthed eller ej – hvis ikke, kan det måske forklare, hvorfor lægerne ikke føler sig hørt.

Sammenfattende kan jeg konkludere, at der er stor forskel på, hvordan RH's implementeringsstrategi for SP repræsenteres i hhv. læge- og sygeplejerskefortællingerne. På trods af at ingen af faggrupperne synes, at SP fungerer godt, og begge faggrupper har mange kritikpunkter, så er der også betydelig forskel på, hvordan fortællingerne konstituerer sig rent narrativt. Sygeplejerskegruppen er domineret af en professionalisme-diskurs i forhold til patientplejen, hvor de ikke lader noget "komme i vejen" for den gode sygepleje eller dens omdømme. Lægerne er domineret af en "fagligheds-diskurs", hvor det er vigtigt for dem at have patent på lægefagligheden, også på det lægefaglige indhold, der bygges ind i SP. Budskabet i ledelsesfortællingen taler mere ind i professionalisme-diskursen end i fagligheds-diskursen og kan være en medvirkende faktor til, at implementeringsstrategien ses repræsenteret i sygeplejerskefortællingerne og ikke i lægefortællingerne. Måske netop det faktum at ledelsesfortællingen ikke skaber mening i lægegruppen og ikke anerkender diskursen "lægers patent på lægefaglighed" medvirker til at øge lægernes modstand mod SP og samtidig forstærker trangen til at beskytte lægefagligheden?

7 Perspektivering

Som konklusionen viser, repræsenteres RH's implementeringsstrategi for SP i sygeplejerskernes italesættelse af SP, men ikke i lægernes. Ligeledes er der stor forskel på lægegruppen og sygeplejerskegruppens italesættelse af og håndtering af udfordringerne med SP. Begge grupper er frustrerede over SP, men afhængig af, hvilken dominerende diskurs, der er styrende, udmøntes frustrationerne forskelligt både retorisk og handlingsmæssigt. Sygeplejerskernes (og til dels den ene læges) eksternaliserende sprogbrug og deraf følgende mulighed for tykke fortællinger øger ansvarligheden og handlekraften hos den enkelte ud fra idéen om, at vi alle er medskabere af den sociale verden i en organisation, hvorimod det internaliserende sprogbrug, som ses hos lægerne (mest Læge 1) adresserer skyld, skam og fejlfinderier hos os selv og andre (Schnoor, 2016). RH's ledelse ønsker en vellykket

implementering af SP netop med det formål at "*forbedre klinikken med SP*", som er et af RH's seks strategiske indsatsområder. Hvis dette indsatsområde skal gennemføres med succes, bør RH's ledelse agere i forhold til denne internaliserende logik, der præger lægernes italesættelse af SP.

Et sted at starte kunne være at få klargjort for lægerne nogle af de paradokser, der kan udledes af lægernes kommunikation om SP:

1. Lægerne ønsker medinddragelse, men lægger op til det modsatte ved brugen af internaliserende sprogbrug og tynde konklusioner.
2. Ledelsen fremstår i lægefortællingen som både "giver" og som "modstander". Dvs. det er også ledelsen, der som "giver" skal finde en løsning på problemet, hvilket bliver svært, hvis ledelsen bliver fastholdt som "modstander".
3. "Læger har patent på lægefaglighed", og ingen andre end læger kan lave et IT-system, der virker for lægerne, men ingen læger "gider arbejde i SP" (dette blev direkte italesat i det ene interview).
4. Lægerne mener, at SP stjæler deres tid fra kerneopgaven. Men de mener også, at det eneste der kan "redde SP" er, at lægerne bruger tid på at bidrage til løsningerne, da de ikke mener, at andre kan varetage dette job.
5. Lægerne bruger "risiko for patienterne" som et argument for, at "SP ikke virker", mens sygeplejerskerne agerer helt modsat – sætter en dyd i at forsikre, at patienterne ikke er i fare pga. SP. Hvordan bliver dette opfattet af borgerne, og hvad gør det ved klinikernes legitimitet?

For at lægerne kunne få blik for disse paradokser / modsatrettede fortællinger, kunne lederne (eller en konsulent) i deres samtaler med lægerne benytte sig af "Den dobbelte lytning", hvilket i den narrative praksis meget centralt, når det handler om at koble sig på sporet af alternative fortællinger. Pointen i den dobbelte lytning er, at sideløbende med de dominerende fortællinger, er der andre fortællinger, små åbninger, der måske indeholder veje til andre fortællinger. For at finde ud af den problemmættede fortælling og ind i de alternative fortællinger, kan lederen benytte *dekonstruktion*. Dekonstruktion er en sammensmeltning af de to ord "destruktion" og "konstruktion". Dekonstruktion er således en dobbeltproces, hvor man gør en fortællingskonstruktion mere synlig og ser på, hvilke elementer den er bygget op af. Når man arbejder dekonstruktivt, forsøger man at skabe åbninger i problemmættede fortællinger, der gør det muligt at forfølge veje ind i alternative og mere opbyggende fortællinger. At arbejde dekonstruktivt er dermed ikke kun i negativ forstand at nedbryde fortællinger, men snarere om

at folde dem ud og skabe flere perspektiver og nuancer (Schnoor, 2016). Under den dobbelte lytning kunne der eventuelt opnås synergi via sammensatte grupper på tværs af faggrupper, og evt. via sygeplejerskernes mere eksternaliserende sprogbrug kunne åbnes op for alternative fortællinger.

At der findes alternative lægefortællinger om SP ses i artiklen "Sundhedsplatformen virker – for mig" skrevet af læge Birgitte Rode Diness, Rigshospitalet (Diness, 2017). Artiklen starter således:

"Inden du afskriver mig som bindegal skruebrækker i lommen på NPM-tilbedende verdensfjerne lægeffjendske ikke-klinikere, så noter venligst mit forbehold: virker – for mig."

At hun som læge skal starte med at undskylde, at hun skriver positivt om SP, vidner om hvor meget magt stærke klubmetaforer har i et praksisfællesskab – her lægernes. Klubmetaforer er medlemskaber mentale klubber, der styrer os via bestemte sandhedsopfattelser, normer og overbevisninger. Der findes uendeligt mange klubber, og klubberne har etiske kodekser og spilleregler for adfærd. Nogle klubber er mere attraktive end andre, og nogle melder man sig aktivt ind, imens man mere eller mindre ønskværdigt er blevet medlem af andre. Jeg vil antage, at læge-klubben, "SP virker ikke for lægerne", er en klub, som de fleste læger mere eller mindre frivilligt er indskrevet i, qua deres uddannelse som læge. Klubben er blevet dominerende, og det kan derfor være svært "at melde sig ud" af klubben, som det ses i artiklen. Måske er denne klub blevet så dominerende, at de førhen dominerende klubber er blevet fortrængt? Man kan arbejde dekonstruerende med klubmetaforen for at synliggøre de idéer og antagelser, som lægerne abonnerer på, og aktivt se på, hvilke idéer og antagelser, de finder nyttige.

Et sådant dekonstruerende arbejde kan foregå via dialogbaseret ledelse, hvis formål er at styrke evnen til at reflektere. Ledelserne kan her lade sig inspirere af principperne i 3. generations coaching, hvor et fokus på personlig og social meningsskabelse kan få synliggjort alternative positioner og holdninger og eventuelt udvide samtaleparternes horisont (Stelter, 2013). Der kunne iværksættes coachinginspirerede samtaler eller gruppesamtaler, hvor fokus kunne være at reflektere over begreberne faglighed, effektivitet, kvalitet, medinddragelse, professionalisme eller andre begreber, der kunne relatere sig til de holdninger og "klubber", der hersker vedr. SP. Måske kunne parterne via refleksion over visse begreber nærme sig hinanden. Altafgørende er dog, at

der er tillid mellem parterne, og lægerne i denne afhandling italesætter direkte mangel på troværdighed fra ledelsen, hvorfor en sådan coaching-inspireret tilgang vil forudsætte en tredjepart, der kunne initiere samtalerne. Værdibaserede refleksionsseancer vil via meningsskabelse også bidrage til, at få synliggjort alternative fortællinger, der måske ikke understøtter lægernes plot om, *"at SP virker ikke for lægerne"*.

Det er vigtigt, at lægerne og lederne nærmer sig hinanden i deres opfattelser af, hvad kerneopgaven er, og hvordan SP spiller ind i denne, hvis implementeringen af SP skal lykkes. Lægerne er en eksistentielt selvledende faggruppe, og det er derfor vigtigt, at der er enighed om, hvad der er den fælles forretning (kerneopgave). Kendetegnet ved eksistentielt selvledende medarbejdere er, at de er medvirkende til ikke kun at definere, hvordan arbejdsopgaven løses, men også hvad arbejdsopgaven er. Læger og ledere bliver derfor nødt til at få sat forretningen i fokus, således at arbejdsopgaven kan defineres korrekt i forhold til den strategiske kontekst (Kristensen og Pedersen, 2013). Måske netop det faktum, at lægerne er eksistentielt selvledende medarbejdere er med til at forstærke lægernes modstand mod SP, netop fordi SP er en ramme, de får udstukket til at arbejde efter, uden selv at have haft indflydelse på udformningen af SP (andet end indirekte indflydelse gennem de udvalgte læger, der er udpeget til at validere indholdet i SP). En antagelse kan være, at lægerne oplever SP som en form for mikroledelse, hvor de dikteres en given måde at løse opgaven på uden inddragelse af deres viden og erfaring. Konsekvensen kan være, at lægerne oplever SP som en utidig og uproduktiv indblanding i deres arbejdsopgaver, hvilket ikke bidrager til hverken motivation eller til opnåelse af virksomhedens mål.

8 Egen udvikling under MPG-uddannelsen

Mit formål med at tage MPG uddannelsen var at forfølge en ledelsesmæssig karriere, måske også udenfor sygeplejefaget. Dette, må man sige, er opnået, da jeg undervejs i uddannelsen skiftede branche fra hospitalssektoren, hvor jeg havde arbejdet som afdelingssygeplejerske i mange år til Sundhedsplatformen, hvor jeg nu er leder af et projektteam på 30 ansatte.

Jeg bliver motiveret af "den nære ledelse", især når jeg er vidne til, hvilke kræfter man kan iværksætte med den rette ledelsesstil overfor sine medarbejdere. Sammensætningen af min MPG har derfor været koncentreret om fag indenfor dette felt, hvilket også er et felt, hvor man skal forholde sig til sin egen ledelsesmæssige udvikling. Udover LFG og PUF, valgte jeg derfor fagene: "Tillidsbaseret ledelse", "Protreptik og 3. generations coaching" og

"Strategisk HRM". Uden kommunikativ indsigt og færdigheder kommer man ikke langt i forhold til "den nære ledelse" eller i det hele taget i ledelsesfaget generelt. Jeg har derfor brugt kommunikationsteorier i flere synopsis undervejs i uddannelsen, og jeg har arbejdet med mine kommunikative evner på flere planer, for at blive bedre på dette felt.

Denne masterafhandling har derfor, måske naturligt nok, også haft sit fokus indenfor kommunikation. Men denne afhandling inddrager praksis via interviews af læger og sygeplejersker og er dermed "ikke blot" en teoretisk opgave, som de tidligere synopses har været. Og det er nok her, jeg har lært mest undervejs. At skulle bruge sin tillærte viden om kommunikation til at afvikle et interview, hvor man skal sikre, at man rent faktisk får nogle svar, man kan bruge i sin afhandling, har været lærerigt. Jeg vidste, inden jeg afviklede de fire interviews, at specielt lægerne ville være negative i forhold til SP, men det overraskede mig, hvor internaliserende de var i deres retorik, og hvor mange tynde konklusioner de fremsatte. Faktisk tog det mig nogle dage, at få oplevelsen "til at falde på plads i mit hoved", inden jeg for alvor kunne gå i gang med analysen. Undervejs i analysen blev jeg næsten ærgerlig på lægernes vegne for, hvor ville de dog kunne hjælpe sig selv, og måske opnå større lydhørhed for deres forslag, hvis de valgte en anden tilgang til problemerne.

En mere åben tilgang til implementeringen af SP og de problemer der følger, mødte jeg hos sygeplejerskerne. Men her blev jeg overrasket over, hvor praktisk en tilgang denne gruppe har til løsning af udfordringer. Selvom de havde flere gode refleksioner om samarbejde på tværs og idéer til, hvad der kunne iværksættes af tiltag generelt mhp en bedre implementering af SP, så forblev deres handlinger på et meget lavpraktisk plan med udarbejdelse af instrukser, sidemandsoplæring mm.

Den indsigt, jeg har fået, vil jeg tage med mig og være bevidst om i mit fremtidige virke som leder for en tværfaglig personalegruppe bestående af både læger og sygeplejersker. Med god ledelse og kommunikation kan der opstå synergi ved, at disse faggrupper får mere indsigt i hinandens foretrukne diskurser og måder at kommunikere på for netop at skabe mening og dermed også opmærksomhed hos lytteren.

Litteraturliste

Bruner, Jerome, "Life as a narrative", Social Research, Vol 71: NO 3, 2004.

Schnoor, Michala, "Narrativ Organisationsudvikling", Dansk Psykologisk forlag, 2. udg., 2. oplag 2016.

Diness, Birgitte Rode, "Sundhedsplatformen virker – for mig", Ugeskriftfor læger.dk, 1. maj 2017.

Find artikel her: <http://ugeskriftet.dk/debat/sundhedsplatformen-virker-mig>

Fog, Klaus; Budtz, Christian; Munch, Philip; Blanchette, Stephen, "Storytelling, Branding in Practice", Springer-Verlag, 2. udg., 2010.

Helth, Paula (Red.), "Lederskabelse, Det personlige lederskab", Samfundslitteratur, 3. udg., 2013.

Kristensen, Andres Raastrup og Pedersen, Michael, "Strategisk selvledelse – om at lede selvledende medarbejdere", Artikel i bogen "Lederskabelse, Det professionelle lederskab" af Paula Helth (red.), Samfundslitteratur, 3. udg. 2013.

Launsø, Laila; Rieper, Olaf; Olsen, Leif, "Forskning om og med mennesker", 6. udg., 2011.

Kvale, Steinar og Brinkmann, Svend, "Interview, Det kvalitative forskningsinterview som håndværk", Hans Reitzels Forlag, 3. udg., 2. oplag 2015.

Stelter, Reinhard, "Coaching som inspiration til dialogbaseret lederskab", Artikel i bogen "Lederskabelse, Det professionelle lederskab" af Paula Helth (red.), Samfundslitteratur, 3. udg. 2013.

Hjemmesider pr. 22/5-17:

RH's hjemmeside om strategi:

<https://intranet.regionh.dk/rh/organisation/fokus-og-forenkling-regionens-strategi/rigshospitalets-strategi/fokus-og-forenkling-paa-rigshospitalet/Sider/rigshospitalets-strategi.aspx?rhKeywords=Rigshospitalets+strategi>

Lægeforeningens hjemmeside:

<https://www.laeger.dk/fortsat-problemer-med-sundhedsplatformen>

Bilag 1: Rigshospitalets seks strategiske områder

Strategikort							
Strategiske indsatser							
PERSPEKTIVER		VENTET OG VELKOMMEN	STYRKELSE AF INNOVATION OG FORSKNING	FORBEDRING AF KLINIKKEN MED SUNDHEDS-PLATFORMEN	HOSPITALS BYGGERI	DEN PATIENT-ANSVARLIGE LÆGE	UDDANNELSE
	BRUGERE, BORGERE OG SAMARBEJDS-PARTNERE						
	KVALITET						
	ØKONOMI OG AKTIVITET						
	MEDARBEJDERE OG LEDERE						

<https://intranet.regionh.dk/rh/organisation/fokus-og-forenkling-regionens-strategi/rigshospitalets-strategi/forkus-og-forenkling-paa-rigshospitalet/Sider/rigshospitalets-strategi.aspx?rhKeywords=Rigshospitalets+strategi>

Bilag 2: Kommunikationsplan for Hypercare på RH.

Styregruppen for sundhedsplatformen på RH har udarbejdet følgende:

Kommunikationsplan

Sundhedsplatformens hypercare-periode på Rigshospitalet

Implementeringen af Sundhedsplatformen medfører en flerårig og omfattende omstilling, hvor personalet vil skulle ændre mange arbejdsgange.

Sundhedsplatformen er ikke komplet fra starten, og der *vil* opstå tekniske problemer og uforudsete udfordringer.

I hypercare-perioden (5. november – 3. december 2016) vil der være et intensivt behov for løbende og konkret formidling af implementeringsrelevante informationer til hospitalets personale. Også patienterne har behov for informationer om de ændringer, som hypercare-perioden medfører for dem, lige som det må forventes, at pressen vil have intensiv interesse for fremdrift og eventuelle problemer med implementeringen af Sundhedsplatformen på Rigshospitalet.

Nærværende kommunikationsplan beskriver mål, rammer og samspil mellem intern, ekstern og patientkommunikationen i hyper-care-perioden. Den bygger på og understøtter de fællesregionale kommunikationsplaner samt evalueringen af den hidtidige kommunikation om Sundhedsplatformen. som Rigshospitalet har været med til at udarbejde i samarbejde med Region Hovedstaden, Herlev og Gentofte Hospital m.fl.

Formål

Sundhedsplatformen er et stort, velafprøvet it-system, hvor leverandøren, EPIC, også stiller et samlet implementeringskoncept til rådighed. Erfaringerne fra implementeringen på Herlev-Gentofte Hospitaler viser, at kontrasten mellem den virkelighed personalet oplever i forbindelse med implementeringen af Sundhedsplatformen og den logik som "ledelsen", programmet og EPIC har kommunikeret, medfører betydelige frustrationer. Personalet har indimellem oplevet den kommunikerede "program-logik" som urealistisk optimisme og som manglende vilje til at anerkende de problemer, de oplever.

Fundamentet for kommunikationen på Rigshospitalet i hypercare-perioden er derfor troværdighed. Hvis ledelsen kommunikerer, at implementeringen går godt / "efter planen", og personalet oplever store problemer, opstår der mistillid og utilfredshed, som skader implementeringen. Troværdighed medfører derfor dels at kommunikationen tager udgangspunkt i og adresserer de faktiske erfaringer og oplevelser i klinikkerne, dels at der som udgangspunkt ikke kommunikeres optimisme eller forhåbninger.

Troværdigheden betyder ikke, at Sundhedsplatformens mange fordele ikke skal kommunikeres, men det er vigtigt, at der i kommunikationen sondres mellem det lidt længere perspektiv, hvor Sundhedsplatformens fordele for alvor vil blive oplevet af personalet, og det korte perspektiv, hvor personalet nu og her kan opleve betydelige forandringer og frustrationer.

Mål for kommunikationenDen interne kommunikation

Det primære mål med den interne kommunikation på Rigshospitalet i hypercare-perioden er at bidrage til, at personalet har den nødvendige information om systemet og implementeringsprocessen, så de kan varetage deres kliniske funktioner.

Kommunikationen om systemet og implementeringsprocessen suppleres med forandringskommunikation, hvor målet er at kommunikationen afspejler, rummer og adresserer den virkelighed, som personalet oplever nu og her. Sigtet er at gøre kommunikationen om Sundhedsplatformen afbalanceret, realistisk og troværdig samtidig med, at det gøres så overskueligt som muligt for personalet at få adgang til de relevante implementeringsinformationer.

Den eksterne kommunikation

Det er i relation til den eksterne kommunikation afgørende vigtigt, at praktiserende læger, speciallæger, kommuner, samarbejdende hospitaler osv. er velorienterede om de forandringer, som Sundhedsplatformen medfører for samarbejdet med Rigshospitalet både på kort og på lang sigt. Denne kommunikation er forankret i direktionen og koordineres tæt med de regionale initiativer. Det samme gælder dialogen med de faglige organisationer.

Øvrige mål for og "issues" for den eksterne kommunikation fastlægges i samarbejde med den regionale presseenhed.

Patientkommunikation

Målet er, at patienter og pårørende har let adgang til informationer om Sundhedsplatformen og den betydning implementeringsprocessen har for deres kontakt med Rigshospitalet.

Kommunikation om MinSundhedsplatform adresseres ikke nærmere i denne kommunikationsplan, idet denne del af Sundhedsplatformen ikke tages i brug i forbindelse med hypercare-perioden.

Spor i kommunikationen

For at sikre at målene i kommunikationsplanen opfyldes, inddeles kommunikationen i forskellige spor, som beskriver indhold og kanaler. Sporene vil i praksis være overlappende.

- Spor 1 – Forventningsafstemning. Rigshospitalets ansatte skal i videst muligt omfang have et realistisk billede af, hvilke funktioner, der vil virke ved go-live samt hvilke problemer, der fortsat vil være (fx integrationer mv.). Arbejdet med forventningsafstemning intensiveres frem til go live, herunder ift. at få aflivet myter, fup / fakta mv.
- Spor 2 – Implementeringsinformation til medarbejderne. I hypercare-perioden vil der være et stort og løbende behov for detaljerede informationer om systemnære ændringer, ændrede arbejdsgange, fejlrettelser, tip sheets osv. Erfaringen fra HGH viser, at der desuden er et ikke ubetydeligt behov for at kommunikere status på fejlretninger, tilbagemeldinger fra programmet samt fra eventuelle taskforces.

Uanset typen af implementeringsinformation er det afgørende, at personalet oplever et samlet og koordineret flow samt at relevante informationer er samlet ét sted. Implementeringsinformationerne samles derfor på Rigshospitalet intranet, hvor forsiden i hypercare-perioden reserveres Sundhedsplatformen.

Superbrugerne udgør en særskilt målgruppe, hvortil der oprettes et særligt site på intranettet med direkte link fra forsiden.

- Spor 3 – Kommunikation til ledere
Information fra nærmeste leder er den vigtigste kommunikationskanal for hospitalets ansatte. Det er derfor helt afgørende, at hospitalets ledere gennem hele hyper-care-perioden får og har adgang til de nødvendige informationer og redskaber til, at de kan lede dette enorme forandringsprojekt.

Erfaringerne fra HGH viser, at ledere hurtigt mistede overblikket over de mange informationer, de modtog på mail. Rigshospitalets eksisterende nyhedsbrev målrettes derfor fra uge 42 ledere med henblik på at give dem et overblik over de vigtigste informationer og meddelelser. Nyhedsbrevet vil i hypercare-perioden blive udsendt dagligt per mail direkte til center- og klinikledelser og desuden være tilgængeligt for alle på intranettet.

- Spor 4 - Forandringskommunikation. Sundhedsplatformen stiller enorme krav til de ansattes evne og vilje til at omstille sig til nye arbejdsgange og få et ikke-færdigudviklet system til at fungere i en travl hverdag. Uanset, hvordan hyper-

care-perioden forløber, dækker Rigshospitalets kommunikationsafdeling personalets oplevelser og adresserer eventuelle frustrationer og konflikter – samt naturligvis glæder, sejre og gode oplevelser. Dækningen sker i artikler, der primært lægges på intranettet samt i hospitalets medarbejdermagasin, IndenRigs.

- Spor 5 – ”Undskyld vi roder”. Det skal i hyper-care-perioden sikres, at patienter og pårørende, der kommer på Rigshospitalet får relevante informationer om Sundhedsplatformen og de gener / forsinkelser hyper-care-perioden medfører. Dette sker via information i indkaldelsesbreve, trykte informationsmaterialer på hospitalet, herunder information på roll ups, i pjecer, i infokort, flyers og på badges, løbende information via hospitalets info-tv samt på hospitalets hjemmeside. Det skal endvidere sikres, at frontpersonale, herunder telefonister, portører m.fl. er særlig godt klædt på til at informere og besvare spørgsmål
- Spor 7 - Ekstern kommunikation. Kommunikation i pressen og på sociale medier koordineres i tæt samarbejde med CKO og HGH. Der er udarbejdet fælles beredskaber i forhold til de vigtigste issues og aftalt overordnet talsmandsstruktur.

Organisering af kommunikationen

Der er i hypercare-perioden flere formelle afsendere på kommunikation om Sundhedsplatformen. Således vil både hospitalets egen ledelse, programmet (de ansvarlige for Sundhedsplatformen) samt det regionale niveau have behov for at kommunikere til ansatte på Rigshospitalet og andre hospitaler.

For at sikre, at personalet på Rigshospitalet oplever entydighed og troværdighed på tværs af formelle afsendere koordineres kommunikationen i hypercare-perioden i og af Rigshospitalets kommunikationsafdeling. I praksis deltager programmets og regionens kommunikationskonsulenter i hypercare-perioden i daglige redaktionsmøder på Rigshospitalet og hospitalets kommunikationschef sikrer, at indholdet er i tråd med og bidrager til nærværende kommunikationsplan.

For at sikre let adgang til informationer om, hvad der ”rører sig” blandt hospitalets personale nedsættes en følgegruppe, som mødes flere gange om ugen efter nærmere aftale. Redaktionsgruppen består af næstformanden i hospitalets VMU, repræsentant fra overlægeforeningen m.fl. Deltagerne i følgegruppen skal ikke have særlige aktier i eller forudsætninger for at arbejde med

Sundhedsplatformen. Gruppens vigtigste opgave er at bidrage med input fra den kliniske daglig og på den måde bidrage til at gøre kommunikationen troværdig og relevant for hospitalets personale.

Den eksterne kommunikation koordineres med regionens presseenhed efter de normale principper.

Bilag 3: Interviewguide

Indledning:

Tak fordi du stiller op til dette interview, du gør mig en stor tjeneste ved at stille din viden til rådighed. Det handler om de historier, du hører i hverdagen om SP, og du er udvalgt tilfældigt, fordi du arbejder på denne afdeling, hvor jeg har valgt at lave min undersøgelse.

Jeg skal bruge interviewet til en masterafhandling, som afslutning på en uddannelse jeg er ved at tage på CBS i offentlig ledelse. Dit bidrag vil efterfølgende blive anonymiseret i afhandlingen, så der er ingen, der vil vide hvem, der har deltaget i disse interviews, eller hvem der har sagt hvad. Jeg vil bede om lov til at optage interviewet på en lydfil til brug for min efterfølgende analyse, hvis du ønsker det, kan du få mit referat til gennemlæsning af vores samtale og min opgave til gennemlæsning. Alle optagelser vil blive slettet, når jeg har bestået min eksamen til juni forhåbentlig.

Spørgeguide:

Har du spørgsmål, inden vi går i gang?

Forskningsspørgsmål:	Interviewspørgsmål:
Indledning/konkret afklaring	Hvor mange år du har været læge/sygeplejerske og ca. i hvor mange år du har været ansat her på neurologisk afdeling RH.
Hvilke narrativer findes der blandt sygeplejerskerne og lægerne på RH's neurologiske afdeling?	Jeg vil gerne starte med at høre om, hvilke "historier om SP" der er, her i din afdeling? Kan du fortælle mig historien om indførslen af SP her på neurologisk afdeling RH? Kan du fortælle om hvordan du hører SP italesat her på afdelingen? Hvem tror du igangsætter disse historier, og hvorfor tror du de opstår? Hvilke historier om SP synes du dominerer billedet? Giver disse dominerende historier efter din mening et sigende billede af SP? Kan du sige noget om forskellen på de historier der florerer i hhv. sygepleje- og lægegruppen? Hvorfor tror du, netop disse historier er opstået her på neurologisk afdeling RH?

Hvilke kendetegn har de identificerede Sundhedsplatforms narrativer?	Hvem synes du er årsag til ... ? Hvem tænker du kan hjælpe med ...? (Skurken og helten) Hvilke personer er omdrejningspunkt, når I taler om SP, eller i de historier der fortælles? (hovedpersonerne) Hvorfor tror du der tales om dette? (morale) Er der nogen du ville ønske en gang i mellem sad og hørte på, når I taler om SP? (publikum) Ser du en fælles pointe eller morale i de fortalte historier? Hvilken? I den tid I har arbejdet med SP, har disse historier eller "snakken om SP" forandret sig? Hvordan? Positivt/negativt? Har du hørt nogle metafoer om SP italesat? Hvad mener du der skal til / der er årsag til for at historierne får / har et positivt islæt? (hjælper) Har du bemærket om der er en gruppering af personalet i forhold til hvordan man taler om SP? (Klubmetafor)
Er der sammenhæng mellem RH's strategi for implementering af SP og de identificerede Sundhedsplatforms narrativer?	Hvordan tror du ledelsen her på RH opfatter alle de historier du har nævnt? Synes du ledelsen er lydhør overfor de historier der fortælles om SP og hvordan kommer det til udtryk? Har du kendskab til om RH har lavet en strategi for implementeringen? Og hvad denne strategi indeholder?
Hvilken effekt har implementeringsstrategien på de identificerede narrativer?	Det primære budskab i strategien er at ledelsen skal være troværdig i deres kommunikation og lydhør overfor de udfordringer SP medfører. Hvad tænker du om det? Hvordan tror du, at RH's implementeringsstrategi for SP har påvirket de historier der fortælles om SP?

Afslutning	Opsummering af de hovedpunkter jeg har hørt. Har du yderligere kommentarer? Jeg har ikke flere spørgsmål. Er der noget andet, du har lyst til at sige eller spørge om, før vi afslutter interviewet? Debriefing: Emnet for min master er at forsøge at identificere, hvordan en implementeringsstrategi afspejles i de historier der fortælles blandt medarbejdere – her med SP som emne.
------------	--

Tusind tak, fordi du satte tid af til mig, det sætter jeg stor pris på!

Bilag 4: Indledende mail til respondenter

Kære

Mange tak fordi du vil deltage i mit interview der handler om ”historier om Sundhedsplatformen”.

Jeg er studerende ved CBS på uddannelsen Master of Public Governance (MPG), og når vi mødes, vil jeg fortælle lidt mere om mig selv og projektet.

Inden vi mødes, vil jeg bede dig tænke på de historier om Sundhedsplatformen der fortælles i pressen, både de positive og negative historier, og overveje om der er lignende historier der tales om i din afdeling. Måske er det de samme historier som omtales i pressen, måske er det nogle helt andre historier der italesættes hos jer?

Hvis du ikke umiddelbart synes at kunne komme i tanke om sådanne historier, vil jeg bede dig overveje, hvordan du synes at sygeplejerskerne/lægerne i jeres afdeling italesætter Sundhedsplatformen. Er der visse emner der fylder? Er det positivt/negativt? Hvorfor er det netop disse emner der fylder?

Min hensigt med denne mail er blot at få dig til at tænke lidt over ovenstående, inden vi mødes.

På forhånd tak for din hjælp.

Vi ses den kl..... i lokale.....

Mange hilsner
Rikke Lønborg
Studerende ved CBS