



Læger og sygeplejersker i krydspres mellem organisatoriske krav og ønsket om at levere høj faglighed

*Masterafhandling af Lone Hougaard Pedersen
(12.10.1974)*

Hold: MMPGO1005U.XA.E19

Vejleder: Karina Sehested

Antal anslag: 113440

SUMMARY	3
INDLEDNING	5
TEORI	7
Organisationen	7
Professionerne	10
Motivationen.....	13
Public Service motivation	14
Opsamling og analyseramme.....	15
Organisationsperspektiv.....	15
Professionsperspektiv	16
Motivationsperspektiv	17
METODE	17
Konteksten	17
Metode.....	19
Observation som metode	20
Interview som metode	20
Observation og interview i kombination	20
Håndtering og bearbejdning af data	21
Præsentation af empiri.....	21
ANALYSE.....	22
Case 1	22
Case 2	26
Case 3	27
Case 4	29

Case 5	32
DISKUSSION	33
Viden	35
Motivation.....	37
Kritiske perspektiver på metoden.....	37
KONKLUSION	38
PERSPEKTIVERING	40
REFLEKSION OVER MIN EGEN UDVIKLING IGENNEM MPG.....	40
LITTERATURLISTE	43
BILAG 1 OBSERVATIONSGUIDE.....	45
BILAG 2 INTERVIEWGUIDE TIL INTERVIEW AF LÆGERNE:	46

Summary

The demographic development with more elderly people, more chronic diseases that requires treatment and higher demands on treatment from the population in general, increases the pressure on the healthcare system. All this together, makes the politicians demand more health care for the money spent. Due to this, it calls for higher efficiency and new ways of working in the public sector. A step toward reaching this goal is to build new hospitals and the new North Zealand hospital is one of them. When finished, the politicians expect that it will be possible to run the hospital more efficient, and that the budget will be decreased with 8%. At North Zealand Hospital today, there is significant focus on development of the organization to meet this demand. In this context, I was given the role to manage a project concerning management of the patient flow in the Acute Ward. In this project we are analyzing the opportunities to get a new IT-system, which is able to monitor and visualize the patient flow including key areas such as what diagnostics the patients are waiting for. Thus, it will be possible to allocate diagnostic examinations and other resources efficiently in order to decrease the length of stay for the patients. Moreover, this system will be able to suggest further treatments for the patient and visualize patients, which is in risk of harm. This challenges the doctors' monopoly of knowledge.

Today, the patient flow is highly influenced by the doctors and nurses on duty and their working preference. When implementing the new system, it will lead to new ways of working and do knowledge sharing. The work will be more standardized, and the demand for higher patient flow in the Acute Ward will play a bigger role. When planning the continuity of care for the patient, the doctors and nurses will have to take both a proper flow and the need for good treatment of the patient into account. Traditionally the expert knowledge of the doctors has played a pivotal role. For instance, they have had a high influence on which of the patients each of them were seeing, and how the patients were treated. The new system will change this way of working, and one risk is that it will decrease their motivation and they may even turn against it. Therefore, in order to create a positive implementation process, the present thesis examines how the professionals handle the defending interest of increased patient flow and still doing a professional job of high quality, and how balancing between the demands affects their motivation.

The present thesis is based on observations of doctors and nurses doing their daily job in the Acute Ward at North Zealand Hospital, and interviewing them afterwards to cover their perspectives on the observations. This is discussed on the basis of Noordegraafs theory of professions, Thornthons theory of institutional logics and the Theory of Public Service Motivation.

Observation and interviews of the professionals shows, that they today in different ways include both patient flow and their professional knowledge in their decision-making. Especially for the younger doctors and the nurses it seems natural to include them both in the continuity of care for the patient, whereas especially the chief physicians seem to be a bit more reluctant about this perspective. Concerning how to create a good implementation process and avoid crowding out, it will be important to take the institutional logics, which are at stake in the organization today, and redefine them to include patient flow more naturally. Thereby the professionals will be inspired to work as "beyond hybrid professionals". It's is extremely important to include the chief physicians in defining a new role for them in the collaboration. For instance, the younger doctors and the nurses take care of the main part of the patients, and the chief physicians take care of the more complicated patient cases. Then their expert knowledge will be acknowledged. It should lead to higher motivation and the patient flow will be increased as well.

Concerning the nurses, the new system will make it easier for them to have a bigger role in treatment of the patients, and thereby to work more equally with the doctors. Today the nurses act like “beyond hybrid professionals”, and that increases the chance for crowding in with the implementation of the new system.

Indledning

Hvordan samfundsøkonomien skal hænge sammen i forbindelse med at befolkningssammensætningen ændrer sig, bliver intenst debatteret i disse år. En af samfundets helt store udfordringer er at holde sundhedsudgifterne nede i takt med at der bliver:

- flere ældre
- flere med behandlingskrævende sygdomme
- Nye og dyrere muligheder medicinsk
- Et stort forventningspres fra befolkningen.

(Regioner, 2015).

Når man kigger på den demografiske udvikling med flere ældre borgere og flere kronisk syge, og det deraf medførte pres på sundhedsvæsenet i de kommende år, så er der behov at kigge på, hvordan vi udnytter de ressourcer vi har til rådighed på den bedst mulige måde. Det kræver både investeringer i hospitaler, og en optimering af den måde sundhedsvæsenet arbejder på (Regioner, 2015). Der er derfor fra politisk hold bevilliget penge til bygning af nye hospitaler, blandt andet Nordsjællands hospital. De er blevet bevilliget med følgende sigte: *"De nye investeringer må forudsættes at sikre en mere effektiv og hensigtsmæssig opgaveløsning. En bedre kapacitetsudnyttelse mv. er snævert knyttet til princippet om en mere rationel drift og sigtet om at få mest for pengene"* (Ældre og sundhedsministeriet, 2007). Dette er udmøntet i, at der konkret skal spares 8 % på driften i forbindelse med bygningen af Nyt Nordsjællands hospital. Dette krav om effektivisering sætter professionerne på hospitalet under pres.

Der er på hospitalet igangsat en række organisationsudviklingsprojekter frem mod udflytningen til den nye matrikel i 2024. Til daglig er jeg afdelingsbioanalytiker og leder i Klinisk fysiologisk og nuklearmedicinsk afdeling, men i denne forbindelse har jeg, ud over ledelsen af mit eget afsnit, fået en projektlederrolle i et projekt omkring at skabe et datamæssigt overblik over patienterne i akutafdelingen. Formålet med dette er, at skabe overblik over hvad patienterne venter på og derved kunne tildele diagnostik, lægesamtale etc. til den patient, hvor det vil have størst effekt på patientforløbet. Det datamæssige overblik er tænkt som et værktøj til beslutningsstøtte/styring af patientflow og tanken er, at hver enkelt faggruppe skal arbejde på baggrund af dette datasystem. Målet med etableringen af et dataoverblik er, at få visualiseret når indlagte patienter ligger og venter unødigt på eks. diagnostik, således at den tildeles den patient, hvor det skaber mest fremdrift i patientforløbet. Formålet er hermed at afkorte den gennemsnitlige indlæggelsestid og derved spare penge. Så det er et projekt, der skal medvirke til at leve op til målene om effektivitet.

Ud over at håndtere data omkring patientflow, kan dataoverblikket ligeledes suppleres med kunstig intelligens som eks. overvåger de diagnostiske resultater. Ud fra det, kan systemet foreslå at indsatsen omkring patienten opprioriteres eller hvilken diagnostik/behandling det vil være

relevant at foretage som den næste. Her opstår der en gråzone imellem det at skabe flow og de mere fagprofessionelle beslutninger.

Det er således et projekt omkring ressourceudnyttelse. Budgettet er under konstant pres, og der er et stort krav om effektivitet og levering af ydelser med en høj faglighed. Det er denne balance mellem hensynet til økonomisk effektivitet/ressourceudnyttelse, kontra hensynet til at levere en ordentlig faglig kvalitet der er det centrale i denne opgave.

Problemstilling

Ifølge dele af professionsforskningen er opretholdelse af monopol, selvstyre og lukkethed om egen profession en af de største barrierer for at skabe innovation i den offentlige sektor. De fagprofessionelle ønsker, at opretholde deres monopol på opgaverne og fastholde siloopdeling som sikrer deres faggruppes position i organisationen. De samarbejder helst med egen faggruppe, og inkluderer nødtvunget det organisatoriske i deres daglige prioriteringer (Leonardsen, 2011). I forbindelse med etableringen af dataoverblikket, vil det organisatoriske og det faglige blive integreret i samme system. De prioriteringer der bliver foretaget skal i endnu højere grad balancere mellem det faglige og det organisatoriske.

Jeg kan have en bekymring over, hvordan indførelsen af et datamæssigt overblik vil påvirke de fagprofessionelles motivation. Ser de flow som en del af deres opgave og værdier, og vil de derved se systemet som understøttende for deres arbejde. Eller ser de kravet om effektivitet og hurtigt flow som "utidig indblanding" i deres faglige virke. Hvordan de opfatter systemet, vil have stor betydning for systemets implementering og deres motivation.

Da projektet omkring datamæssig styring kun er i sin spæde vorden, handler denne opgave i høj grad om at få en analyse af, hvilke værdier der er på spil i organisationen på nuværende tidspunkt og derved hvilket fundament projektet står på. Formålet er at kunne tilrette implementeringen af det datamæssige overblik, således at projektet kan italesættes med det sigte at få motiveret de fagprofessionelle.

Det har ført til følgende problemformulering:

Hvordan håndterer læger og sygeplejersker i akutmodtagelsen krydspresset mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper i dag, og hvordan kan introduktionen af et datamæssigt overblik tilrettelægges for at påvirke deres motivation positivt?

Problemformuleringen kan således deles i følgende underspørgsmål:

- 1 Hvad kendetegner læger og sygeplejerskers faglige professionalisme ved arbejdet i Akutmodtagelsen?
- 2 Hvordan håndterer de fagprofessionelle krydspresset mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper i dag?

- 3 Hvordan påvirker samspillet mellem organisatoriske og professionelle værdier deres motivation i dag og hvordan forventes introduktion af datamæssig styring fremadrettet at påvirke deres motivation?

Problemformuleringen er således delt op i et professionsperspektiv i spørgsmål 1 omkring professionernes faglige professionalisme. I spørgsmål 2 ser jeg på, hvordan de fagprofessionelle håndterer krydspresset mellem at levere en ordentlig faglig kvalitet og samtidig være underlagt et krav om effektivitet. Slutteligt vil jeg perspektivere det til, hvordan dette samspil påvirker læger og sygeplejerskers motivation.

Opgaven er opbygget således at der først kommer et teoriafsnit. I teoriafsnittet ser jeg først på akutmodtagelsen ud fra et organisationsteoretisk perspektiv, og hvilke logikker der er på spil i organisationen. Herefter dykker jeg ned i professionsteorien og ser på, hvordan forskellige professioner agerer i en organisatorisk kontekst. Det sidste teoriafsnit bidrager med et motivationsteoretisk perspektiv. Med udgangspunkt i Public Service Motivation ser jeg på hvordan medarbejdere vil opleve forandringer, på baggrund af deres værdimæssige udgangspunkt. Teoriafsnittet afsluttes med et afsnit der opsamler teorien og konkret beskriver, hvordan jeg vil anvende den beskrevne teori i analysen af den indsamlede empiri. Herefter følger et metodeafsnit, som beskriver akutmodtagelsen som kontekst. Jeg beskriver og begrundet mit valg af metode til indsamling af empiri, samt fremkommer med styrker og svagheder i forhold til denne. I slutningen af afsnittet er en gennemgang af, hvordan den indsamlede empiri vil blive analyseret og efterfølgende præsenteret. Herefter kommer analyseafsnittet, hvor jeg vil analysere udvalgte cases på baggrund af den valgte teori. Casene er udvalgt eksemplarisk i forhold til at repræsentere forskellige situationer, som henholdsvis lægerne og sygeplejerskerne står i igennem en arbejdsdag. I diskussionen vil jeg efterfølgende gå på tværs af casene, og diskutere observationerne og interviewene i relation til den valgte teori. Diskussionen afsluttes med et kritisk perspektiv på opgavens metode inden afsnittet med konklusion og perspektivering. Opgaven sluttes med en kort refleksion over egen læring igennem MPG-uddannelsen.

Teori

Jeg har valgt at inddele teoriafsnittet i tre hovedområder organisation, profession og motivation. Jeg vil i det følgende gennemgå udvalgte teorier indenfor hvert område. Der er ikke tale om en fyldestgørende gennemgang af teorierne, men af de dele der anvendes i relation til problemformuleringen og den indsamlede empiri.

Organisationen

Organisation er et relativt bredt begreb. I denne opgave anvendes ordet organisation synonymt med ordet institution, idet den omhandler organisation i en institutionel sammenhæng. Hermed er der tænkt på institution i en organisationsteoretisk ramme, og Scotts definition af institution som *"Institutioner består af kognitive, normative og regulative strukturer, der giver social adfærd stabilitet og mening. De kan i deres udformning være meget forskellige. Institutioner bæres af forskellige aktører – kulturer, strukturer og rutiner – og opererer på multiple*

jurisdiktionsniveauer”(oversat af Tom Havemann i (Vikkelsøe & Kjær, 2014)). Kulturen består af medarbejdere og ledere med hver deres faglige og personlige baggrund, som hver især har hver deres sæt normer og værdier. De arbejder sammen i forskellige både formelle og uformelle strukturer med mange forskellige arbejdsområder og arbejdsopgaver, og med forskellige mål for deres arbejde.

Et hospital, som Nordsjællands hospital, er en institution med et særligt fagbureaukrati. Formålet med institutionen er at diagnosticere, behandle og yde omsorg for syge mennesker. Det er præget af mange fagprofessionelle med mange holdninger og meninger til, hvordan arbejdet skal udføres. Det er inddelt ud fra de lægefaglige specialer med hver deres fagområde og med hver deres specialviden.

Jeg vil i denne opgave afgrænse det til at kigge på organisationen med perspektivet, institutionelle logikker. Begrebet institutionelle logikker blev første gang introduceret i 1991 af Friedland og Alford (Thornton, Ocasio, & Lounsbury, 2012). Teorien omfatter at der findes en række institutionelle logikker, som er på spil i samfundet og den enkelte organisation. Institutionel logik er, ifølge Thornton og Occasion, ” *the socially constructed, historical patterns of material practices, assumptions, values, beliefs, and rules by which individuals produce and reproduce their material subsistence, organize time and space, and provide meaning to their social reality*” (Thornton & Ocasio, 2008). Ifølge deres definition er institutionelle logikker således, hvilke antagelser, værdier og overbevisninger der ligger til grund for den måde man organiserer sig og skaber mening. De er således med til at definere, hvilke handlinger man gør og hvornår en handling ud fra den pågældende logik giver mening (Thornton, Ocasio, & Lounsbury, 2012).

Thornton har identificeret 7 logikker i samfundet som er i konkurrence med hinanden. Det er familie, fællesskab, religion, stat, marked, profession og virksomhed (Greve & Pedersen, 2017). I forhold til hospitalet, er det primært stat-, virksomheds- og professionslogikken der vil være i konkurrence. Traditionelt set vil de fagprofessionelle orientere sig mod den professionsfaglige logik, hvor viden og erfaring angående sygdom tæller. De vil tilstræbe, at denne logik bliver den styrende og det faglige er i fokus. Økonomiafdelingen vil være mere orienteret mod stats og virksomhedslogikken. Her er fokus på at der sker en retfærdig fordeling af ressourcerne, aktiviteten holdes oppe og budgettet overholdes.

Et hospital som Nordsjællands hospital, er således en offentlig institution, hvor forskellige institutionelle logikker er på spil. Der er en stærk professionslogik båret af de fagprofessionelle. Idet den er offentlig, er den underlagt politisk styring fra folketinget, som tildeler ressourcer og stiller krav til opgaveløsningen. Opgaven med at få ressourcer og krav til at hænge sammen ligger i regionerne. Lokalt på hospitalet er en direktion som har til opgave at få det hele til at balancere i den konkrete opgaveløsning. I hospitalet er således en statslogik. Det er underlagt demokratisk kontrol, og der arbejdes på at sikre en retfærdig fordeling af ressourcerne. Der er også virksomhedslogikken, hvor der er fokus på produktivitet og effektivitet i opgaveløsningen. I

forbindelse med new public management har virksomhedslogikken fået en stærk stemme ind i hospitalet. Det er blevet et stadigt fokus for direktionen at fokusere på at der er tilstrækkelig høj aktivitet og at afdelingerne eksempelvis kan klare sig, når de bliver benchmarket op mod andre. I hospitalet, er ledelsens opgave at balancere mellem de tre logikker professions-, stats- og virksomhedslogikken, således at der opnås den bedst mulige faglige kvalitet for de penge der er til rådighed.

I den følgende tabel vises kendetegn ved henholdsvis stats-, virksomheds- og professionslogikken i relation til et hospital, inspireret af tabel 3.1 i kap.3 (Thornton, Ocasio, & Lounsbury, 2012) og tilpasset til fokus i denne opgave.

	Virksomhedslogik	Professionslogik	Statslogik
Organisering	Hierarki	Netværk	Bureaukrati
Fokus	Organisatorisk performance	Faglig performance	Retfærdig fordeling af ressourcerne
Strategi	Tilstrækkelig størrelse på organisationen	Forbedring af personligt omdømme	Forbedre det fælles gode
Succeskriterie	Effektivitet	Faglig kvalitet	Demokrati

Tabel 1

Det er således de tre logikker der primært er i spil på hospitalet. Hvis man ønsker at skabe forandring, skal man ifølge teorien om institutionelle logikker kende til de logikker der er på spil i organisationen og tage hensyn til disse. Det vil være det fundament enhver forandring står på og samspillet med dette, vil være en grundsten i forhold til at skabe en succesfuld implementering af et nyt tiltag (Greve & Pedersen, 2017).

Da det datamæssige overblik vil medføre en forandring for de fagprofessionelle, vil jeg i relation til denne opgave kigge på, hvordan de tre logikker er i spil i den konkrete opgaveløsning. Jeg vil kigge på, hvilke handlinger medarbejderne konkret gør. På den måde vil jeg opnå indsigt i, hvilke logikker der er på spil i organisationen, og dermed hvilket fundament indførelsen af et datamæssigt overblik vil stå på.

Hvordan præger professionslogikken hospitalet

Hvis vi kigger på hospitalet som institution, så er hele institutionen opbygget ud fra professionslogikken. Det vil sige at hospitalet er opdelt som et fagbureaukrati med siloopdelte lægefaglige specialer. Dette kan ses som en anerkendelse af den lægefaglige ekspertviden, hvor det er accepteret at denne viden er så kompleks, at man har valgt at inddele den i en række subspecialer med hver deres helt særlige viden. Indenfor disse specialer, er der både et ledelsesmæssigt og opgavemæssigt monopol. Ledelsen af specialafdelingerne er historisk blevet varetaget af læger, og de har opnået autorisation samt monopol på eks. behandling af veneriske sygdomme, bedøvelse af personer samt udskrivelse af receptpligtig medicin jf. § 74 i autorisationsloven (Sundhedsministeriet, 2007). Der er således en stærk kultur omkring de

lægefaglige specialer. I dag har sygeplejerskerne opnået at blive en del af afdelingsledelserne på hospitalerne. De har således opnået at være en del af ledelsen over eget fagområde samt fået brudt det ledelsesmonopol, der traditionelt set har været tildelt lægerne. I afdelingsledelserne i dag, er der således repræsenteret både lægers og sygeplejerskers professionslogik. Der har gennem tiden været kamp omkring, hvilke opgaver de forskellige faggrupper skulle varetage, og det har til tider gjort det meget svært at skabe forandring på hospitalerne (Jespersen, 2005). Hvordan forandringer er blevet modtaget, har i høj grad været afhængig af, hvordan det er blevet opfattet i forhold til de professionelles selvstyre og om de oplevede det som i overensstemmelse med deres viden eller ej.

Professionerne

Professionsforskningen har en lang tradition. Indenfor professionssociologien, er der to retninger, henholdsvis den neoweberianske og den funktionalistiske. Den funktionalistiske retning har fokus på professionernes faglighed, deres karakteristika eks. ved uddannelse, monopol på arbejdsopgaver og faglig autonomi, og de normer og værdier der kendetegner professionerne. Denne del af professionssociologien handler således i høj grad om, hvilken viden, færdigheder og erfaring der danner grundlag for de fagprofessionelles arbejde. De fagprofessionelle er i dette perspektiv altruistiske og optaget af at træffe fagligt korrekte beslutninger til samfundets og borgerens bedste. Dette syn på de fagprofessionelle, som værende altruistiske, gør at de tildeles en del magt. Den neoweberianske retning har i langt højere grad fokus på professionernes egeninteresse og opnåede magt, og hvordan de anvender denne magt til at fastholde deres position og opnå privilegier (Lotte Bøgh Andersen, 2017). Her er fokus på opretholdelse af monopol på arbejds- og ledelsesopgaverne og handler således om de fagprofessionelles selvstyre og, hvordan de ønsker at opretholde monopol både på arbejdsområder samt arbejdsopgaver, og ikke mindst kontrol og ledelse over egen faggruppe.

Historisk har den funktionalistiske opfattelse været den fremherskende. Bureaukratiet og professionerne har udviklet sig i sameksistens. Der har fra politisk hold været en tillid til, at professionerne havde en altruistisk tilgang til deres arbejde, og at der ikke var behov for skarp bureaukratisk styring. Det har i særdeleshed været gældende på hospitaler, hvor mange ansatte er professionelle eksperter, som har klare meninger og holdninger til, hvordan arbejdet bedst organiseres og udføres. Der har således, gennem mange år, været en stærk fagbureaukratisk tradition (Jespersen, 2005), som først blev rigtig udfordret ved indtoget af New Public Management (NPM). Her blev den neoweberianske opfattelse for alvor introduceret. NPM var blandt andet en reaktion på, at man mente at den offentlige sektor var ineffektiv og professionerne havde fået for meget magt. Man mente derfor, at man kunne overføre styringen fra den private sektor til den offentlige og begreber som effektivisering og målinger blev en del af styringen i den offentlige sektor. Tidligere var det sådan, at udvikling og nye tiltag ofte kom fra de fagprofessionelle selv, og var i tråd med, hvad de opfattede som høj faglighed. Gennem de senere år, har området fået stor politisk bevågenhed og styringstiltag er kommet ind i organisationen

udefra, eks. ved politisk beslutninger eller ansættelse af medarbejdere med en anden faglighed eks. økonomer (Jespersen, 2005).

NPM har helt sikker lagt et stort pres på de fagprofessionelles arbejde, men det er ifølge Noordegraaf (Noordegraaf M. , 2015) ikke det eneste der presser professionerne. Presset kommer også fra eksempelvis ny teknologi. Indførelsen af et datamæssigt overblik, kan måske være med til at presse professionerne, og jeg har derfor valgt at tage udgangspunkt i Noordegraafs teori om professioner. Noordegraaf følger den nyeste tendens i professionsforskningen, hvor man bruger en kombination af de to retninger, og i praksis ser både på professionernes viden og selvstyring for at forstå deres handlinger.

Når man agerer professionelt, har man en tillært videnskabelig viden og metoder, som definerer, hvordan man skal håndtere situationer og har kontrol over eget fagområde. Om professionernes viden siger han endvidere: *"Knowledge transfer is not only secured through extensive educational programs; it is also institutionalized through research programs, conferences, courses, journals, and magazines. Codes of conduct prescribe rules of the game; codes of ethics prescribe appropriate behavior."* (Noordegraaf, 2007). Her omtaler han i høj grad lægernes ekspertviden, og hvordan den er højt specialiseret og gives videre indenfor professionen i formelle sammenhænge som undervisning, konferencer etc.

Noordegraaf inkluderer i sin teori, hvordan professionerne adskiller sig fra hinanden og hvordan de udvikles i samfundet i dag. Hans forskning har udviklet sig fra, at i 2007 inddelte han professionerne i rene, situerede og hybride professioner (Noordegraaf, 2007). Senere hen kom begrebet "beyond" hybride også til (Noordegraaf M. , 2015).

Rene professioner er de klassiske professioner som uddanner sig selv, og er karakteriseret ved en særlig høj grad af autonomi. De har viden og tekniske færdigheder til, at håndtere de opgaver de møder i deres faglige virke. Dette er opnået via deres uddannelse samt efterfølgende vedligehold via faglige selskaber og konferencer (Noordegraaf, 2007). Der er samtidig et tilkendt fagområde (jurisdiktion), og der er en faglig holdning til hvad god professionel opgaveudførelse og adfærd er. Et eksempel på en ren profession er læger.

De situerede professioner er professioner, hvor deres professionsidentitet er indlejret i en organisatorisk kontekst. Professionen er dannet i organisationer, men den har fortsat et sæt separate værdier og en faglig autonomi. De er ofte defineret som hjælpefunktioner for de rene professioner og har ikke formelt monopol på arbejdsområder. Et eksempel på en situeret profession er sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne har gennem årene kæmpet for at opnå et afgrænset vidensområde. Dette har dog i høj grad været udfordret eksempelvis af, at lægerne har defineret sygeplejerskernes arbejde som en hjælpefunktion til lægernes virke (Jespersen, 2005). Sygeplejerskeuddannelsen har dog fået en mere videnskabelig tilgang. Det er i dag også muligt for en sygeplejerske at lave en Ph.d., hvilket kan ses som forsøg på at agere som en ren profession med henblik på at opnå anerkendelse som et selvstændigt vidensområde. Det er lykkedes

sygeplejerskerne, ved hjælp af lokale aftaler og overenskomsterne, at opnå monopol på nogle af de plejeopgaver der tidligere blev varetaget af sygehjælperne. De er også lykkedes med at blive en del af ledelsen mange steder (Jespersen, 2005).

Ud over de rene og situerede, findes også den hybride professionelle, som han ser som en ny rolle som kom til i starten af NPM's indtog. Her taler han om, at de fagprofessionelle har udviklet sig til nødtvunget at acceptere at penge, kapacitet og patienter er indbyrdes forbundne (Noordegraaf, 2007). Det hybride består i, at de integrerer både den faglige og den organisatoriske styring, men det opleves modsætningsfyldt. Noordegraaf har igennem sin forskning arbejdet videre med professionernes rolle og argumenterer for at det ikke blot er NPM der er med til at presse professionerne, men også eks. samfundsstrømme, patienternes højere vidensniveau og ny teknologi der påvirker professioners udvikling og værdier (Noordegraaf M. , 2011). Samtidig er de også i forandring indefra, eksempelvis på grund af en ændret kønssammensætning. Dette ændrer eksempelvis, hvilke vilkår i forhold til arbejdstid de professionelle er villige til at acceptere. Han taler derfor om en udvikling efter det hybride og de professionelle kan udvikle sig til "beyond" hybride, hvor de professionelle formår at integrere alle disse perspektiver. Her kobler han professionerne med det organisatoriske, således at de ikke modstilles men derimod gennemgår en fælles udvikling. Ud over det professionsfaglige og det organisatoriske inkluderer en "beyond" professionel også det demokratiske i form af eks. patientens højere vidensniveau og krav om indflydelse på egen behandling samt det politiske og samfundsmæssige krav omkring at det skal være omkostningseffektivt. En "beyond" hybrid fagprofessionel tager således ansvar for at organisere i hele den kompleksitet der omgiver fagfeltet (Noordegraaf M. , 2015).

I en analyse af professionerne kan der på baggrund af Noordegraafs teori undersøges, hvilken viden og selvstyre der præger de professionelles arbejde. Her ud over kan teorien anvendes til analyse af, hvordan de arbejder i fagfeltet på baggrund af om de agerer ud fra et professionsperspektiv eller de har udviklet sig til at være hybride eller "beyond" hybride professionelle. Dette er i relation til denne opgave i høj grad interessant, da det vil være med til at påvirke, hvordan de vil tage imod det datamæssige overblik.

I tabellen på næste side ses en oversigt over de forskellige typer professionelle, og hvad deres kendetegn er.

	Rene professioner	Situerede professioner	Hybride professioner	"Beyond" hybride professioner
Orienterer sig mod	Ekspertviden	Faglighed indlejret i organisation	Faglighed med en bro til det omgivende samfund	Naturlig organisering, med integration af det omgivende samfund i fagligheden
Indhold	Ekspertviden, erfaring, etik og fremtoning	Både faglig og organisatorisk viden	Både faglig viden, organisatorisk viden, og viden om de tekniske omgivelser organisationen har	Både samfundsmæssigt, organisatorisk og faglig viden
Værdier	Kvalitet Humanitet	Helhedssyn på patienten	Meningsfuldhed Faglig kvalitet	Multiplicitet Legitimitet
Kontrol	Egen standard for god praksis og tilknyttet jurisdiktion	Kan være fra samfundet eks. i form af autorisation	—	—
Monopol (formel eller uformel)	På en række opgaver og evt. ledelse	Defineret eks. i overenskomster	—	—
Eksempel på professioner	Læger	Sygeplejersker	Ingen bestemt, men noget man kan udvikle sig til	Ingen bestemt, men noget man kan udvikle sig til

Egen tabel udarbejdet på baggrund af Noordegraafs teori og Kragh Jespersens gennemgang af professionerne (Noordegraaf, 2007), (Noordegraaf M., 2015) (Jespersen, 2005).

Motivationen

I de forrige afsnit fokuserede vi på henholdsvis professionerne og organisationen, i dette afsnit vil vi så kigge på motivationen med særlig vægt på Public Service Motivation (PSM).

I problemformuleringen fokuserer jeg på spillet mellem profession, organisation og motivation. Baggrunden for at jeg har valgt at lægge fokus her, handler i høj grad om at kunne tilrettelægge implementeringen og kommunikationen af et datamæssigt styringsværktøj, således at det virker motiverende for de faggrupper der skal arbejde med det. Jeg har valgt at inddrage motivationsteorien, da henholdsvis hospitalet som organisation og professionen som gruppe, består af individer med hver deres motivation og meningsskabelse.

Motivation defineres ifølge Christian Bøtcher Andersen, som *"a set of energetic forces that originate within and beyond an individuals' being, to initiate work-related behavior and to determine its form, direction, intensity, and duration"* (Grøn, 2014). Det vil kort fortalt sige, at det

handler om, hvordan man kan påvirke en medarbejders performance til at være på en given måde i en given sammenhæng.

Indenfor motivationsteorien, taler man også om motivation crowding. Det handler om at, hvis en medarbejder har en negativ opfattelse af den måde organisationen styres på, eller oplever det som i konflikt med professionelle normer, kan det være med til at reducere motivationen, hvilket kaldes crowding out. Hvis de derimod opfatter et styringsværktøj som understøttende for deres arbejde, styrker det deres motivation og kaldes for crowding in (Pedersen, 2014).

Der findes indenfor motivationspsykologien mange forskellige teorier. Til at undersøge hvordan styringsværktøjet påvirker de ansattes motivation, har jeg valgt at tage udgangspunkt i teorien om public service motivation (PSM). Her er særligt fokus på, hvordan motivation påvirker performance samt hvordan medarbejdere motiveres til at gøre noget godt for andre eller for samfundet.

Public Service motivation

Public Service Motivation (PSM) omhandler motivation der findes blandt medarbejdere, eks. i den offentlige sektor, der motiveres af at gøre noget godt for samfundet. Begrebet blev introduceret af Perry og Wise i forbindelse med, at NPM bredte sig over den offentlige sektor (Grøn, 2014). Den er tæt koblet til altruismen som omhandler det, at blive motiveret af at gøre noget godt for andre end sig selv. Perry og Hodgedems har defineret public service motivation som *"An individual's orientation to delivering services to people with a purpose to do good to others and society"* (Grøn, 2014). Når medarbejdere motiveres af at løse opgaver med fokus på samfundet som et hele, omtales dette som at de har en høj grad af PSM. Dette ligger godt i tråd med den funktionalistiske professionsopfattelse, og professionernes selvopfattelse, som værende altruistiske. PSM handler om at medarbejderne motiveres af at gøre noget de mener, er godt for samfundet. Hvad der motiverer dem, vil være en del af grundlaget for, hvordan medarbejdere prioriterer deres opgaver (Pedersen, 2014).

Indenfor PSM er der 4 dimensioner, *"Self-sacrifice"*, *"compassion"*, *"attraction to public policymaking"* og *"commitment to public interest"* (Julie Alsøe Krogsgaard, 2014).

"self-sacrifice" handler om, at ville yde en service uden at få personlig belønning for det. Den opfattes som grundlaget for de tre andre dimensioner. *"compassion"* handler om at identificere grupper eller individers behov og ville arbejde for opfyldelse af disse. I denne dimension er motivationen ofte følelsesbaseret. *"attraction to public policymaking"* omhandler det rationelle i, at kunne kombinere forskellige midler for at levere god offentlig service. Denne motivation vil ofte orientere sig mod det politiske system, og det at skabe forbedringer via politiske beslutninger. *"commitment to public interest"* handler om at kunne indrette sig efter normer og værdier i forhold til, hvad der er passende i den givne situation (Julie Alsøe Krogsgaard, 2014) (Pedersen, 2014). Hos den enkelte vil den konkrete beslutning afhænge af, hvilke hensyn der vejer tungest. Er man altruistisk motiveret vil der ske en integration af *"compassion"* og *"commitment to public interest"* i opgaveløsningen.

Ifølge PSM-teorien, kan det kun lade sig gøre at motivere medarbejderen, såfremt det medarbejderen skal gøre ikke er i konflikt med egne værdier. Ved at kende til, hvad der motiverer medarbejderne, er der således et potentiale i forhold til at medarbejderne medvirker til at skabe udvikling i den retning organisationen ønsker.

I relation til indførelsen af det datamæssige overblik, vil jeg anvende kendskabet til medarbejdernes motivation, til at kunne tilrettelægge udviklings og implementeringsprocessen så medarbejderne motiveres til at arbejde med og ikke imod det datamæssige overblik. Hvor vidt de motiveres af "compassion" eller "Commitment to public interest" vil være betydende for, hvordan de tager imod det datamæssige overblik. Jeg vil således anvende disse begreber i min analyse af empirien. Derved vil jeg kunne afdække om der er risiko for crowding out og dermed forsøge at planlægge det datamæssige overblik, således at chancen for crowding in øges.

Opsamling og analyseramme

I dette afsnit vil jeg foretage en opsamling på teorien samt konkretisere, hvordan jeg vil anvende teorien i denne opgave.

De daglige arbejdsrutiner er således underlagt forskellige styringsprincipper, hvor nogle knytter sig til det faglige eks. konkret behandling af en patient, og andre til det organisatoriske, eks. rationel planlægning og organisering af patientforløb. Jeg har valgt at lave min analyse ud fra et professions- og et organisationsperspektiv og herefter perspektivere til motivationsteorien. Baggrunden for at vælge at inddrage motivationsteorien er, at ud over at være medlem af en profession og agere ud fra de normer og værdier der ligger inden for den, så er medarbejderne også individer der har egne værdier og normer og som motiveres forskelligt.

Organisationsperspektiv

Ved først at se på selve organisationen, er formålet at opnå indsigt i, hvilken organisatorisk ramme det datamæssige overblik skal implementeres i. På hospitalet er der en meget stærk professionslogik som er styrende for den interne opbygning af organisationen. En stor del af medarbejderne, er skolet ind i en bestemt professionslogik. Sideløbende med den er der også kommet en NPM-logik som ikke opfattes som fuldt institutionaliseret endnu (Greve & Pedersen, 2017), men som jeg i denne opgave har valgt at inkludere i virksomhedslogikken, da både NPM og Virksomhedslogikken har sit udspring i markedstankegangen. Den del af virksomhedslogikken der er relevant for denne opgave, er den del der omhandler effektivitet. Den måde de fagprofessionelle møder kravet om effektivitet, er ved organisationens fokus på patientflow. Ved patientflow menes, hvordan man i organisationen kan få undersøgt, behandlet og udskrevet patienterne hurtigst muligt, så der bliver plads til den næste patient. I denne opgave vil analysen af, hvornår organisationen er præget af en virksomhedslogik således primært omfatte, hvornår læger og sygeplejersker inkluderer flow som en del af det arbejde de udfører. Den sidste logik jeg vil inkludere er statslogikken, som omhandler demokratisk deltagelse og retfærdig fordeling af ressourcerne. Den måde det påvirker arbejdet i akutmodtagelsen på er ved, at der er begrænsede

ressourcer til rådighed og de danner rammen for det arbejde der skal udføres. I forhold til demokratiet, er det den direkte indflydelse som enhver patient har på egen behandling.

Jeg vil således i min undersøgelse af empirien, særligt analysere med henblik på, hvordan de tre logikker anvendes når medarbejderne træffer beslutninger. Nedenfor er en tabel der viser, hvilket beslutningsrationale de forskellige logikker anvender og jeg vil ud fra dette analysere empirien med henblik på at finde ud af, hvilket beslutningsrationale de fagprofessionelle lægger til grund for deres beslutning.

	Virksomhedslogik	Professionslogik	Statslogik
Beslutningsrationale	Beslutningen bliver truffet for at opnå effektivitet og skabe flow i patientforløbene	Beslutningen bliver taget på baggrund af et ønske om at opnå høj faglig kvalitet og den bedste behandling af patienten	Beslutningen bliver truffet på baggrund af et resourcespørgsmål, eller patientens indflydelse på egen behandling

Professionsperspektiv

I forhold til det professionsteoretiske perspektiv, har jeg taget udgangspunkt i Noordegraafs teori om professionernes rolle og udvikling i samfundet. Han beskriver, hvordan viden og kontrol er vigtige karakteristika for professionelle og de forskellige roller som rene, situerede, hybride og beyond hybride. Jeg vil anvende teorien tilpasset til den konkrete arbejdsituation i akutmodtagelsen og derved anlægge en mere praksisnær tilgang. Jeg har udvalgt cases og opdelt min analyse i henholdsvis læger og sygeplejersker. Dette er gjort for at se om der er en forskel i, om man har udviklet sig til en hybrid eller "beyond" hybrid alt efter, hvilken profession man tilhører. Dette er interessant i forhold til det datamæssige overblik, da det kan være at præsentation og implementering skal være forskellig i forhold til de to faggrupper. Nedenfor har jeg indsat en tabel der viser, hvilket beslutningsrationale de anvender og i analysen af min empiri, vil jeg konkret se efter, hvad der ligger til grund for beslutningen.

	Ren	Situeret	Hybrid	Beyond hybrid
Beslutningsrationale	Træffer udelukkende beslutninger ud fra opnåelse af høj faglig kvalitet	Træffer beslutninger med ønske om høj faglig kvalitet, men med et blik for det organisatoriske	Modstiller det organisatoriske med det professionsfaglige, og inkluderer nødtvungent begge perspektiver i sin	Inkluderer med naturlighed, det organisatoriske og det professionsfaglige i sine beslutninger.

			beslutning	
--	--	--	------------	--

Oversigt over beslutningsrationale

Jeg vil i denne opgave anvende to analysekategorier der tager sit udgangspunkt i Noordegraafs teori, men er tilpasset til problemformuleringen.

viden, inkluderer viden, vidensoverførsel, erfaring og supervision.

Selvstyre, inkluderet monopol på arbejdsopgaver og ledelse.

Motivationsperspektiv

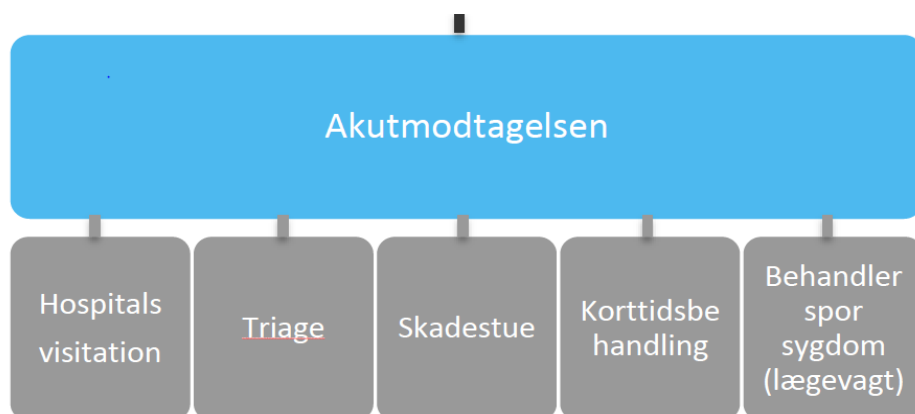
Den sidste del af analysen vil omfatte en perspektivering til, hvordan samspillet mellem professionernes faglighed og det organisatoriske krav om effektivitet påvirker læger og sygeplejerskers motivation. I forhold til PSM, så taler man om "compassion" og "commitment to public interest". Hvis jeg skal relatere dem til professions og organisationsbegreberne, vil en medarbejder, der er stærkt motiveret af compassion-delen ofte agere ud fra en professionsfaglig tilgang, mens en medarbejder der motiveres af "commitment to public interest" ofte vil inkludere eksempelvis virksomhedslogikken i højere grad. Ved indførelsen af et datamæssigt overblik vil det påvirke både den professionsfaglige og den organisatoriske del af opgaverne, og i særdeleshed vil den organisatoriske del komme til at fylde mere. Alt efter om de primært er motiveret af "compassion" eller "commitment to public interest", vil der enten ske crowding in eller crowding out ifølge PSM-teorien. Jeg vil derfor i analysen relatere til, hvordan etableringen af det datamæssige overblik vil påvirke læger og sygeplejerskers motivation og derved hvordan de forventes at tage imod systemet. Jeg vil i empirien kigge efter, om de beslutninger der træffes og de udsagn de kommer med, relaterer sig til "compassion" eller "Commitment to public interest"

Metode

I dette afsnit vil jeg først beskrive konteksten og derefter gennemgå den valgte metode og forholde mig til fordele og ulemper ved denne. Til slut vil jeg beskrive, hvordan jeg håndterer og præsenterer den indsamlede empiri.

Konteksten

Opgaven omhandler læger og sygeplejerskers arbejde i akutmodtagelsen på Nordsjællands hospital i Hillerød. Akutmodtagelsen er en del af Akutafdelingen, og er opdelt i følgende områder:



(hospital, 2019).

Målet med denne organisering er ifølge Akutkoncept 2019 (hospital, 2019):

Den nye NOH FAM (Nordsjællands hospitals fælles akutmodtagelse) har som mål at levere undersøgelse, behandling og pleje af høj faglig standard.

Det er målet, at 70 % af de akutte patienter bliver færdigbehandlet i NOH FAM inden for 48 timer, hvilket vil sige udredes, behandles, færdiggøres og sendes hjem fra NOH FAM.

I Akutmodtagelsen er det også et mål, at patienter i behandling kan færdiggøres inden for 12 timer. Såfremt en patient vurderes til indlæggelse, visiteres patienten uden forsinkelse til Akutspecialenesengene, hvor speciallæger har mulighed for at viderevisitere til eget specialeafsnit eller at udrede og færdigbehandle patienten inden for 48 timer.

Den nye organisering skal minimere belægningen i stamafdelingerne og forhindre overbelægning generelt.

Jeg har valgt at observere og interviewe læger og sygeplejersker i triagen og afsnittet til korttidsbehandling, da det er de områder der vil blive berørt af det datamæssige overblik. Triagen er det sted, hvor patienterne kommer ind først, bliver vurderet, og visiteret til de forskellige specialer. På korttidsafsnittet ligger de patienter, der forventes færdigbehandlet indenfor 12 timer. Alternativt skal de visiteres videre til en akutspecialeneseng.

De dage jeg har været og observeret i akutmodtagelsen, har en del medarbejdere givet udtryk for, at det var nogle af de mere stille dage. Men når man kommer udefra og observerer, så virker det som om der er mange opgaver der skal løses, og derved en vis travlhed. Opgaverne veksler mellem meget akutte patienter, og patienter med et roligere forløb. Lægerne og sygeplejerskerne har flere patientforløb i gang parallelt, hvor de går til og fra patienterne når det behøves. Der er således mange bolde i luften, og der er meget viden de skal holde styr på samtidig. I løbet af en dag, er der mange forstyrrelser i deres arbejde, eksempelvis af pårørende, eller andre fagprofessionelle der afleverer et svar/en observation eller har behov for sparring. De arbejder således koncentreret i meget små tidsrum i løbet af dagen, og skal hele tiden sikre sig, at de informationer de modtager, bliver koblet til den rigtige patient.

Ved den ene morgenkonference blev der talt om at der jævnligt kommer patienter med truende adfærd. Der var en der havde oplevet, at der blev taget kvælertag på en kollega i den forgangne weekend. Dette er med til at påvirke de betingelser de skal arbejde under, og giver et massivt psykisk pres, ud over presset i at få håndteret de mange patienter.

Metode

Dette projekt baserer sig på den humanistiske og hermeneutiske forskningstradition, og er af den forstående forskningstype. Her er et af de afgørende kendetegn, at den fortrinsvis baserer sig på de udforskede menneskers perspektiv og konteksten er en integreret del af forskningsprocessen (Launsø, 2017). Der er tale om et casestudie, hvor jeg undersøger forskellige faggruppers subjektive opfattelser og observerer deres handlinger i deres hverdagspraksis. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i teorier, jeg har stiftet bekendtskab med undervejs gennem MPG, og har fulgt deres referencer til andre artikler eller bøger. De anvendte teorier anvendes komplementerende, dvs. at de supplerer hinanden i forhold til fortolkningen af problemfeltet (Grøn, 2014).

Da jeg ønsker at undersøge værdier på handlingsplanet, har jeg valgt at tage udgangspunkt i de rutiner de har, og hvilke konkrete handlinger de gør. Jeg har valgt at kombinere observation af deres arbejde i praksis og kvalitative semistrukturerede interviews. Udvælgelsen af hvilke faggrupper jeg har valgt at inkludere, er gjort på baggrund af Noordegraafs teori om professioner samt hvilke faggrupper der vil blive mest berørt af det nye system. Jeg har på denne baggrund valgt at observere og interviewe læger og sygeplejersker, således at det blev en situeret og en ren profession. Jeg havde oprindeligt bedt afdelingsledelsen om at udvælge to medarbejdere, hvor den ene ville forventes at være positiv, og den anden mere forbeholden i forhold til at arbejde datadrevet. Dette var valgt for, at de repræsenterede forskellige positioner indenfor den samme profession. Dette viste sig at være vanskeligt at koordinere. Respondenterne blev derfor udvalgt tilfældigt blandt de læger og sygeplejersker der var i tjeneste, de dage jeg skulle observere.

Som det første følger jeg fokuspersonerne og observerer deres hverdagspraksis. Dette gør jeg ud fra en selvudviklet observationsguide (bilag 1), og med særlig vægt på at observere situationer, hvor der bliver truffet en beslutning. Jeg observerer både hvem der træffer beslutningen, hvad der bliver besluttet og evt. dialog omkring det. Jeg vil være særlig opmærksom på beslutninger der relaterer til skift i behandling, eller beslutning om udskrivning eller overførsel til andre afsnit. Efterfølgende vil jeg interviewe personerne med udgangspunkt i observationerne, for således at spørge ind til deres overvejelser i forbindelse med beslutningen.

Interviewene sker på baggrund af en interviewguide (bilag 2) som ud over spørgsmål til de konkrete observationer, også indeholder spørgsmål af mere generel karakter ud fra de teoretiske felter. En del af spørgsmålene tager udgangspunkt i et professionssociologisk perspektiv, særligt Noordegraafs teori omkring professioner. Jeg har valgt at tage udgangspunkt i Noordegraafs forskning, da denne har fokus på at professionerne både er under pres fra NPM, men også fra eksempelvis den teknologiske udvikling. Det datamæssige overblik kan være en teknologi, som vil være med til at presse professionerne. Jeg vil bruge teorien til, at undersøge om de handlinger, rutiner og prioriteringer der er i gruppen omkring det datamæssige overblik, domineres af professionernes styring, organisationsstyring eller en sammensmeltning af disse samt evt. samfundets og patientens perspektiv.

Den sidste del af interviewet omhandler motivationen. Her vil jeg tage udgangspunkt i PSM for at undersøge, hvordan samspillet mellem professionens og organisationens værdier påvirker de ansattes motivation i dag, og hvordan indførelsen af det datamæssige overblik, forventes at påvirke de ansattes motivation fremadrettet.

Observation som metode

For at se, hvad der sker i udførelsen af deres arbejde, har jeg valgt at foretage observationer. Observationerne forgår i respondentens normale arbejdskontekst. Jeg tilstræber, at holde mig i baggrunden og tiltrække mindst mulig opmærksomhed. Men det kan ikke udelukkes at min tilstedeværelse i rummet påvirker observationsfeltet.

Her ud over, er jeg forsker med en sundhedsfaglig baggrund og ansat et andet sted i organisationen, og med en projektlederrolle for et projekt der vil påvirke observationsfeltet. Dette kan være problematisk i forhold til at skabe en yderligere bias i forhold til, hvordan en given situation vil blive håndteret. Samtidig er det uundgåeligt, at mine observationer vil være præget af mine forforståelser i forhold til observationsfeltet.

Ved observationen anvendes en fænomenologisk tilgang, hvor jeg særligt observerer på beslutninger/ beslutningsprocesser og hvem der gjorde hvad og hvornår. Her er således fokus på, hvad der rent faktisk skete, observeret med mine forforståelser. I den fænomenologiske tilgang, lægges vægt på at det folk siger, og gør, afspejler deres fortolkning af situationen (Kristiansen & Krogstrup, 2015)

Interview som metode

Jeg har valgt, at foretage kvalitative semistrukturerede interviews på baggrund af observation. Interviewet som metode giver mulighed for at spørge "hvorfor" eks. en beslutning bliver truffet. Dette giver mulighed for at opnå indsigt i, hvilke subjektive overvejelser respondenterne gør sig og om der er en skjult dagsorden bag beslutningen som ikke umiddelbart kan observeres (Kristiansen & Krogstrup, 2015).

Men der er en risiko for at respondenterne kommer til ubevidst at tale ud fra, hvordan man ønsker at det skulle være fremfor, hvordan det rent faktisk er.

Observation og interview i kombination

Ved at anvende en kombination af observation og interview tilstræbes at opnå indsigt i, hvad der foregår når der træffes beslutninger. Samtidig opnås indsigt i respondenterne subjektive opfattelse af, hvad der skete og hvorfor. Jeg har valgt at observere først og så interviewe bagefter. Dette er valgt for, at kunne spørge konkret ind til de situationer jeg har observeret. Ved at anvende en kombination af metoderne, vil det være med til at minimere indflydelsen af mine forforståelser ved observationen samt minimere indflydelsen af at respondenterne måske svarer ud fra, hvordan de ønsker det skulle være.

Ved alle observationer var det, det muliges kunst at få gennemført interviewene. Observationsfeltet er præget af travlhed med en del akut arbejde. Det var således kun muligt at gennemføre interviews af ca. 15 minutters varighed og udført umiddelbart efter observationen. Dette stillede store krav til mig som observatør og interviewer i forhold til hurtigt at være skarp på, hvilken del af observationen interviewet skulle omhandle. Jeg renskrev observationerne umiddelbart efter at interviewet var gennemført, og flere gange under renskrivningen af observationerne blev det klart for mig, at det ville have været relevant at spørge respondenterne om en given episode. Dette var desværre ikke muligt i den givne kontekst og med mit metode-setup. Det ville have givet bedre mulighed for at få talt om de vigtigste ting ved interviewet, hvis jeg havde observeret, renskrevet og så gennemført interviewet på den baggrund.

Håndtering og bearbejdning af data

Under observationerne vil jeg lave skriftelige notater som vil blive renskrevet hurtigst muligt, således at der er størst mulighed for at kunne huske detaljerne.

I forhold til interviewene vil de blive optaget undervejs og efterfølgende transskriberet. Der vil ved analysering af data blive anvendt den deduktive tilgang, hvor man på baggrund af teorien slutter fra lovmæssigheder til enkeltobservationer (Launsø, 2017). Efter transskribering, vil interviewene blive gennemgået i henhold til analyserammen, og data kodet i forhold til samspillet mellem det organisatoriske og det professionsfaglige. Samme fremgangsmåde vil blive anvendt i forhold til data fra observationerne.

I forhold til motivationen vil datamaterialet blive gennemgået i forhold til informantens subjektive opfattelse af om det observerede eller fremkomne i interviewet virker fremmede eller hæmmende for motivationen samt om udsagn eller handlinger relaterer sig til "Commitment to public interest" eller "compassion" indenfor PSM.

Præsentation af empiri

Der er indsamlet data over 4 dage i forskellige funktionsområder i Akutmodtagelsen på Nordsjællands hospital. To dage med fokus på lægernes arbejde, og to dage med fokus på sygeplejerskernes arbejde. Efterfølgende har jeg interviewet fagpersonerne bortset fra en enkelt læge, hvor det ikke kunne lade sig gøre i forhold til arbejdstilrettelæggelsen.

Jeg har valgt at præsentere empirien som eksemplariske cases, som jeg både analyserer på baggrund af professionsteorien, teorien om institutionelle logikker samt perspektiverer til motivationsteorien. Casene er udvalgt så de repræsenterer forskellige situationer, der er en del af de fagprofessionelles daglige arbejde. De er udvalgt så de både omhandler, hvordan arbejdsopgaver tildeles, og hvordan arbejdsopgaverne konkret løses. Dette skyldes at det datamæssige overblik ved dets indførelse, vil påvirke begge områder. Jeg har ved observationerne primært fulgt enten en læge eller en sygeplejerske. De første 2 cases er fra observation og interview af en læge, mens de sidste 3 er fra observation af en sygeplejerske.

Case 1 omhandler således en morgenkonference, hvor lægerne fordeler dagens patienter imellem sig. Denne handler om lægernes fordeling og tildeling af arbejdsopgaver.

Case 2 handler i særdeleshed om lægerens viden og hvor den kommer fra. Den tager udgangspunkt i et interview med en yngre læge. Grunden til at casen er interessant i forhold til det datamæssige overblik er, at der ved indførelsen af dette også vil ske ændringer i vidensstrømmene i afdelingen, idet systemet ved hjælp af kunstig intelligens kan komme med et bud på, et muligt næste skridt i udredning/behandling af patienten. Derved påvirkes lægernes vidensmonopol.

I case 3 følger jeg en sygeplejerske, som har funktionen med at være koordinerende i forhold til patientflowet. Hun har således en rolle, som vil blive stærkt påvirket af det datamæssige overblik. Det er interessant at se, hvordan hun anvender sin sygeplejefaglige baggrund i relation til at skabe patientflow.

Case 4 finder sted i triagen som er særlig ved, at den primært er bemandet med sygeplejersker. Her kommer alle patienter ind inden de bliver fordelt til de øvrige områder. Der er således mange patienter igennem, og derved et stort flow. I relation til det datamæssige overblik, er der således mange patienter at håndtere som hver især skal relativt hurtigt videre.

Case 5 er ligeledes fra triagen, men er fra interviewet af sygeplejersken, hvor hun taler om hvordan det professionsfaglige og det organisatoriske spiller sammen i triagen i forhold til at få skabt flow.

Analyse

I dette afsnit vil jeg præsentere 5 cases, som bliver analyseret i relation til underspørgsmålene i problemformuleringen.

Case 1

Denne case er taget ud af empirien indsamlet den 23.09.2019 i Akutmodtagelsen. Klokken er 8.00, og der er morgenkonference i akutafdelingens personalerum. Formålet med mødet er, at overlevere viden om nattens patienter fra nattevagten til det hold der lige er mødt ind. Rummet er ca. 12 m² stort og i midten står et stort bord med stole omkring. På den ene endevæg er en stor skærm. Efterhånden som lægerne kommer ind i lokalet sætter de sig ved bordet i midten, mens de øvrige sætter sig udenom på stolerækker langs væggen eller står hvor der er plads.

Deltagere: 13 pers. Overlæger, reservelæger, bagvagt, yngre læger, farmaceut, 2 afdelingssygeplejersker, koordinerende sygeplejerske. Udskrivelsesygeplejerske, bedmanager (sygeplejerske der styrer kapacitet). Lægen der har været på nattevagt.

Alle deltagere får en liste med dagens patienter og overblikket tages op på storskærm. Den yngre læge har opgaven med at opdatere skærmen i forhold til, hvem af lægerne der skal tilse hvem, og mødet ledes af en overlæge.

Listen med patienter gennemgås og tildeles til de forskellige læger:

1. *patient* *Obs. Nyresten, skal ses og sendes hjem*
2. *patient* *Uset pt med bryst smerter tildeles den yngre læge*
3. *patient* *Overdosis, skal vurderes og sendes hjem*
4. *patient* *prostatacancer, smerter i højre ben, hjem/Herlev?*
5. *patient* *LIA-pt (lunge og infektionsmedicinsk afdeling), bp taget, kigges på, udskrives og hjem.*
6. *patient* *Overdosis, suicidaltruet (selvmordstruet), der skal rekvireres psykiatrisk tilsyn, Tildeles til den yngre læge*
7. *patient* *Abdominal-smerter (mavesmerter) ganganger. Lave plan, hvilket i forvejen er forsøgt mange gange. Patient tager normalt kalium, blodprøvesvar er lidt skæve, måske har han ikke taget sin kalium? Kommer tit med alle mulige henvisninger. Bagvagten tildeles den patient. Kendt af mange som værende svær at komme af med, og meget insisterende på at der er noget galt*
8. *patient* *Har haft rygsmerter, prøvede at drikke en flaske whisky for at dulme smerterne. Har nu en promise på 4. kigges på og hjem*
9. *patient* *Obs. Nyresten – afventer CT-scanning*
10. *patient* *Abstinenser, er hjemløs og vil "gerne hjem"*

Her efter et par udelagte (ikke indlagte patienter som har et behandlingsbehov) patienter som skal have lavet smerteplan.

Der veksles meget få ord om hver enkelt patient. Dialogen foregår mellem lægerne. De øvrige i lokalet lytter, og noterer på den liste de har fået udleveret. Alle virker fokuserede og min umiddelbare fornemmelse er, at dette er en fast procedure for morgenkonferencen, hvor alle kender og agerer i forhold de spilleregler der er (uformelle eller formelle).

8.20 dagens patienter er tildelt og alle er ved at rejse sig.

Den erfarne overlæge spørger om der er noget mere fra vagten?

Er der noget der er gået godt/galt?

Svar fra nattevagtslægen:

"Der har været travlt, men det gik godt – der var mange vi fik vendt i døren"

Godt svarer den erfarne overlæge

Efter morgenkonference går alle fagprofessionelle ned i deres respektive arbejdsområde for at tilse og behandle dagens patienter

Casen i forhold til lægers faglige professionalism

Som skrevet i analyserammen, har jeg på baggrund af Noordegraafs teori lavet 2 analysekategorier, viden og selvstyre. Hvis man ser på den morgenkonference, så er de læger der skal tilse patienterne i akutmodtagelsen alle til stede. De bliver indenfor egen faggruppe enige om, hvem der tager hvilke patienter. Lægerne har således i denne situation, en høj grad af selvstyre. De har opnået retten til selv at fordele arbejdet.

I forhold til dette selvstyre omkring lægernes fordeling af patienter, så siger den yngre læge under interviewet da jeg spørger: *Hvor meget kan hun selv styre i sit arbejde, og hvor meget bliver styret af andre?*

"Jeg er forholdsvis ny, så for mig er det fedt, at få nogle af de lidt nemmere patienter, for så kan jeg komme ind i flowet, og det synes jeg egentlig jeg kan påvirke om morgenen, hvor jeg f.eks. kan byde ind på hvilke patienter jeg vil have, og hvis jeg havde taget sedlen med patient, og fundet ud af hvilke patienter, jeg er tryk ved at tage, så kunne jeg jo sagtens påvirke det og have sagt dem vil jeg gerne have. Men jeg tror ikke der er noget der bliver givet, hvis det er modsat om en måned, og jeg gerne vil have noget mere ansvar tror jeg ikke det er noget der bliver givet, så tror jeg mere jeg skal bede om det. Ellers tror jeg, jeg bliver givet de hurtigere opgaver. Jeg ligger for lavt i hierarkiet for at få de spændende patienter og så må jeg selv gøre en indsats for at få dem."

Her omtaler den yngre læge således de normer, der ligger til grund for selvstyret. Hun giver udtryk for, at hun har mulighed for at opnå selvstyre over, hvilke patienter hun skal tilse. Men der er en intern regel, eller norm, der tilsiger at det er noget hun selv skal gøre en indsats for, men hun forventer så, at det så også ville blive accepteret af de øvrige kollegaer.

I forhold til hvilken viden lægerne anvender i deres arbejde, er der her tale om en kort faktisk overlevering af viden fra lægen der har haft nattevagten. Men hele situationen med lægerne der sidder i midten og taler sammen, er et udtryk for at lægernes viden er den centrale, og det er anerkendt af de øvrige faggrupper.

Casen i forhold til sygeplejerskers viden og selvstyre

Det er påfaldende ved denne observation, at sygeplejerskerne sætter sig ude langs kanten af rummet og ikke inde ved bordet, selvom der er plads. Undervejs er det kun lægerne der taler, sygeplejerskerne lytter kun. Så vidt jeg ved, er der ingen formel regel der siger at sygeplejerskerne ikke må deltage i samtalen, men det er en kultur der er opstået/overlevet fra gammel tid. Det er også kun de læger der har haft nattevagt der deltager, ikke sygeplejerskerne. Det virker som om sygeplejerskerne ikke sætter deres viden i spil, men kun er modtagere af lægernes viden. Lægerne efterspørger den heller ikke. Her agerer professionerne således forskelligt. Måske er det et udtryk for at lægerne som ren profession, har været vant til at være, og stadig er, styrende i forhold til patienterne, mens sygeplejerskerne, som situeret profession, agerer hjælpere for lægerne. Dette virker som en videreførelse af den faglige opdeling, der traditionelt har været i organisationen.

Krydspres mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper

Det virker som om der er en intern norm for fordeling af patienter. Dette ses eksempelvis ved tildeling af patient 7, hvor patienten tildeles til bagvagten. Begrundelsen for tildelingen er, at patienten nævnes som værende svær at komme af med. Hvis man ser på det, er det således ikke fordi lægerne samlet set vurderer, at patientens tilstand er kompliceret og at det derved er den erfarne bagvagt der skal tilse denne. Det begrundes med, at vedkommende er svær at komme af

med, og derved potentielt ville kunne bremse flowet. Der indgår således i lægernes prioritering, en overvejelse omkring, hvordan de ved fordelingen af patienter kan være med til at skabe flow.

Hvis man således inddrager teorien omkring institutionelle logikker. Så er det et eksempel på, at virksomhedslogikken og professionslogikken begge indgår som en del af lægernes overvejelser ved fordelingen af patienter. I deres prioritering, inddrages begge logikker og virksomhedslogikken bliver her styrende for, hvilken beslutning der bliver truffet.

I slutningen af casen bliver lægerne der er på vej hjem, spurgt til, hvordan natten er gået. De svarer, at det gik godt fordi de fik vendt mange i døren, hvilket de får anerkendelse for fra overlægen. Hvis vi kigger på det ud fra teorien om institutionelle logikker, er succeskriteriet for en god nattevagt således organisatorisk.

Hvis vi lige vender tilbage til uddraget af interviewet med den yngre læge i det sidste afsnit. Så fortæller hun, at hvis hun ikke aktivt tager styringen under fordelingen af patienter, så bliver hun tildelt de hurtige patienter. Det bliver virksomhedslogikken omkring flow der styrer, hvilke patienter hun skal tilse. Det vil sige at, hvis ikke der er noget i professionslogikken der styrer processen, så vil det være virksomhedslogikken der er den styrende logik. Hendes opfattelse er, at hvis der indenfor professionslogikken var en god grund til at hun skulle tildeles den pågældende patient, så ville den logik have været den styrende.

I forhold til statslogikken, er der ikke noget i casen der fortæller om mængden af ressourcer er tilstrækkelig. Men den fortæller i hvert fald, hvordan ressourcerne fordeles. Ved eksempelvis patient nr. 10 bliver det også fremhævet, at patienten ønsker at komme hjem. Det kan tolkes som et udtryk for demokrati, hvor patientens ønske om egen behandling, bliver inddraget i de fagprofessionelles beslutningstagning.

Det virker som om de naturligt inddrager de tre logikker i deres beslutningstagen. Der er et hierarki imellem logikkerne, hvor det først er professionslogikken der er den styrende, men hvis den ikke giver en anvisning for beslutningen så anvendes de øvrige logikker.

Hvordan påvirker krydspreset deres motivation i dag og hvordan forventes den datamæssige styring at påvirke motivationen?

Hvis vi kigger på casen i forhold til lægerne, så er der en høj grad af selvstyre for dem. Ved indførelsen af det datamæssige overblik, vil lægernes selvstyre i forhold til fordeling af arbejdsopgaver umiddelbart blive indskrænket. Der kunne være en risiko for at de vil opfatte det datamæssige overblik som styrende/kontrollerende. Set i det lys, er der ifølge PSM risiko for crowding out. Men i forhold til lægernes fordeling af opgaver virker det som de inkluderer alle 3 logikker i deres beslutningstagen i dag. Hvilket kunne give en formodning om, at de ikke vil opleve det som konflikt med deres værdier, at arbejde ud fra det datamæssige overblik i forhold til beslutningstagen omkring den enkelte patient. Det kunne tyde på crowding in i forhold til at anvende systemet til den del. Dette giver et opmærksomhedsfelt i forhold til det datamæssige

overblik. En overvejelse er, hvor vidt det er vigtigt at fordele patienterne på en anden måde, end ved en morgenkonference eller man skal bibeholde den del og så anvende det datamæssige overblik til at styre flowet, når lægerne er blevet fordelt. Ifølge PSM, kan en af de ting der er med til at skabe crowding in være at lægerne forstår, hvorfor det giver mening at begrænse deres selvstyre og tildele patienterne på en anden måde. Så i tilfælde af, at vi vælger at tildele patienter til lægerne ud fra det datamæssige overblik, skal vi være særligt opmærksomme på kommunikationen omkring dette.

Case 2

Jeg har valgt at tage udgangspunkt i et interview med en yngre læge omkring viden. Dette er hendes subjektive udsagn omkring viden, men under min empiriindsamling har jeg gjort korte observationer, der fortæller noget om lægernes kilder til viden og som ligner det, som lægen beskriver.

I interviewet har vi netop talt om en specifik situation med en patient, hvor lægen har søgt viden. I interviewet spørger jeg ind til den konkrete situation og derfra kommer vi ind på, hvor lægen generelt får sin viden fra (I=interviewer, L=lægen).

I: Hvis du tænker på, der hvor du leder efter en vejledning

Prøv at fortælle mig hvad der sker der? Du ledte efter noget i VIP (dokumentstyringssystem med instrukser)?

L: ja i forhold til Paracetamolen, så sagde den siden kan findes inde på PC, jeg finder den på mobilen i stedet, og kan følge den der.

I: Så man kan sige at du savner noget viden der, som du fandt et andet sted?

L: Ja, det er noget jeg oplever tit, at den internet forbindelse der er åbnet, ikke kan gå på Google, man skal tage en specifik internetforbindelse for at komme på specifik hjemmeside, jeg tænker det er det, der er sket igen, så jeg vil sige hvis jeg skulle til, at behandle patienten så ville jeg bruge længere tid på at finde informationen på PC, jeg synes det er u-optimalt, at bruge den på mobilen, det er så lille en skærm, jeg kan godt finde informationen på mobilen men man kan hurtigt overse noget.

Hvis jeg ikke fik den op på PC, ville det være en forringelse af arbejdsmetode.

I: Hvis du tænker på hvilken viden du anvender sådan en dag som i dag, når du arbejder, lad os bare tage hende.. xxx? Patient, hvor kommer den viden fra?

L: Altså i forhold til hende så har jeg været på ...?.. hvor vi også havde 2 pt. m suicidalforsøg (selvmordsforsøg), så jeg vidste der var en instruks på denne type forgiftning, og så brugte jeg viden fra kollega, jeg fulgtes med. Ellers bruger jeg VIP rigtig ofte, og hvis jeg ikke finder noget på Nordsjællands Hospital, så kan jeg godt finde på at søge på region H eller Region Midt siden. Der ved jeg hvor jeg finder tingene, fra da jeg var på Herning Hospital og får en rette snor på jeg er på rette vej og så bruger jeg lægehåndbogen rigtig meget.

I: Så du søger det i virkeligheden på PC?

L: Ja altså man kan sige nu har jeg tilfældigvis været på weekendtur med nogle andre der også er i lægefaget, hvor en er på psykiatrisk., og vi har diskuteret modtagelse af suicidal (selvmord) truede pt., hvad er vigtigt, for hun har lige stået i akutmodtagelsen i Århus på psykiatrisk akutmodtagelse, så jeg vil sige min grundviden trækker jeg fra studiet, jeg ved der er en suicidal screening

lomme kort og jeg ved hvilke / hvordan jeg skal finde en vejledning for de forskellige medicintyper af forgiftning, hvordan de skal behandles.

I: Hvordan oplever du den faglige sparring med de øvrige kolleger som en dag som i dag?

L: Opbygningen med en bagvagt så tæt på, jeg kan tage fat i, giver tryghed og på de fleste akutmodtagelser sidder der en mellem / bagvagt, som jeg kan gennemgå en patient med. Har også oplevet i praksis, at have brug for lave et nyt notat, hvis det ser forkert så der kan bagvagten også hjælpe.

I forhold til viden tegner der sig, på baggrund af dette interview, et billede af at der for de yngre læger er mange kilder til viden, hvilket jeg også har kunnet genkende i mine observationer. I hendes arbejde, anvender hun til tider interne instrukser der beskriver den lokalt vedtagne håndtering af en given diagnose. Men det kan også være instrukser skrevet i Region hovedstaden eller andre regioner. Det er således dokumenter skrevet i en organisatorisk kontekst, men ikke nødvendigvis til den pågældende organisation. Her ud over er der en lang række andre kilder til viden, eksempelvis patienten selv, hjemmesider fra/til læger, google, kopier i lommen fra andre ansættelser eller uformelle/formelle dialoger med andre læger. Der er dels lægmandsviden fra patienten samt viden fra mere eller mindre valide kilder på internettet. Dels evidensbaserede kilder med høj faglighed enten skrevet lokalt eller på anerkendte websites som lægehåndbogen.

Case 3

Denne case omhandler forløbet omkring en patient, hvor jeg følger en sygeplejerske i hendes arbejde og et uddrag af det efterfølgende interview med hende omkring flow.

Den første del af casen foregår i base 1. Her sidder de fagprofessionelle ved et langt bord, læger i den ene ende, den koordinerende sygeplejerske, en sekretær og i den anden ende har bioanalytikerne en plads. Der er overvågningsskærme foran dem og en glastrude med kig til nogle af patienterne. Området er meget åbent, og der passerer andre medarbejdere frem og tilbage bagved dem. Stemningen er intens og alle virker fokuserede. På opslagstavlen hænger diverse telefonlister og opslag med flowdiagrammer for forskellige sygdomstilstande.

Da jeg kommer og sætter mig, går den koordinerende sygeplejerske (KS) straks i gang med at forklare mig sin rolle: "Jeg er den koordinerende i dag, så jeg skal sikre senge, være på forkant, koordinere i forhold til patientens tilstand og sikre flowet. I starten fik vi at vide at vi skulle blive siddende her, men det gør jeg ikke, jeg løber lidt rundt ind imellem".

10.06 Læge til KS: "Jeg har brug for din hjælp – telefonnr. Til en neurolog (læge med speciale i hjerne og nervesygdomme)?"

KS slår det op og giver det til lægen.

10.08 Tlf. ringer, kan ikke høre hvad der blev sagt i den anden ende, men KS svarer "Patienten er lagt forkert – skal til stue 4"

10.09 Anden tlf. ringer med melding om at en patient er på vej til traumestuen.

KS ringer til sygeplejersken på traumeteamet og siger "10.30 ankommer der en patient, skal jeg ringe efter en ENA-læge (læge med speciale i hormon og nyresygdomme) for dig?"

KS afslutter samtalen og ringer til ENA-lægen og siger "Der ankommer en patient kl. 10.30, værdierne er grønne". Lægger røret og siger højt til sig selv "tjekket seng, team, læge – alt klar til at tage imod"

Ved interviewet senere taler jeg med den koordinerende sygeplejerske om, hvordan det opleves at skulle skabe flow (I=Interviewer, S=sygeplejerske):

I: Oplever du situationer, hvor du rent fagligt tænker, denne patient burde have denne behandling, men der ligger rigtig mange patienter i sengene, og så må du gå på kompromis med den faglige kvalitet for at kunne levere det flow?

S: Det går nogle gange lidt småstærkt. Jeg har en ide om at alle får gjort det de skal, men nogle gange bliver det sådan lidt hurtigt. Det bliver meget sådan dong, dong, dong, hvis de skal videre. Man snakker og prøver at være positiv, men det bliver sådan lidt kort for hovedet-agtigt. Så er det lidt synd.

I: Så du tænker rent fagligt får de det de skal have, men at I kan være udfordret på omsorgsdelen for patienten?

S: Ja. Fordi der er for mange patienter til overhovedet at.....nogle dage....du kan jo have....eksempelvis i dag, hvor vi havde helt tom skærm. Det har jeg f.eks. aldrig oplevet før. Så kan man lige få en kop kaffe og sådan nogle ting. Så er der andre dage, hvor vi tænker, hvad er det jeg selv hedder, når vi går hjem fordi der bare er så meget. Logistikken omkring patienterne, hvordan skal jeg få en plads, den venter og den venter. Så bytter vi rundt på dem, så den kommer til at ligge ude på gangen, så de kommer ind og ligger på pladser, så vidt de nu kan.

I: Så det du siger er, at fagligt får patienterne den undersøgelse de skal have, men det kan godt gå lidt stærkt for at få flowet til at forløbe?

S: ja, det er mit indtryk.

I: oplever du at alle faggrupper har det her fokus på flow igennem Akutmodtagelsen?

S: Det er ikke alle faggruppemedlemmer der har lige stor forståelse for flowet. Det er også noget personafhængigt.

Senere i interviewet:

I: hvordan oplever du i forhold til din egen motivation at skulle have det her konstante fokus på flow?

S: Det motiverer mig, at få skabt flowet. Jeg kan godt lide at lægge puslespil. Det har jeg altid godt kunne.

Casen i forhold til sygeplejerskers faglige professionalisme

Denne case omfatter sygeplejerskens rolle med at sikre at der er flow. Sygeplejersken har i denne situation en høj grad af selvstyre i forhold til, hvor en patient skal ligge eller hvem der skal tilse den pågældende patient. Til grund for dette selvstyre ligger hendes sygeplejefaglige viden, som hun sætter i spil i forhold til at vurdere at det eks. er en ENA-læge der skal tilse patienten på traumestuen. Hun anvender således sin faglige viden til at sikre sig, at der er de rette kompetencer til stede på traumestuen, men sætter ikke sig selv i spil med egen faglighed.

Casen i forhold til lægers faglige professionalisme

Det denne case viser er, at ENA-lægen bliver tilkaldt af den koordinerende sygeplejerske. Det gør hun fordi hun har den faglige viden der skal til, for at kunne behandle den pågældende patient. Men i forhold til ENA-lægens selvstyre, er det her begrænset. Der er et organisatorisk princip, der foreskriver at hun skal se denne patient. Hun har således begrænset selvstyre i forhold til tildeling af arbejdsopgaver, men givetvis fortsat selvstyre i den konkrete opgaveløsning.

Krydspres mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper

I forhold til institutionelle logikker, så er det i denne case meget virksomhedslogikken omkring flow der er i spil. Det er ønsket om flow der er definerende for den koordinerende sygeplejerskes handlinger og ifølge hendes egen beskrivelse, er det også rollen med at skabe flow, hun er blevet tildelt i dag. I interviewet giver hun udtryk for, at det til tider kan være udfordrende i forhold til professionslogikken, at skulle leve op til virksomhedslogikkens krav om flow. Hun beskriver således et sammenstød mellem de to logikker, hvor virksomhedslogikken får lov at være den styrende.

Hvordan påvirker krydspreset deres motivation i dag og hvordan forventes den datamæssige styring at påvirke motivationen?

I forhold til denne sygeplejerske, har hun taget de organisatoriske værdier omkring flow til sig. Hun har således accepteret virksomhedslogikken som en del af hendes professionelle arbejde. Hun arbejder ud fra denne, og motiveres af at få anvendt sin faglighed til at få skabt det nødvendige flow. I forhold til det datamæssige overblik, vil jeg forvente at der vil ske crowding in, da hun allerede i dag har virksomhedslogikken så meget med i sit arbejde og det datamæssige overblik vil være stærkt understøttende for dette. Nogle af de funktioner hun har i dag vil nok blive overtaget af overblikket, og det kunne give en ændret rolle for hende. Der er en risiko for crowding out, hvis det datamæssige overblik fjerner nogle af de opgaver, som ligger mest i tråd med hendes værdier. Det vil derfor være relevant, i forbindelse med indførelsen af det datamæssige overblik, at tage udgangspunkt i den nuværende professionslogik, og så arbejde på at få den redefineret så den er i tråd med den måde virksomhedslogikken vil blive udmøntet i forbindelse med det datamæssige overblik.

Case 4

Denne case finder sted i triagen som er det sted, hvor patienterne kommer først, bliver vurderet og fordelt til de respektive specialer. Triagen er primært bemandet med sygeplejersker. Da jeg kommer der over er der en lidt kaotisk stemning, flere patienter bliver hentet/afleveret af Falck. Sygeplejegruppen virker lidt hektisk og fortravlet. Rummet er meget langt og der står lejer langs væggene med tynde skille vægge og åbent ud til midtergangen. Centralt er placeret et par skriveborde med reoler bag. Det er her sygeplejerskerne har deres base og det er her paramedicinerne henvender sig, når de kommer med en patient.

Ved starten af casen er jeg lige kommet for at observere og vi står ved sygeplejerskernes base.

10.49 Sygeplejerskegruppen begynder at diskutere hvor "den kirurgiske badedragt" går på en patient. En af sygeplejerskerne har åbenbart været uenig med en læge omkring dette i relation til en tidligere patient.

10.52 Diskussionen er forstummet. Sygeplejersken (SP) siger: "vi tager Peter". SP går herefter over og ser om der er en ledig seng, for derefter at gå ud i venteværelse og kalde på Peter. Peter og hans kone rejser sig noget forbløffet op. Peter siger "Hold da op, det var hurtigt". Herefter går de hen til den seng SP har gjort klar.

Da patienten er kommet op i sengen siger SP "Du har slået hovedet for en måned siden?"

Peter: "Ja, jeg spillede tennis og så var der lidt vand på gulvet. Så faldt jeg bagover og slog hul i hovedet"

Hvad gjorde du så?

Peter: "Gik hjem og slappede af"

SP: "En anden gang vil vi gerne se dig med det samme"

Peter "Jamen, vi skulle rejse til USA to dage efter. Jeg kan vise dig et billede af hovedet med hul i"

SP: "Bruger du medicin til daglig"

Peter "Nej"

SP: "Besvimele du?"

Peter: "Ham der samlede mig op lavede den der test lægerne plejer at lave"

SP: "Hvilken test er det?"

Peter: "Den der lægerne man altid ser lægerne lave"

SP: "Nå, men nu er du gået til egen læge pga. ondt i hovedet?"

Peter: "Ja"

SP måler blodtryk på Peter

SP siger: "Blodtrykket ligger lidt til den høje side. Er der noget der fungerer dårligere hos dig efter faldet?"

Peter: "Nej"

SP sidder ved PC'en ved siden af Peter:

SP: "Computerne smider mig hele tiden af"

Det lykkedes at komme på og SP skriver et notat om henvendelsesårsag. Hun fortæller Peter hvad hun har skrevet. Peter nikker samtykkende.

SP siger: "Nu får du taget blodprøver og EKG (Hjerteundersøgelse) og så ringer jeg til den neurologiske læge (læge med speciale i hjerne og nervesygdomme). Hvis du skal score din hovedpine på en skala fra 1-10, hvor 10 er den værst tænkelige hovedpine. Hvor kraftig vil du så sige den er?"

Peter: "7"

SP: "Det er alligevel ret kraftigt"

Peter: "Nå, så er den nok kun 6. Jeg har også taget noget smertestillende fra USA kl. 8 imorges"

Peter finder sin mobil frem for at finde et billede af medicinen, men finder i stedet et billede af hovedet fra da han slog det. Han viser billedet til SP".

Mens Peter sidder med mobilen, finder SP et kontaktårsagskort for hovedpine frem ved siden af PC'en og noterer nr. og linje i PC'en.

SP siger henvendt til Peter: "Nu får du lige taget blodprøver og EKG og så kommer du til en anden station i akutmodtagelsen – neurologerne"

11.08 SP låner en telefon og ringer til neurologen og siger: "Har du hørt fra en praktiserende læge? Han er her hos mig, men skal vel til base 2. Det virker fredeligt, men Peter har haft commotio-symptomer (symptomer på hjernerystelse) i USA".

I forbindelse med interviewet spørger jeg til, hvordan deres vurderinger generelt bliver modtaget:

I: Oplever du at der bliver stillet spørgsmålstegn ved din beslutning, ved dit faglige skøn?

S: Nej, det gør jeg faktisk ikke. Det syntes jeg faktisk ikke. Vores læger har stor respekt for det vi ser og det vi gør.

Casen i forhold til lægers faglige professionalisme

Casen fortæller om den neurologiske læge. Denne læge har øjensynligt været i dialog med den praktiserende læge, og de har aftalt at patienten skulle komme ind på hospitalet. Så på baggrund af hans specialefaglige viden, har han haft selvstyre i forhold til at bestemme, at han skal se den pågældende patient.

Casen i forhold til sygeplejerskers faglige professionalisme

I forhold til sygeplejerskens viden, så anvender hun den til at spørge patienten om de relevante spørgsmål for at vurdere, hvor akut patientens sygdomstilstand er og der af hvilken diagnostik hun skal iværksætte. Til støtte for det anvender hun et kontaktårsagskort (organisatorisk dokument) til beslutning- og vurderingsstøtte. Da hun ringer til den neurologiske læge, fortæller hun sin vurdering af patienten på baggrund af hendes faglige viden.

I forhold til selvstyre, vælger hun selv at hun vil se den pågældende patient, og hvor det skal foregå. I begyndelsen af casen, er sygeplejerskerne i gang med en faglig diskussion omkring "den kirurgiske badedragt". De sparer således indbyrdes om viden i en uformel sammenhæng, midt i det øvrige arbejde.

Krydspres mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper

Her er det primært den professionsfaglige logik, der er i spil i forhold til sygeplejerskens arbejde. Det er ud fra denne, at der træffes valg om, hvad der skal ske med den pågældende patient i forhold til behandling og diagnostik. Virksomhedslogikken ligger dog i baggrunden, da det er den der definerer at patienten skal gøres klar med udredning og diagnostik i triagen, inden at patienten sendes videre til neurologerne, således at flowet ikke bremses længere fremme.

Samtidig er statslogikken i spil, i forhold til patientens demokratiske indflydelse på egen behandling. Patienten har ventet en måned med at komme ind, og har således taget styringen over eget forløb. Samtidig bidrager han også med den nødvendige viden i forhold til at afdække hans sygdomstilstand, og giver sit samtykke til at det sygeplejersken har skrevet, også er det han har sagt.

Hvordan påvirker krydspreset deres motivation i dag og hvordan forventes den datamæssige styring at påvirke motivationen?

I denne case er det primært det professionsfaglige der er styrende for processen, og der er ikke så meget der fortæller om sygeplejerskens motivation. Men hun går til opgaven med sin faglighed og giver udtryk for at hun oplever, at den bliver respekteret af lægerne. I forbindelse med indførelsen af det datamæssige overblik, vil det kunne give en ændring i opgavefordelingen mellem sygeplejersker og læger. Måske vil der mulighed for crowding in i forbindelse med det nye system, hvis det giver nye muligheder for at sætte sin faglighed i spil.

Case 5

Casen er taget fra interviewet på baggrund af observation af sygeplejersken i triagen den 04.10.2019 (I=interviewer, S=sygeplejerske)

I: Når du kigger hen over din dag i dag, så har der været varierende grad af travlhed. Der var et tidspunkt hvor der faktisk ikke var nogle patienter på vej ind til et andet tidspunkt, hvor der faktisk ikke var nogle ledige senge. Hvad gør du dig af tanker, når I nærmer jer en situation, hvor der faktisk ikke er nogle ledige senge?

S: Jamen, så vil jeg gerne have nogen ud og have plads i triagen. Så er det sådan nogle småting som patienter der ligger og venter på EKG, hvad kan vi gøre for at få sådan nogle ting hurtigere igennem. Nogle som der som sådan kan ligge alle mulige andre steder, men fordi de jo eksempelvis ikke kan ligge på gangen når de skal have taget EKG. Så prøver jeg at få fat i en laborant og prøver at se om vi lige kan gøre et eller andet og få taget det EKG og få dem videre. For der er jo pladser til dem andre steder.

I: Oplever du i de situationer at du er nødt til at gå på kompromis med din faglighed som sygeplejerske?

S: Ja, nogle gange gør jeg. Når man også skal tænke venteværelset ind. Det kan måske godt stritte lidt på mig, når vi sender nogen tilbage i venteværelset fordi der simpelthen ikke er plads til dem. Det ville jeg ikke gøre, hvis vi havde plads. Altså hvis jeg tænker omsorg og sådan noget, så syntes jeg ikke at det er den bedste løsning at sende dem tilbage i venteværelset.

I: Hvordan oplever du det, påvirker det din motivation?

S: Nej. Det gør det faktisk ikke.

Casen i forhold til sygeplejerskers faglige professionalisme

I denne situation beskriver sygeplejersken, hvordan hun anvender sin organisatoriske viden til, at få skabt flow for patienterne i triagen. Så hun accepterer at arbejde ud fra virksomhedslogikken og inkluderer denne i sit arbejde. I forhold til selvstyre, så er det i høj grad styret af, hvor mange patienter der kommer i det pågældende tidsrum. Sygeplejersken beskriver, hvordan hendes opgaver skifter, hvis der er ved at være for få pladser tilbage til patienterne. Når der bliver pres på pladserne, forsøger hun at påvirke de andre faggruppers selvstyre, således at de løser de opgaver hun skønner nødvendige, for at få skabt flow.

Krydspres mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper

Her er det helt klart virksomhedslogikken, der er i spil. Det er ønsket om flow, der definerer at der skal der handling. I interviewet giver hun udtryk for, at det kan være svært i forhold til hendes professionsfaglighed, når hun er nødt til at gå på kompromis med denne, for at leve op til virksomhedslogikkens krav om flow. Men hun accepterer virksomhedslogikken tilstrækkeligt til, at hun arbejder ud fra denne og sætter professionslogikken i baggrunden.

Hvordan påvirker krydspreset deres motivation i dag og hvordan forventes den datamæssige styring at påvirke motivationen?

I interviewet spørger jeg direkte til hendes motivation i relation til de situationer, hvor virksomhedslogikken er den styrende. Ifølge hendes udsagn, påvirker det ikke motivationen hos hende. Hun virker således til, at have accepteret virksomhedslogikkens krav om flow. I forhold til det datamæssige overblik, vil jeg forvente at der vil ske crowding in ved indførelsen af dette. Dette skyldes, at hun allerede har accepteret at virksomhedslogikken til tider også kan være styrende for, hvilke arbejdsopgaver der skal løses. Det datamæssige overblik kan måske virke fremmende på hendes motivation, da det vil støtte flowet og derved frigør tid/ressourcer til at varetage de mere professionsfaglige opgaver.

Diskussion

I den første del af diskussionen vil jeg fokusere på prioriteringen af patienterne, og dernæst på de fagprofessionelles viden. Herefter vil jeg diskutere dette i relation til medarbejdernes motivation. Til sidst i diskussionen, vil jeg komme med kritiske perspektiver på den valgte metode.

Undervejs i de forskellige cases ses de organisatoriske principper om, hvem der skal se hvilke patienter og at patienterne hele tiden skal hurtigt videre i deres forløb. Dette har sit udspring i virksomhedslogikken omkring flow. I en organisation som et hospital vil virksomhedslogikken til enhver tid kunne overtrumfes af professionslogikken. Såfremt der ud fra denne vurderes, at det er nødvendigt i forhold til patientens aktuelle tilstand. Men når dette ikke er tilfældet, virker det som om de fagprofessionelle arbejder ud fra virksomhedslogikken omkring flow, og at denne er styrende for de opgaver der prioriteres på et givent tidspunkt. I relation til det datamæssige overblik, er virksomhedslogikken således en del af de fagprofessionelles prioritering på nuværende tidspunkt, hvilket vil være en fordel ved implementering af dette. Det der kan blive udfordringen er, når der bliver ændret på balancen mellem de to logikker, og hvordan de fagprofessionelle vil reagere på det.

Der er et organisatorisk princip omkring afvikling af morgenkonferencen, hvor lægerne taler indbyrdes og sygeplejerskerne lytter med i baggrunden. Det ser ud som et organisatorisk princip, der har været centralt for mange år siden, og som har fået lov at overleve gennem de forandringer der har været. Det virker som om det har nærmest rituel karakter. Ved morgenkonferencen bliver patienterne prioriteret ud fra lægernes faglige skøn af patienternes sygdomstilstand, og det næste

prioriteringskriterie er, hvem der kan blive udskrevet. Når en patient bliver udskrevet, vil det virke fremmede for flowet, da der bliver en ledig seng til den næste patient. Så det ser ud til at lægerne har inkluderet virksomhedslogikken omkring flow i deres arbejde, og gjort det til en del af morgenkonferencen. Hvis man skulle prioritere benhårdt ud fra virksomhedslogikken omkring flow og statslogikken med fokus på ressourceforbrug, er jeg ikke sikker på at lægernes morgenkonference er det mest effektive. Men bibeholdelsen af morgenkonferencen kunne være et at de steder, hvor organisationen med indførelsen af virksomhedslogikken er gået på kompromis, for at vise respekt for lægernes viden som den centrale, og for at de fortsat oplever at de har selvstyre. I relation til det datamæssige overblik og styring via det, vil det være relevant at kigge på det organisatoriske princip omkring morgenkonferencen og den reelle værdi af det. Hvis vi inddrager Noordegraafs teori omkring hybride og "beyond" hybride professionelle (Noordegraaf M., 2015), så vil udfordringen ved at fjerne morgenkonferencen være mindst, hvis de har udviklet sig til "beyond" professionelle, da det så vil være naturligt for dem at inddrage alle logikker ligeligt. Undervejs i mine observationer er et par af lægerne kommet med kommentarer som: *"Vi ender med at se en hel masse alkoholikere og misbrugere, og så sender vi alle de spændende patienter videre til de øvrige specialer"* (overlæge om den nuværende organisering) og *"Jeg forstår ikke hvorfor vi skal sende ham videre. Vi kunne sagtens have givet ham noget saltvand og så var det det"* (om en patient der skulle sendes videre til et andet speciale). Ved disse udsagn viser de, at de arbejder efter virksomhedslogikken omkring flow, men det er nødtvungent. Ud fra de observationer jeg har gjort, oplever jeg dem således som værende hybride professionelle og derved vil der nok umiddelbart være stor modstand mod at fjerne morgenkonferencen. Dette vil være vanskeliggøre implementering af systemet, så det vil være vigtigt at finde en ordentlig måde til prioritering af patienterne på fremadrettet.

I teorien omkring institutionelle logikker, taler man om at, hvis man ønsker at skabe forandring så skal man kende de institutionelle logikker der er i organisationen i forvejen, og tage hensyn til dem. Så kan man, sammen med de professionelle, arbejde på at få redefineret logikken til at inkludere det perspektiv man ønsker forandring til (Greve & Pedersen, 2017). Bliver de anerkendt som profession for at deres viden er central for at skabe flow, vil de måske være til at kigge på, hvordan vi fremadrettet kan prioritere patienterne. Flere af overlægerne har givet udtryk for at der kommer for mange patienter ind med banale sygdomme. I forhold til dette kunne vi sammen med lægerne få tilpasset det datamæssige overblik, så sygeplejerskerne og de yngste læger håndterer disse patienter på baggrund af det datamæssige overblik. Derved vil overlægerne få frigjort tid, og kunne anvende deres viden til de mere komplicerede patienter. På den måde vil det datamæssige overblik være med til at øge flowet og derved leve op til virksomhedslogikken. Samtidig vil det tale ind i lægernes professionsopfattelse med deres viden som den centrale.

I relation til sygeplejerskerne, så er de i dag kun tilskuere på morgenkonferencen og kigger på lægerne der taler. Det virker som om morgenkonferencens fokus på den lægefaglige viden ikke giver plads til sygeplejerskernes viden. Så i forhold til denne gruppe vil det, at nedtone

morgenkonferencen nok ikke give modstand. Tværtimod vil det give sygeplejerskerne mulighed for at sætte deres professionsfaglige viden i spil og opnå anerkendelse for denne. Hvis vi kigger på denne faggruppe ud fra Noordegraafs teori omkring professioner (Noordegraaf, 2007) (Noordegraaf M. , 2015), så er sygeplejerskerne oprindelig en situeret profession, og deres faglighed har udviklet sig i en organisatorisk kontekst. Måske gør det, det lettere at medtage de organisatoriske principper i deres beslutninger. De sygeplejersker jeg har observeret, har ageret mere som "beyond" professionelle og har naturligt inkluderet både stats-, virksomheds- og professionslogikken i deres ageren. I relation til det datamæssige overblik, vil det i høj grad understøtte deres arbejde, og være med til at sikre flowet. Der har igennem årene været interne kampe mellem læger og sygeplejersker om, hvem der skulle løse opgaverne. Her har lægernes viden vejet tungt i forhold til fordelingen. Ved det datamæssige overblik gøres viden mere tilgængelig for sygeplejerskerne og kan virke understøttende i forhold til, hvilken diagnostik/behandling der vil være relevant. Dette vil gøre kløften mellem læger og sygeplejerskers viden mindre. Det vil give nye muligheder for opgavefordeling mellem de to faggrupper, og give mere plads til sygeplejerskernes professionsfaglige viden. Min forventning er derfor ikke, at det vil være vanskeligt at få sygeplejerskerne til at arbejde ud fra det datamæssige overblik.

Viden

Når man læser Noordegraaf artikel fra 2007, så taler han i høj grad om lægernes ekspertviden, og hvordan den er højt specialiseret og gives videre indenfor professionen i formelle sammenhænge som undervisning, konferencer etc. Når man ser på, hvor de læger jeg har fulgt henter deres viden fra, så er der multiple kilder til viden. Den ekspertviden som Noordegraaf beskriver, er kun en blandt mange. Der foregår en betydelig videnssøgning på mange forskellige platforme og ikke altid, hvad man normalt ville omtale som kilder til ekspertviden eks. google. Jeg vil dog forvente, at lægerne på baggrund af den ekspertviden de har opnået på studiet, er i stand til at sortere i viden fra disse kilder. Der er således både formelle og uformelle kilder til viden og en stor del af den viden lægerne anvender i deres arbejde, kan ikke henføres til den ekspertviden de har opnået på studiet. I Noordegraafs fremstilling, er der således vægt på de formelle kilder til viden, men når man observerer lægerne, sker der et væsentligt supplement via uformelle kanaler. I mine observationer og interviews virker det som om, der er forskel imellem de yngre og de erfarne læger. Når man ser på de yngre læger og deres videnssøgning eks. i case 3, så opnår de viden fra mange forskellige kilder, og er vant til at koble både formelle og uformelle kilder sammen i deres dannelse af viden. Dette så jeg ikke hos de erfarne læger, det virker som om de fastholder de formelle kanaler som kilde til viden. I relation til det datamæssige overblik, kunne det give en forventning om at de to grupper af læger vil modtage det forskelligt. De yngre læger er vant til at navigere i mange vidensformer og inkludere forskellige former for viden, hvilket vil gøre at de vil se det datamæssige overblik som en støtte for deres arbejde. De ældre læger vil nok i højere grad forholde sig kritisk til systemet og være meget opmærksomme på, hvor det datamæssige overblik har sin viden fra og hvilke faldgruber der kan være ved det.

Hvis man inddrager teorien omkring institutionelle logikker, så karakteriseres professionslogikken som præget af netværk. Dette opfattes normalt som et ligeværdigt netværk. Når man kigger på lægerne, er professionen præget af et hierarki. Det er tydeligt hvem der er overlæge, reservelæge osv. Det fremgår af deres navneskilte, de omtaler hinanden ud fra deres hierarkiske placering og opgaver tildeles på baggrund af dette. Dette omtales eksempelvis af den yngre læge i case 3, hvor hun beskriver hvordan hun ligger for lavt i hierarkiet til at få de spændende patienter. Hun er således blevet en del af netværket qua sin profession som læge, men skal nu kæmpe sig til en plads i hierarkiet for at blive fagligt udfordret og behandle de spændende patienter.

I forbindelse med indførelsen af det datamæssige overblik, vil det påvirke den hierarkiske struktur i lægegruppen. De yngre læger vil have lettere tilgang til viden, og være knap så afhængige af at kunne trække på overlægernes viden og derved skulle kæmpe i samme grad for deres plads i hierarkiet. Hvis vi skal tage hensyn til de eksisterende logikker i forhold til overlægegruppen og derved undgå modstand, så vil det være nødvendigt at vi tildeler dem en særlig rolle i forbindelse med implementering af systemet, eksempelvis med at de kan anvende deres ekspertviden til at bidrage til at validere systemet.

I relation til sygeplejerskernes professionsfaglige viden, virker det i høj grad som om de er modtagere af viden fra lægerne. Under morgenkonferencen står de omkring lægerne og lytter, men de bringer ikke deres viden i spil. De bidrager ikke med viden, og den bliver heller ikke efterspurgt af lægerne. Det virker som om sygeplejerskerne har anerkendt at lægernes viden er den centrale, og at deres egen viden ikke er vigtig. Anderledes er det, når morgenkonferencen er overstået, så agerer sygeplejerskerne helt anderledes. I triagen er der eks. bemandet med sygeplejersker, og de anvender deres viden til at vurdere hvor akut patientens tilstand er, hvilket speciale patienten bør visiteres til og igangsætter diagnostik. Her arbejder de således på baggrund af deres faglige viden og med høj grad af selvstyre. Så der sker et skift alt efter, om det er morgenkonference eller senere på dagen. Måske er morgenkonference et levn fra før sygeplejerskerne kom med i afdelingsledelserne, hvor lægerne ledte og fordelte arbejdet. Morgenkonferencen har oprindeligt været lægernes rum, hvor de kunne udveksle ekspertviden om patienterne og fordele patienterne imellem sig. Nu har sygeplejerskerne og de øvrige faggrupper fået lov at komme med ind i det rum, men endnu ikke opnået taleret ifølge den kultur og de normer der er. Det datamæssige overblik, kan være et skridt i retning af at lægernes selvstyre bliver udfordret yderligere og at eks. sygeplejersker får mere indflydelse på styringen.

I relation til det datamæssige overblik, så vil videnstilgængeligheden og vidensstrømmene i afdelingen ændre sig, og lægerne vil ikke i samme grad have monopol på viden. Hvis vi kigger på Noordegraafs teori om professionerne så beskriver han, hvordan eks. lægeprofessionen har opnået selvstyre på baggrund af deres ekspertviden. Hvis dette monopol bliver brudt, så kan det måske røkke ved lægernes selvstyre. Derved kan læger og sygeplejerskers viden blive anvendt mere ligeværdigt i de forskellige situationer og der vil opstå et nyt fælles styre. Hvis vi kigger på det i relation til Noordegraafs teori om hybride og "beyond" hybride, så bevæger de

fagprofessionelle sig væk fra at agere som henholdsvis ren eller situerede professioner, men agerer i dag mere som hybride professionelle og på sigt med denne udvikling og indførelsen af det datamæssige overblik, vil professionsudviklingen gå i retning af at agere som "beyond" hybrid professionel. Der vil ske en større sammenfletning af læger og sygeplejerskers viden og selvstyre, som anvendes naturligt i relation til at gøre det bedste både for patienten og samfundets hele.

Motivation

Indenfor motivationsteorien, taler man om "compassion" og "commitment to public interest". Hvis jeg kobler det til professionsteorien, så er lægerne drevet af en professionel tillært "compassion" som ikke handler om den enkelte læges empati for patienten, men som er tillært via deres uddannelse. Denne anvender de, når de behandler patienterne, og har således et professionelt ønske om at skabe bedring for den enkelte patient. Når de eksempelvis fordeler patienterne, så kommer "commitment to public interest" også i spil når de anvender virksomhedslogikken til prioriteringen. De er således vant til at balancere i begge logikker, men ser vi tilbage på hvor deres profession er kommet fra, så er det "compassion" der har været dominerende og fortsat er det. I forbindelse med indførelse af det datamæssige overblik, vil "commitment to public interest" få en større stemme og det vil påvirke balancen mellem de to logikker. Hvis det er i konflikt med lægens personlige værdier, og det ikke virker understøttende for deres arbejde, vil der være risiko for crowding out. Lægerne er som nævnt delt i 2 grupper og min forventning er at de yngre læger vil opleve systemet som understøttende og derved sandsynligvis vil der ske crowding in, mens de ældre læger vil have større risiko for crowding out. En måde at øge de ældre lægers sandsynlighed for crowding in, vil være ved at italesætte deres ekspertvidens betydning for projektet, hvilket vil være i tråd med deres professionsopfattelse og værdier.

Hvis vi ser på sygeplejegruppen så er de i højere grad drevet af empati for den enkelte patient, og derved er "compassion-dimensionen" en væsentlig del af deres professionsforståelse. Men når jeg følger dem i observationerne og taler med dem i interviewsene, virker det som om de i høj grad agerer på baggrund af "commitment to public interest". Min forventning er således at de vil opleve det datamæssige overblik som understøttende for deres arbejde og i tråd med deres værdier, hvilket vil øge sandsynligheden for crowding in.

Kritiske perspektiver på metoden

I denne opgave har jeg valgt at observere og interviewe de fagprofessionelle, for blandt andet at opnå indsigt i de organisatoriske principper. Det kunne have været interessant at inddrage en dokumentanalyse af de organisatoriske dokumenter der beskriver de formelle organisatoriske principper, og se hvor mange af principperne der er opstået uformelt i samspillet mellem professionerne. Dette kunne have givet nye perspektiver på, hvor de organisatoriske principper kommer fra og derved også, hvor vi skal være opmærksomme på nye organisatoriske principper, der kan opstå i relation til det datamæssige overblik. Inden jeg observerede morgenkonferencen og interviewede lægerne, havde jeg ikke fokus på denne som organisatorisk princip. Det kunne

have været interessant at have spurgt både læger og sygeplejersker om, hvordan de opfatter morgenkonferencen og dens betydning for henholdsvis deres profession og for organisationens ønske om flow.

Ved observationerne og interviewsene i denne opgave observeres, hvordan lægerne fordeler patienterne imellem sig på morgenkonferencen. Det ser ud som om sygeplejerskerne tildeles arbejdsopgaver via rolletildeling som eksempelvis koordinerende eller triagerende sygeplejerske. Men hvordan denne tildeling sker, har jeg ikke afdækket via denne opgave. Er sygeplejeviden så generisk at alle kan løse en given opgave, eller er alle sygeplejersker i stand til at være koordinerende sygeplejerske. Det er ikke afdækket, så måske er de sygeplejersker jeg har fulgt, sygeplejersker der er placeret i disse funktioner, fordi ledelsen har vurderet at de agerer som hybride professionelle og derved vil kunne løse opgaven. I relation til det datamæssige overblik, vil det have betydning for, hvordan sygeplejersker generelt vil opfatte og agere i forhold til dette.

Konklusion

I dette afsnit vil jeg, med udgangspunkt i problemformuleringen sammenfatte og konkludere på analyse og diskussionsafsnittene, for derefter at afslutte med en perspektivering.

I problemformuleringen stillede jeg følgende spørgsmål:

Hvordan håndterer læger, sygeplejersker krydspresset mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper i dag og hvordan kan introduktionen af et datamæssigt overblik tilrettelægges for at påvirke deres motivation positivt?

Dette blev opdelt i følgende underspørgsmål som jeg hver især vil besvare.

Hvad kendetegner læger og sygeplejerskers faglige professionalisme ved arbejdet i Akutmodtagelsen?

For lægegruppen fordeler det sig lidt forskelligt, alt efter om det er de yngre læger eller overlægerne der er fokus på. I forhold til de yngre læger trækker de viden fra mange forskellige kilder og integrerer det i deres arbejde og deres vidensdannelse. Overlægerne vægter i højere grad ekspertviden og opnår primært denne via formelle kanaler. Lægernes ekspertviden er fortsat den centrale viden. Dette ses eksempelvis på morgenkonferencen, hvor lægerne på baggrund af denne viden, har opnået selvstyre i forhold til fordelingen af hvilke patienter de skal se den pågældende dag.

I forhold til sygeplejerskernes viden og selvstyre, så veksler det en del i løbet af dagen. Under morgenkonferencen er de tilskuere til lægernes drøftelse af patienterne, og bidrager ikke med deres viden. Men under arbejdet i henholdsvis triagen og som koordinerende sygeplejerske forholder det sig helt anderledes. Her anvender de deres viden både til at vurdere og igangsætte behandling af patienterne.

Hvordan håndterer de fagprofessionelle krydspreset mellem faglig professionalisme og organisatoriske principper i dag?

Både læger og sygeplejersker integrerer begge perspektiver i deres opgaveløsning. I hospitalsverdenen, med akut syge patienter, vil førstevalget i forhold til prioritering af patienter altid ske på baggrund af patientens tilstand. Derved er professionslogikken den styrende. Men når denne ikke tilskrives en bestemt handling, anvendes virksomhedslogikken til prioriteringen. For lægernes vedkommende virker det som om det foregår en anelse modstræbende og de agerer primært som hybride fagprofessionelle. Sygeplejerskerne virker derimod som om de integrerer de forskellige perspektiver mere naturligt, og har således i højere grad tendens til at agere som "beyond" hybrid professionelle.

Hvordan påvirker samspillet mellem organisatoriske og professionelle værdier deres motivation i dag og hvordan forventes det datamæssige overblik fremadrettet at påvirke deres motivation?

I forhold til deres motivation i dag, så virker det som om sygeplejerskerne motiveres af, at få flow og professionsfaglighed til at gå op i en større enighed. De vil således opfatte systemet som understøttende for deres faglighed. På baggrund af dette forventes der at ske crowding in i forhold til denne gruppe ved indførelsen af det datamæssige overblik.

I forhold til lægegruppen fordeler det sig lidt i to grupper. De yngre læger er vant til at have mange kanaler til viden og vil i høj grad opleve at det datamæssige overblik samler denne viden for dem, og virker understøttende for deres arbejde. Der er således sandsynlighed for crowding in for denne gruppe. Hvad overlægerne angår, så opnår de viden på baggrund af formelle kanaler og lægger vægt på deres ekspertviden som den centrale. Der vil således være risiko for crowding out for denne gruppe. Hvis vi skal arbejde med denne gruppe på baggrund af teorien om institutionelle logikker, skal vi tage udgangspunkt i henholdsvis virksomhedslogikken og deres professionslogik og så i samarbejde med dem, få redefineret samspillet mellem logikkerne. Derved vil de fortsat opleve, at deres ekspertviden har en central placering. Dette kan både være i relation til validering af systemet ved implementeringen, men i særdeleshed ved at udvikle et nyt samspil mellem virksomhedslogikken og professionslogikken, hvor de kommer i spil med deres viden på de meget komplicerede patienter. Det datamæssige overblik vil så kunne understøtte de øvrige fagprofessionelle i, at håndtere de mindre komplicerede patienter. Dette vil også tilgodes statslogikken omkring at få udnyttet ressourcerne bedst muligt.

Så svaret på, hvordan de håndterer det krydspres de står i og hvordan deres motivation kan påvirkes positivt ved indførelsen af det datamæssige overblik, det afhænger i høj grad af hvilken profession de tilhører. I forhold til krydspreset mellem kravet om flow og ønske om at levere en opgave af høj faglig kvalitet, arbejder begge faggrupper ud fra både virksomhedslogikken og professionslogikken i dag. Professionslogikken går forud for virksomhedslogikken, hvis patientens situation kræver det, men ellers er det virksomhedslogikken der styrer prioriteringen af opgaverne.

I forhold til motivationen, tyder det på, at det vil fordele sig lidt forskelligt. For sygeplejersker og yngre læger vil det datamæssige overblik, vurderet ud fra observationer og interview i dette projekt virke understøttende på deres arbejde og det vil virke positivt på deres motivation. Hvad overlægerne angår, afhænger sandsynligheden for crowding in i høj grad af, hvor godt det lykkes at få samarbejdet med lægerne om at få defineret deres nye rolle i organisationen.

Perspektivering

Ved indførelsen af et nyt IT-system vil det altid stå på skuldrene af tidligere indførte systemer. Et af dem er Sundhedsplatformen, som er blevet indført på Nordsjællands hospital i 2017.

Der har været stor modstand fra de fagprofessionelle, og de oplevede at systemet i høj grad påvirkede deres autonomi og ikke understøttede deres arbejde. Det er kun godt 2 år siden, at sundhedsplatformen blev implementeret på Nordsjællands hospital, og der vil være mange i organisationen der har negative oplevelser fra den proces. Dette vil spille ind i forhold til opfattelsen af et nyt system. Det kunne have været interessant at undersøge, hvad denne modstand reelt handlede om, og medtage dette som baggrund for arbejdet med at sikre det datamæssige overblik en mere succesfuld implementering.

I denne opgave har fokus været på læger og sygeplejersker i akutmodtagelsen. Dette er valgt fordi det er her det datamæssige overblik skal implementeres. Hvis det bliver en succes her, er det meningen at det skal implementeres på hele hospitalet. Det kunne derfor være interessant at observere og interviewe læger og sygeplejersker i de kliniske afdelinger og se om flow har det samme fokus i en sengeafdeling.

I det at agere som "beyond" professionel med integration af henholdsvis virksomheds, stats og professionslogikken ligger også den demokratiske deltagelse eks. i form af patientens indflydelse på egen behandling. På den måde der arbejdes på i dag, er det kun yderst begrænset hvordan patientens perspektiv inddrages. Det kunne være spændende at undersøge, hvordan dette perspektiv kunne indtænkes i højere grad både i de nuværende arbejdsgange, men også i forbindelse med indførelsen af det datamæssige overblik. Hvad vil det betyde for dem med hurtigere flow og derved reduceret ventetid og hurtigere afklaring af hvad de fejler.

Refleksion over min egen udvikling igennem MPG

Hvis vi ser på min personlige udvikling i relation til MPG-kompetenceprofilen som vi fik udleveret på LFG, kan jeg se i min udviklingsplan fra min start på MPG tilbage i efteråret 2016, at jeg forventede at udvikle mig på alle de forskellige kompetenceområder. Det har jeg også gjort i større eller mindre grad.

Analytiske og reflektive videnskompetence

Disse to er for mig nært forbundet. Det at kunne analysere og reflektere over situationer er en central del af mit arbejde. I løbet af min MPG, er jeg blevet skarpere, særligt til reflektionsdelen og det at forholde sig kritisk refleksiv. Tidligere havde jeg nok en naiv tilgang til, at min måde at se verden på eller læse et dokument på, er den samme som alle andres og tog måske også et dokument for pålydende. Nu læser jeg, og agerer med en langt mere kritisk tilgang og stiller spørgsmålstejn ved om det nu også er helt sådan verden ser ud. Dette har jeg også har kunnet anvende i relation til denne afhandling, hvor det i høj grad har omhandlet det at forholde sig refleksivt.

Personlig udviklingskompetence

Denne kompetence handler i høj grad om, at blive bevidst om egne styrker og svagheder, præferencer og handlemåder i forhold til de situationer man befinder sig i. Jeg har, også før MPG, været meget bevidst om egne styrker og svagheder, men det er blevet mere eksplicit i løbet af MPG. I forhold til præferencer og handlemåder, har der været en større udvikling. Jeg oplever i dag at jeg kan se flere handlemåder og at jeg kan træffe et bevidst valg om, hvilken jeg vælger at anvende. I forhold til egne præferencer er jeg blevet bevidst om dem og prøver til stadighed at udfordre mig selv, til ikke altid at træffe valg i overensstemmelse med mine præferencer.

Praktisk ledelseskompentence

I forhold til den praktiske ledelseskompentence, så handler det i høj grad om at håndtere modsatrettede krav eks. mellem eks. effektivitet og faglighed. Hvis vi kigger tilbage på 2016, hvor jeg startede min MPG. Så havde jeg nok en tendens til, at mit fokus ofte var på det faglige og skulle jeg træffe en beslutning, ville det i 9 ud af 10 tilfælde være det faglige der vandt. Så vendte jeg nok lidt den blinde side til resten. I dag syntes jeg, at jeg er blevet langt bedre til at se organisationen som et hele, hvor jeg vægter det faglige og eks. effektivitet mere ligeligt med respekt for, at vi skal finde gode løsninger både set fra det organisatoriske og det faglige perspektiv. Det tipper nok stadig til den faglige side, men ikke med lige så tung slagside. I relation til denne opgaves teori om, at være hybrid eller "beyond" hybrid leder, så er jeg hybrid leder og i proces mod at blive "beyond" hybrid. Jeg mangler at få patientperspektivet til, at være en integreret del af alle beslutninger, eks. ved konkret at inddrage patienter.

Kontekstuelle videnskompetence

Hvad angår den kontekstuelle videnskompetence så handler den i høj grad om, at kunne agere i en offentlig og politisk kontekst. Undervejs i MPG er jeg blevet langt mere bevidst om, hvad det vil sige at agere i en offentlig og politisk kontekst. Tidligere kom det nogle gange bag på mig, når noget tog en anden drejning end forventet grundet eks. politiske hensyn. Så er jeg i dag langt mere bevidst om det tidligere i processerne, og kan medtage det i mit arbejde. Det kan være ved konkret at have fokus på, hvad der rør sig politisk og så tage højde for det i opgaveløsningen eller at sørge for, at så de nødvendige frø hos beslutningstagerne, således at det glider lettere i gennem politisk.

Normative videnskompetence

Den normative kompetence omhandler det etiske og værdimæssige fundament beslutninger står på. Jeg har altid medtaget mange etiske og værdimæssige aspekter både i mine beslutninger som personaleleder, men også i de faglige beslutninger. Jeg er dog igennem MPG blevet meget bevidst om vigtigheden af dette og hvad det betyder for min ledelsespraksis eksempelvis i forhold til, hvornår jeg er villig til at gå på kompromis.

Fag på MPG

LFG

PUF

Strategisk HRM i det moderne arbejdsliv

Ledelse af fagprofessionelle

Leadership: Teori og praksis i offentlige organisationer

Styring af økonomi og incitamenter

Ledelse som offentlig værdiskabelse

Strategiimplementering i praksis

Kommunikation og ledelse

Offentlig styring

Litteraturliste

- Bendix, H., Digmann, A., Pedersen, K. M., & Jørgensen, P. (2012). *Hospitalsledelse - organisatorisk fænomen og faglig disciplin*. København: Gyldendal public.
- Carina Schott, D. v. (2016). Confused Professionals?: Capacities to cope with pressures on professional work. *Public management review*, s. 583-610.
- Collins, R. (1990). Changing conceptions in the sociology of the professions. I R. T. Burrage, *The Formation of Professions* (s. 11-23). London: Sage.
- Greve, C., & Pedersen, A. R. (2017). *Reform og forandring - nye vilkår for offentlig ledelse*. Gyldendal.
- Grøn, C. (2014). Offentlig styring, Forandringer i krisetider. I H. F. Caroline Grøn, *Offentlig styring, Forandringer i krisetider* (s. 131-161). Hans Reitzels forlag.
- hospital, N. (2019). *Akutkoncept 2019*. Hillerød: Nordsjællands hospital.
- Jespersen, P. K. (2005). *Mellem profession og management*. København: Handelshøjskolens forlag.
- Julie Alsøe Krogsgaard, P. T. (2014). Only If We Agree? How ValueConflicts Moderate the Relationship Between Transformational Leadership and Public Service Motivation. *International Journal of Public Administration*, s. 895-907.
- Kristiansen, S., & Krogstrup, H. (2015). *Deltagende observation* (2. udgave udg.). Livonia: Hans Reitzels forlag.
- Launsø. (2017). Forskning om og med mennesker. I O. R. Laila Launsø, *Forskning om og med mennesker forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskningen* (s. 17-170). København: Munksgaard.
- Leonardsen, K. S. (2011). Fagprofessionelles rolle i samarbejdsdrevet innovation. I E. S. Tofting, *Samarbejdsdrevet innovation - i den offentlige sektor* (s. 11). Jurist og økonomforbundets forlag.
- Lotte Bøgh Andersen, C. G. (2017). *Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens*. Jurist og økonomforbundet.
- Lov om sygeplejersker*. (u.d.). Hentede 10. 11 2019 fra Dansk sygeplejeråds hjemmeside: https://dsr.dk/sites/default/files/473/lov_om_sygeplejersker_1956_0.pdf
- Noordegraaf. (2007). From "Pure" to "Hybrid" Professionalism: Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. *Administration & Society*, s. 761-785.
- Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues. *Organizations studies*, s. 1349-1371.
- Noordegraaf, M. (25. juni 2015). Hybrid professionalism and beyond: (New)Forms of public professionalism in changing organizational and societal contexts. *Journal of Professions and Organization*, s. 187-206.

- Pedersen, L. B. (2014). *Styring og motivation i den offentlige sektor*. København: Jurist- og økonomforbundets forlag.
- Regioner, D. (2015). *Pres på sundhedsvæsenet*. Danske Regioner.
- Sundhedsministeriet. (2007). *Autorisationsloven, LBK nr 990 af 18/08/2017*. København: Sundheds og ældreministeriet.
- Thornton, P., Ocasio, W., & Lounsbury, M. (2012). Introduction to the Institutional Logics Perspectiv. I *The institutional logics perspective: a new approach to culture, structure and process* (s. Kapitel 1, 18 sider, kap 3 29 sider). Oxford: Oxford University Press.
- Thornton, P., & Ocasio, W. (2008). Institutional Logics. I R. Greenwood, C. Oliver, K. Sahlin, & R. Suddaby, *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism* (s. 99-129). London: Sage.
- Vikkelsøe, S., & Kjær, P. (2014). *Klassisk og moderne organisationsteori*. Hans Reitzels forlag.
- Ældre og sundhedsministeriet. (12. 07 2007). Hentede 27. juni 2019 fra <https://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedsvaesnet/Sygehusvaesnet/Sygehusinvesteringer.aspx>.

Bilag 1 Observationsguide

Fortæl informant at du skal observere ham/hende de næste timer og For at få et indblik i deres daglige arbejde.

Husk fortroligt, anvendes anonymiseret, og prøv at arbejde som du normalt ville gøre, hvis jeg ikke var til stede.

Baggrundsviden:

Alder, uddannelsesår, antal år i organisationen, stilling

Noter dato, tid, informant, præcis lokation, tilstedeværende i rummet, stemning

Observer:

hvad laver de og hvordan gør de det?

Hvem deltager i opgaven og hvilken rollefordeling har de i situationen?

Hvilke beslutninger træffes?

Hvem er involveret i beslutningsprocessen?

- Fysisk i rummet, via telefon etc.?

Hvilken dialog var der forud for at beslutningen blev truffet?

Hvem traf den endelige beslutning?

Hvad blev der konkret besluttet?

Var det umiddelbart til at se om det var et organisatorisk eller fagligt hensyn der vejede tungest?

Hvordan reagerer de øvrige i rummet på beslutningen?

Bilag 2 Interviewguide til interview af lægerne:

Dette interview gennemføres umiddelbart efter observation af informanten.

Husk fortroligt, anvendes anonymiseret, og prøv at svare ud fra hvordan du rent faktisk oplever at det er.

Spørgsmål på baggrund af observation:

Da du stod i situation 1, hvilke overvejelser gjorde du dig så i forhold til xx beslutning?

Hvem opfattede du traf beslutningen? Hvorfor blev det dig eller xx der traf beslutningen?

Hvad lagde du vægt på?

- I forhold til patienten? I forhold til diagnostik? I forhold til overbelægning/kapacitet? Andre overvejelser
- Hvilken viden anvendte du konkret i situation xx i dag?
- Evt. hvilken påvirkning har antallet af patienter på dit arbejde/dine beslutninger?

Samme spørgsmål i forhold til de andre situationer fra dagens observationer.

Generelle spørgsmål:

Hvis du tænker på den viden der ligger til grund for dit arbejde i dag, hvor kommer den så primært fra?

- Evt. hjælpespørgsmål, skolen, konferencer, kollegaer, faglige konferencer eller andre steder?

Hvordan holder du dig orienteret i forhold til ny viden?

- Evt. hjælpespørgsmål, skolen, konferencer, kollegaer, faglige konferencer eller andre steder?

Hvad mener du kendetegner et godt patientforløb?

- Oplever du at det generelt lykkes med at få gennemført gode patientforløb?
- Hvad tænker du at årsagen er til det?
- Oplever du at I får skabt gode patientforløb i dag? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Beskriv en situation, hvor du oplevede et særligt godt patientforløb. Hvad tænker du årsagen var til det?
- Hvordan håndterer du det, hvis du oplever at I ikke er i stand til at få skabt et godt patientforløb?

Hvordan håndterer du når der er udfordringer i forhold til patientens faglige behov og ledige senge/diagnostik til rådighed?

Hvordan oplever du at dit arbejde bliver målt, eks. på den faglige kvalitet eller hvor mange patienter du når at tilse?

Hvordan påvirker det dit daglige arbejde?

Hvordan har du det med det, påvirker det dig positivt, negativt eller er det underordnet?

Hvordan oplever du indstillingen til dig er, og hvordan har den været gennem de år du har været læge?

Hvordan oplever du mulighederne for at levere et stykke arbejde af en tilfredsstillende faglig kvalitet?

Bliver der stillet spørgsmålstejn ved din faglighed eller dit faglige skøn?

- Hvad er begrundelsen for at der bliver stillet spørgsmålstejn?
- Hvordan oplever du det?

Hvad oplever du som styrende for dit arbejde?

Hvor meget kan du selv styre i dit daglige arbejde (fagligt, planlægningsmæssigt, økonomisk)?

Hvordan oplever du denne styring (passende, for lidt, for meget)?

Hvordan oplever du din faggruppes indflydelse på styringen og er den tilstrækkelig?

Hvis du ser helt overordnet på den måde hospitalet styres på, hvad tænker du så er det vigtigste?

- Evt. økonomi, faglighed etc.?

Hvordan oplever du balancen mellem økonomi og faglighed?

Hvordan påvirker denne styring din motivation?

Hvordan oplever du, du dine muligheder for at levere en god faglig kvalitet?

Oplever du, at du har den fornødne viden og færdigheder til at kunne udføre dit arbejde?

Hvem arbejder du sammen med?

Hvordan oplever du at samspillet er imellem jeres fagligheder?

Hvordan er din oplevelse af samarbejdet, er I et fælles team eller oplever du jer som opdelt i faggrupperne?