

Sundhedsplatformen – en effektiv eller kompliceret velfærdsteknologi?

- En analyse af Sundhedsplatformen forstået som en velfærdsteknologi, der reducerer og øger kompleksiteten blandt sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde

**Specialeafhandling af:**

Rasmus Brahe Jespersen (studienummer:141107)

Cand. Soc. Politisk Kommunikation og Ledelse

Vejleder:

Kaspar Villadsen

Institut for Ledelse, Politik og Filosofi

Afleveringsdato: 13-01-2022

Antal sider: 80

Antal tegn med mellemrum: 181.830

Indholdsfortegnelse

ABSTRACT	3
INDLEDNING.....	4
1. PROBLEMFELT - HVORFOR BLEV SUNDHEDSPLATFORMEN IMPLEMENTERET?	5
1.1 EN VELFÆRDSTEKNOLOGI MED MANGE LØFTER	7
1.2 PROBLEMFORMULERING OG UNDERSPØRGSMÅL	10
2. ANALYSESTRATEGI.....	11
2.1 OVERORDNET VIDENSKABSTEORETISK UDGANGSPUNKT	12
2.2 LUHMANN'S SYSTEMTEORETISKE IAGTTAGELSESBEGREB OG TEKNOLOGIFORSTÅELSE	13
2.3 FOUCAULT'S GOVERNMENTALITY-ANALYTIK.....	17
2.4 EKLEKTISK ANALYSESTRATEGI	19
2.5 METODE OG INTERVIEW	23
3. STYRINGSTEKNOLOGISK ANALYSE.....	26
3.1 FORSKELSANALYSE 1: DIGITALISERET KLINISK ARBEJDE	27
3.2 FORSKELSANALYSE 2: STANDARDISERING AF FLEKSIBLE ARBEJDSGANGE	29
3.3 FORSKELSANALYSE 3: MERE TID TIL PATIENTEN.....	33
3.4 STYRINGSBLINDHED I STYRINGEN	39
3.5 DELKONKLUSION	41
4. STYRINGSRATIONALET I STYRINGEN AF DET KLINISKE ARBEJDE.....	41
4.1 ØKONOMISK RATIONALITET	42
4.2 DEN ØKONOMISKE SUNDHEDSFAGLIGE SUBJEKTPOSITION.....	48
4.3 DEN ADMINISTRATIVE KLINISKE SUBJEKTPOSITION.....	52
4.4 DELKONKLUSION	55
5. IAGTTAGELSER AF SUNDHEDSPLATFORMENS STYRING.....	56
5.1 SYGEPLEJERSKERNES IAGTTAGELSER AF SP OG STYRINGEN AF DERES ARBEJDE	56
5.2 LÆGERNES IAGTTAGELSER AF SP OG STYRINGEN AF DERES ARBEJDE	65

5.3 STRUKTUREL KOBLING SOM ANKNYTNINGSPUNKT	71
5.4 DELKONKLUSION	76
6. KONKLUSION	77
7. PERSPEKTIVERING OG ANALYTISK REFLEKSION.....	79
8. LITTERATURLISTE	81
8.1 HJEMMESIDER	82
8. 2 RAPPORTER	83
8.3 INTERVIEWS	83

Abstract

This master thesis studies how Sundhedsplatformen seeks to steer clinical work among nurses and doctors to become more efficient. Sundhedsplatformen was introduced into danish hospitals in 2016 because the technology apparently could make clinical work among nurses and doctors more efficient by reducing the time spent on administrative work and other non-health-oriented tasks. According to official documents, Sundhedsplatformen would generate more time to talk and examine the patients and therefore create a more efficient healthcare environment among especially nurses and doctors. On the contrary, this seems not to be the case, because Sundhedsplatformen has been criticised in public by nurses and doctors for being inefficient and leading to much more administrative work. Therefore, it is interesting to study how Sundhedsplatformen affects the clinical work among nurses and doctors by looking at how it seeks to steer the clinical work and what consequences this steering has. The main problem for this master thesis is therefore: *How does Sundhedsplatformen steer clinical work among nurses and doctors, and what are the consequences of the steering regarding the clinical roles among nurses and doctors?*

The thesis consists of three analyses, where the first analysis is based upon Niklas Luhmann's system theory, and it examines how Sundhedsplatformen steers the clinical work by reducing differences and complexity through communication. In this analysis, steering is viewed as the reduction of differences and complexity in communication. The second analysis focuses on the rationality within Sundhedsplatformen's steering, which contributes to an understanding of what kind of rationality creates this distinct kind of steering, which is presented in the first analysis. The second analysis is primarily based on Michel Foucault's governmentality theory, and it finds that the dominant rationale is largely economic. In this context, steering is viewed as a certain kind of economic self-government through two kinds of subject positions, which the economic rationality produces through Sundhedsplatformen. The third and final analysis examines three dialysis nurses' and three dialysis doctors' observations of Sundhedsplatformen and its economic steering. The analysis combines the analytical results from the two previous ones to understand how the two groups observe and relates to the steering in terms of both the reduction of complexity and differences in communication and the economic self-government.

Indledning

Dette speciale tager udgangspunkt i Sundhedsplatformen, og undersøger, hvordan systemet styrer det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger. Sundhedsplatformen er hertil en interessant case, fordi systemet er blevet heftigt debatteret siden dets implementering på de sjællandske hospitaler i 2016. Sundhedsplatformen er ofte blevet kritiseret for at være unødigt kompliceret i forhold til sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde, og derfor er det interessant at undersøge, hvordan det styrer denne type arbejde, for at afdække hvilke konsekvenser det har frembragt i forhold til sygeplejerskerne og lægerne. Derudover er Sundhedsplatformen interessant at undersøge, fordi det er en teknologi der er blevet implementeret på baggrund af en masse politiske forventninger, som primært omhandler at skabe et bedre og mere effektivt sundhedsvæsen, hvor den sundhedsfaglige kvalitet er i top. Det er hertil interessant at undersøge, hvordan disse forventninger former styringen og dermed også de sociale konsekvenser ved denne styring, i forhold til sygeplejerskernes og lægernes kliniske roller.

Specialets analytiske udgangspunkt er hertil at iagttage Sundhedsplatformen som en velfærdsteknologi, der reducerer kompleksitet, men samtidig også skaber kompleksitet via dets styring. Dette skal bidrage med viden til den eksisterende litteratur på området om, hvilken indvirkning velfærdsteknologier har på det sociale, hvor det sociale, i dette speciale, udgør de kliniske roller samt den kliniske adfærd blandt sygeplejerskerne og lægerne. Styringen og de sociale konsekvenser fremanalyseres med udgangspunkt i offentlige dokumenter omkring implementeringen af systemet, samt ud fra seks interviews med tre dialysesygeplejersker og tre læger fra Nordsjællands Hospitals Dialyseafdeling i Hillerød. Jeg har derfor fået et unikt indblik i Sundhedsplatformens indvirkning i de to faggruppers daglige kliniske arbejde, som gør det muligt at vurdere, hvilke konsekvenser denne styring har for de adspurgte respondenter i forhold til deres adfærd og kliniske roller, hvilket kan inspirere til udarbejdelsen af andre kvalitative -og kvantitative analyser.

Jeg vil starte med kort at redegøre for, hvorfor Sundhedsplatformen blev implementeret, for at danne en forståelse af systemet, samt hvordan det analyseres.

1. Problemfelt - Hvorfor blev Sundhedsplatformen implementeret?

I følgende vil jeg klargøre specialets problemfelt, som danner grunden for specialets problemformulering. Indledningsvis vil jeg udrede, hvad Sundhedsplatformen er og hvorfor det blev implementeret, samt kritikken systemet har været genstand for.

Sundhedsplatformen (SP) er et it-system, som blev implementeret i Region Hovedstaden og Region Sjælland i 2016. It-systemet erstattede de gamle EPJ-løsninger på hospitalerne, og havde til hensigt at samle en lang række funktioner, som sundhedspersonalet på hospitalerne brugte mest, herunder: fx medicinering, dokumentation, stuegang, operationsbooking og bestilling af laborationsprøver (Region Hovedstaden 1 u. å). Ifølge Ulrik Bisgaard Ulsrod Røhl og Jeppe Agger Nielsen blev SP taget i brug på alle somatiske og psykiatriske hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland (Røhl & Agger 2019: 181). SP blev hertil udviklet og leveret af den amerikanske it-virksomhed Epic, der i første omgang udviklede it-systemet *Epic*, som var tiltænkt at blive implementeret på amerikanske sygehuse. Efter aftalen om at implementere systemet på hospitalerne i regionerne, gennemgik systemet hertil en forandringsproces, hvor den danske it-virksomhed NNIT hjalp med at tilpasse systemet de danske hospitaler i regionerne (Røhl & Agger 2019: 181).

SP var altså en del af regionernes digitaliseringsindsats på sundhedsområdet, og det havde til hensigt at erstatte 30 forskellige it-systemer. Ifølge Region Hovedstaden blev systemet valgt, fordi det blandt andet kunne udvikles, så det var gearret til fremtidens teknologiske løsninger i forhold til diagnostik, behandling og observation (Region Hovedstaden 1 u. å.). Den politiske ambition bag implementeringen af SP var hertil at løfte hospitalerne i regionerne til det mest moderne og avancerede niveau i EMR Adoption Model fra HIMSS (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2012). Dette løft skulle sikre at hospitalerne og sundhedspersonalet ville være gearret til fremtidens udfordringer i behandlingen af patienterne, hvorfor SP blev valgt med følgende argumentation: ”Et fælles system gør det nemmere at få overblik over tidligere og nuværende sygdomsforløb, så personalet kan tilrettelægge sammenhængende behandling på tværs af afdelinger, hospitaler og regioner.” (Region Hovedstaden 1 u.å.). Målet med implementeringen af SP var at få et mere strømlinet sundhedsvæsen der var tilpasset de moderne sundhedsmæssige udfordringer, hvor sundhedspersonalet oplevede en mere effektiv arbejdsdag og havde mere tid til patienterne, fordi de

ikke længere skulle bruge lige så lang tid på at lede efter patientjournalerne og patientdata i forskellige it-systemer.

Ifølge den officielle business case, som blev udarbejdet af Region Hovedstaden og Region Sjælland, ville SP angiveligt løse de mange problemer med det gamle EPJ-system, der blev anset som værende tungt og ustabilt, fordi det nedsatte produktionsniveauet blandt medarbejderne (Skillberid & Stentoft 2015: 6). Ifølge regionerne var problemerne med det gamle EPJ-system blandt andet: lange svartider, dobbeltregistrering, manglende overblik over patientjournaler, hvilket gjorde at patienterne oplevede at personalet var dårligt informerede og at ventetiderne på behandlinger var unødigt lange (Skillberid & Stentoft: 6). Alle disse problemer kunne SP angiveligt løse. Alt i alt kom denne effektiviseringsindsats til at berøre ca. 44.000 forskellige medarbejdere i de to regioner og ambitionen med implementeringen var at standardisere kliniske arbejdsgange, samt reducere ca. 50.000 forskellige kliniske guidelines til 5000. Forventningen var at dette ville gøre det nemmere for de 20 hospitaler og medarbejderne i de to regioner at tale sammen og udveksle data mellem dem (Simonsen et. al. 2018: 50).

Foruden ambitionen om de mere effektive arbejdsvilkår for sygeplejerskerne og lægerne på hospitalerne, så var der i høj grad også en økonomisk ambition bag implementeringen af SP. I en business casen fremgår det blandt andet, at man forventede økonomiske og kvalitative forretnings- og it-gevinster (Skilbreid & Stentoft 2015: 4). Den årlige estimerede økonomiske gevinst var beregnet til ca. 575-910 mio. kr., når SP var fuldt ud implementeret og de største økonomiske gevinster skulle skabes gennem tidsbesparelser som følge af mere effektiv patientadministration og klinisk planlægning (Skilbreid & Stentoft 2015: 4). I denne sammenhæng er det værd at nævne, at forudsætningen for realiseringen af de økonomiske gevinster var betinget af en realisering af de kvalitetsmæssige betingelser, der blev fremlagt som bedre patienttilfredshed, bedre medarbejdertilfredshed og bedre ledelsesmæssige beslutningsstøtte (Skilbreid & Stentoft 2015: 4). De kvalitetsmæssige forbedringer blev altså anset som værende forbedringer i effektiviteten og arbejdsglæden blandt sundhedspersonalet og ledelsen, og disse kvalitetsmæssige forbedringer var alt sammen noget regionerne forventede SP kunne levere.

Samlet set kan man sige, at SP havde til hensigt at gøre det nemmere for især sygeplejersker og læger i de to regioner, fordi disse arbejdsgrupper ikke længere skulle bebyrdes med tunge og tidskrævende

arbejdsopgaver, som fjernede deres fokus fra patienterne. Dette skulle dermed sikre større økonomiske gevinster, fordi sygeplejerskerne og lægerne forventeligt blev mere effektive, når de arbejdede i SP. Overordnet set blev der udviklet otte forskellige gevinstestimater ved implementeringen af SP, hvilket ses i illustrationen nedenfor:

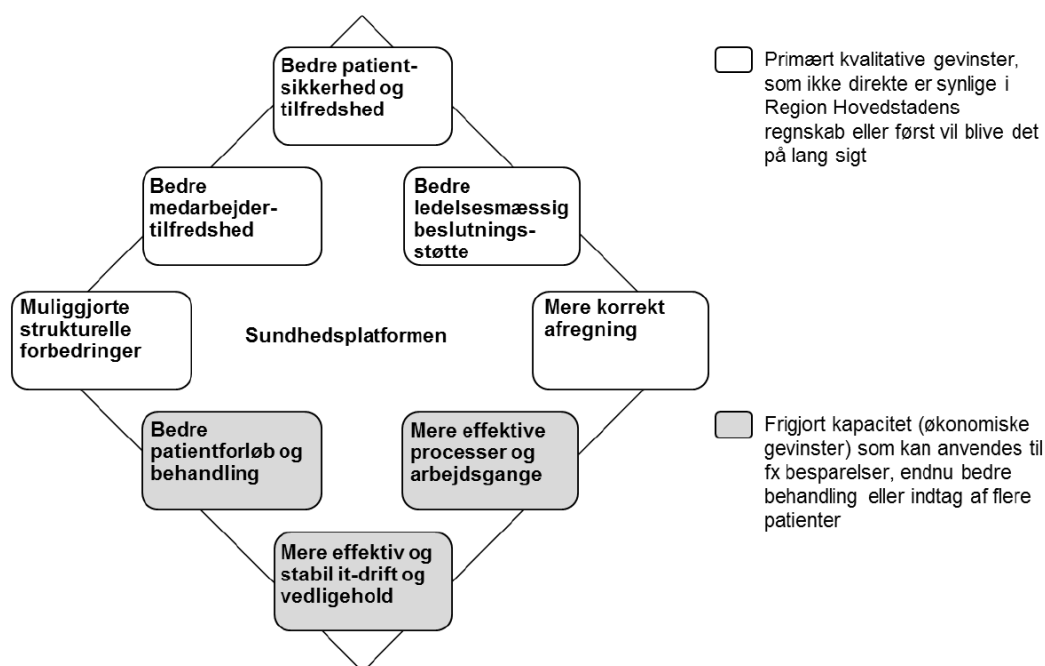


Illustration 3A: Overordnede gevinstområder

Illustration 1: Sundhedsplatformens otte overordnet gevinstestimater. Kilde: Skillbreid & Stentoft 2015: 14

Gevinstestimaterne tydeliggør at ambitionerne med SP var høje, fordi systemet både skulle løfte opgaven at skabe 1) mere tid til patienterne, 2) bedre tilfredshed hos patienterne og sundhedspersonalet og 3) spare regionerne for økonomiske omkostninger på sundhedsområdet. Overordnet set fik SP derfor en omfattende betydning for sygeplejerskernes og lægernes arbejdsgange og arbejdsprocesser, fordi systemet blev implementeret for at effektivisere disse, hvilket betød at visse gamle arbejdsgange sandsynligvis måtte omlægges eller helt afskrives med implementeringen af SP. Det er blandt andet ud fra disse ambitioner og gevinstestimater, at implementeringen af SP blev kaldt for danmarkshistoriens største it-projekt på sundhedsområdet (Røhl & Agger 2019: 179).

1.1 En velfærdsteknologi med mange løfter

Implementeringen af SP fik en omfattende betydning for især sygeplejersker og læger, og mange blandt disse faggrupper har kritiseret systemet offentligt. I skrivende stund er der stadig en gruppe på

Facebook under navnet *Sundhedsplatformen? NejTak!* med ca. 5.000 medlemmer. Mange medlemmer af gruppen kritiserer fortsat dagligt eller ugentligt SP, hvor fokuset i kritikken ofte er at der er fejl og mangler i systemet, som medfører mange nye arbejdsopgaver. Overordnet set kan man formode at systemet ændrede mange etablerede kliniske arbejdsgange og medførte nye måder at udføre de kliniske arbejdsopgaver på blandt sygeplejerskerne og lægerne.

Med implementeringen af SP var det dog ikke kun sygeplejerskernes og lægernes roller og arbejdsopgaver, der synes at ændre karakter. Selve hospitalernes rolle som primært en sundhedsfaglig arbejdsplads, blev ændret. Dette understreges i business casen, hvor det fremgår at implementering af SP ville sikre at hospitalerne blev stabile *it-arbejdspladser*, der sikrede at regionerne nåede deres overordnede mål (Skillbreid & Stentoft 2015: 6). Der var altså en klar strategisk ambition med implementeringen af SP, om at gøre hospitalerne i regionerne til stabile it-arbejdspladser, hvilket ville sikre at målene om en mere effektiv sygepleje ville blive indfriet. Implementeringen af SP var derfor også et tegn på en større strategisk omskrivning af hospitaler til også at være it-arbejdspladser, hvor it spiller en større rolle inden for velfærd.

Netop dette taler ind i diskussionen om, hvordan *velfærdsteknologier* er med til at forandre den måde der arbejdes med velfærd på ude på hospitalerne. Anders La Cour, Susanne Boch Waldorff og Holger Højlund beskriver i denne sammenhæng velfærdsteknologier som ordninger, der sigter mod at regulere og organisere et velfærdsområde på en særlig måde, og som gør bestemte interventioner mulige. I denne sammenhæng kan velfærdsteknologier både være traditionelle teknologier, som bliver brugt til kræftbehandlinger, ældreomsorg og rehabilitering, og de kan også være styringsteknologier, der bliver brugt til at styre planlægning, udvikling eller tilrettelægning (Skillbreid & Stentoft 2015: 9). Til denne definition tilføjer de, at velfærdsteknologier ofte introduceres som neutrale redskaber, der kan bidrage til effektivitet og øget velfærd, men som tilmed har mange forventninger knyttet til sig (La Cour et. al. 2017: 9-10). Hertil er velfærdsteknologier ikke noget man kan forstå uden for den sociale relation, og derfor er man nødt til at studere velfærdsteknologier i relation til det sociale (La Cour et. al. 2017: 11).

På baggrund af den definition, vil jeg argumentere for at SP er en form for velfærdsteknologi, fordi den blev implementeret som en ny teknologi, der skulle styre klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger. Denne styring af det kliniske arbejde forventede regionerne ville effektivisere

arbejdsprocesserne blandt de to faggrupper, som dermed ville øge velfærden på sundhedsområdet i regionerne. En gennemgående pointe i det teoretiske arbejde med velfærdsteknologier er, at de næsten altid er med til at sætte nye betingelser for, hvordan vi opfatter velfærd og hvordan velfærd bliver leveret (La Cour et. al. 2017: 11). Denne definition tolker jeg som at velfærdsteknologier næsten altid medfører en række uforudsete effekter, i form af for eksempel nye arbejdsprocesser for klinisk arbejde, nye former for kliniske roller eller nye krav og forventninger til medarbejderne. Netop ændring i det kliniske arbejde og de kliniske roller i forbindelse med implementeringen af nye elektroniske velfærdsteknologier, er allerede et kendt fænomen. For eksempel skrev Signe Vikkelsø:

”Der opstår nye ideer og forventninger til, hvad der skal ske i mødet mellem patient og professionel, og dette fører til et pres i retning af at ændre traditionelle roller og relationer i sundhedsvæsenet. I det nye elektroniske medierede samspil forbliver hverken patient eller professionel de samme.” (Vikkelsø 2010: 132).

Ifølge Vikkelsø, så medfører implementeringen af elektroniske systemer, herunder it-systemer som SP, ofte nye forventninger og roller blandt sundhedspersonalet i sundhedsvæsenet. Også på baggrund af Vikkelsø, kan man antage at implementeringen af SP har medført nye uforudsete effekter, i form af en ændring i sygeplejerskers og lægers kliniske arbejdsprocesser og kliniske roller. Jeg antager derfor, at SP, forstået som en særlig form for velfærdsteknologi, er med til at styre den måde både sygeplejersker og læger arbejder på, og det er netop denne styring, som skaber forandringen i det kliniske arbejde. Det er hertil denne styring som jeg finder interessant, og som jeg vil studere i dette speciale, med henblik på at klarlægge, hvordan SP styrer klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger, samt hvilke uforudsete effekter SP medfører for klinisk arbejde blandt disse faggrupper. Overordnet set vil jeg undersøge, om SP holder mere end det lover, i den forstand at velfærdsteknologien producerer nye uforudsete konsekvenser for klinisk arbejde, som kan opfattes modsatrettede eller forstyrrende i forhold til de mere traditionelle kliniske roller og arbejdsgange.

Problematikken, som ligger til grund for dette speciale, er derfor, hvordan SP, forstået som en elektronisk velfærdsteknologi, er med til at styre og ændre de arbejdsmæssige betingelser blandt sygeplejersker og læger. Mit iagttagelsespunkt er blandt andet på sygeplejerskerne og lægernes iagttagelser af SP, samt SP's styring af det kliniske arbejde blandt disse to faggrupper. Pointen er at teknologien har konsekvenser for, hvordan sundhed og velfærd fremover bliver leveret. Derfor er den grundlæggende præmis at SP, forstået som en særlig form for velfærdsteknologi, har en klar og styrende indvirkning i sygeplejerskers og lægers kliniske arbejde, som kan studeres. Af den grund

opfattes SP ikke bare som et nyt neutralt element i dette arbejde, men snarere som et konstituerende element i det kliniske arbejde. En undersøgelse af dette, vil muligvis kunne belyse, hvilke konsekvenser implementeringen af nye omfattende it-systemer har for netop sygeplejersker og læger og deres arbejde på hospitalerne. Denne viden ville muligvis også bidrage til en forståelse af, hvorfor implementeringen af SP har mødt, og forstærket møder modstand blandt disse faggrupper i sundhedsvæsenet. Viden herom er interessant, fordi der forskningsmæssigt er en stor interesse for SP, men der findes ikke mange dybdegående udgivelser om netop SP samt brugen af systemet blandt sundhedsfaglige endnu (Røhl og Agger 2019: 179).

1.2 Problemformulering og underspørgsmål

På baggrund af ovenstående, stiller jeg derfor følgende problemformulering:

Hvordan styrer Sundhedsplatformen klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger, og hvilke konsekvenser har denne styring gennem Sundhedsplatformen for sygeplejerskers og lægers kliniske roller?

For at tydeliggøre problemformuleringen, har jeg udarbejdet en række underspørgsmål, som skal klargøre, hvordan jeg har tænkt mig at besvare problemformuleringen. Disse underspørgsmål er:

- 1 Hvilke iagttagende forskelle stiller SP til rådighed, som skal minimeres?
- 2 Hvilket særligt rationale betinger de fremsatte styringsforskelle?
- 3 Hvilke kliniske subjektpositioner konstruerer styringen af det kliniske arbejde?
- 4 Hvordan iagttages SP's styring af det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger?
- 5 Hvordan knytter sygeplejerskerne og lægerne an til styringen gennem SP?

Besvarelsen af de første to underspørgsmål tjener formålet at give en samlet besvarelse på problemformuleringens første del, hvor besvarelsen af de tre sidste underspørgsmål skal besvare problemformuleringens sidste del.

I denne sammenhæng anvender jeg termen 'klinisk arbejde' til at beskrive al den type arbejde, som sygeplejersker og læger foretager sig i løbet af deres arbejdsdag på afdelingerne. Det vil sige både

det sundhedsfaglige arbejde¹, det patientadministrative arbejde og omsorgsarbejdet med patienterne, fordi alle tre elementer indgår i de kliniske beslutningsprocesser på hospitalerne (Ørum og Due 2016: 3).

2. Analysestrategi

I det følgende afsnit vil jeg udlægge specialets analysestrategiske valg, hvor jeg blandt andet vil komme ind på specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, teori, iagttagelsespunkt og metodiske valg. Disse valg er afgørende for, hvordan jeg kan besvare specialets problemformulering og underspørgsmål, samt den viden der bliver produceret herom.

Specialet indeholder samlet set tre forskellige analyser, hvor jeg i den første analyse vil analysere, hvordan SP stiller distinkte forskelle til rådighed, som reduceres i styringskommunikationen. Denne analyse skal vise, hvilken kompleksitet SP har til hensigt at minimere, og den skal også belyse, hvilke specifikke styringsbehov SP har i forhold til det kliniske arbejde hos sygeplejersker og læger. Analysen tager udgangspunkt i Luhmanns systemteori, hvor jeg fokuserer på dens begreber om styring og teknologi, som bliver ekspliciteret i efterfølgende afsnit. I denne del retter jeg derfor fokus på styring forstået som styringskommunikation, hvori jeg fremanalysere styringsforskellene. Mit empiriske udgangspunkt er forskellige dokumenter og rapporter omkring SP, som beskriver implementeringen af systemet, samt dets anvendelsesmuligheder i forhold til det sundhedsfaglige personale.

I den anden analyse analyserer jeg hertil rationalet, der gennemstrømmer SP. Denne analyse skal bidrage til en forståelse af de konstituerende betingelser bag den specifikke styring og styringsbehovet. Derudover vil jeg se på, hvordan det fremanalyserede rationale forudsætter distinkte kliniske subjekter, hvilket skal bidrage med en forståelse af konsekvenserne af det betingende styringsrationale i SP. I denne analyse tager jeg udgangspunkt i en governmentality-analytik, som er udviklet af Michel Foucault. Jeg skifter hertil mit fokus fra styringskommunikationen til styring, forstået som den selvstyrende adfærd via distinkte subjektpositioner, som forudsættes i styringskommunikationen i forgående analyse.

¹ Det sundhedsfaglige arbejde referer til den somatiske del af sygeplejerskernes og lægernes behandling og relation til patienterne.

I den sidste og tredje analyse, vender jeg blikket mod sygeplejerskerne og lægernes iagttagelser af SP og dens styring. Her er jeg interesseret i at undersøge, hvordan sygeplejerskerne og lægerne oplever styringen i forhold til deres kliniske arbejde. Dette skal nærmere bestemt belyse konsekvenserne bag denne styring af det kliniske arbejde blandt disse faggrupper. Hertil vil jeg også analysere om sygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen af det kliniske arbejde gennem SP. Denne analyse vil hertil trække på Luhmanns systemteoretiske begreber om styring, strukturelle koblinger og iagttagelser. Jeg fokuserer derfor igen på kommunikationen omkring SP, hvor mit fokus er på udvalgte sygeplejerskers og lægers iagttagelser af SP og den fremanalyserede styring.

Analysestrategien er således opbygget, at jeg i den første analyse undersøger SP som en velfærdsteknologi, der forsøger at reducere kompleksitet gennem konkrete styringsforskelle i styringskommunikation. Den anden analyse tager udgangspunkt i styringen, hvor jeg undersøger styringen som den forudsatte selvstyrende adfærd via distinkte subjektpositioner, der fordres i styringskommunikationen og de fremanalyserede styringsforskelle. Den tredje analyse er rettet mod sygeplejerskerne og lægernes iagttagelser af teknologien i forhold til deres kliniske arbejde på hospitalerne. Før jeg redegør for de enkelte analysestrategiske valg, er det relevant først at udlægge specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt, fordi det er styrende for, hvordan jeg analytisk og teoretisk går til værks.

2.1 Overordnet videnskabsteoretisk udgangspunkt

I det følgende afsnit vil jeg kort udlægge specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt.

Specialets videnskabsteoretiske udgangspunkt bygger på en epistemologisk orienterede videnskabsteori. Den epistemologisk orienterede videnskabsteori indeholder en konstruktivistisk tankegang, hvor der ikke er en forudindtaget mening eller sandhed om genstanden, men derimod konstrueres mening og sandhed gennem forskellige iagttagelsesperspektiver. Inden for den epistemologiske videnskabsteori deontologiserer man sin analysegenstand, hvilket betyder at man ikke på forhånd gør genstanden til en bestemt form for virkelighed, der ikke kan spørges til, fordi den som sådan skulle være sand (Andersen 1999: 13). Jeg analyserer derfor det kliniske arbejde, SP og styringen ud fra en tom ontologi, som betyder, at jeg ikke på forhånd forudsætter en særlig form for mening eller sandhed i hverken SP eller det kliniske arbejde.

Det jeg er interesseret i, er at se, hvordan SP dukker op som en særlig form for styrende velfærdsteknologi, samt hvilket konkret rationale, der konstituerer den specifikke styring af det kliniske arbejde via SP. Derudover er jeg interesseret i at se, hvordan sygeplejerskerne og lægerne iagttager SP, samt, hvordan de knytter an til styringen af det kliniske arbejde. Dertil hvordan SP konstrueres igennem bestemte iagttagelsesperspektiver hos sygeplejerskerne og lægerne, som får teknologien til at fremstå på distinkte måder, hvilket kan bidrage med en forståelse af de mulige konsekvenser ved styringen. Igennem denne videnskabsteoretiske tilgang, bliver jeg altså i stand til at analysere, hvordan SP dukker op igennem et bestemt rationale, samt hvordan dette rationale sætter betingelser for styringen af det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger, og til sidst hvilke konsekvenser det konkret medfører for de kliniske roller blandt de to faggrupper. Pointen er hertil at rationalet, rollerne og iagttagelserne kunne være anderledes, og derfor ikke repræsenterer en særlig form for virkelighed, men alene er produkter af bestemte iagttagelsesperspektiver, der anskuer SP og det kliniske arbejde på en bestemt måde.

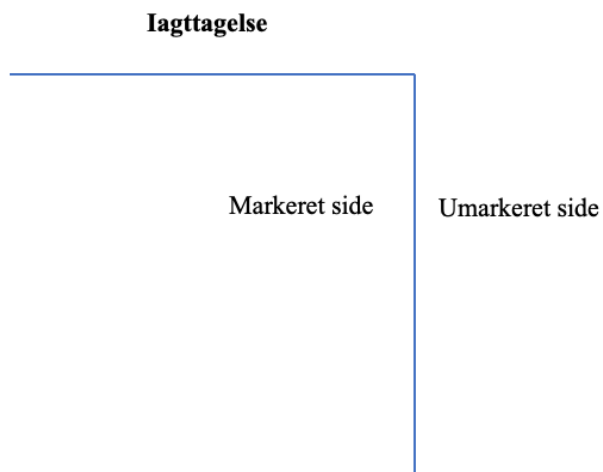
I det efterfølgende afsnit vil jeg præsentere specialets teoretiske udgangspunkter i de forskellige analyser. Disse ligger til grund for besvarelsen af de konkrete analysespørgsmål, som bliver brugt til at besvare den overordnet problemformulering. Til besvarelsen af specialets problemformulering og underspørgsmål, tager jeg, som nævnt, afsæt i Luhmanns teori om teknologi, forskelle, anden ordens iagttagelser og strukturelle koblinger, samt Foucaults teori om governmentality. Begge teorier har forskellige teoretiske syn på det sociale og samfundet som helhed, hvorfor jeg tager nogle specifikke valg og fravalg, som jeg vil redegøre for i afsnit 2.4, hvor jeg fremlægger specialets endelige eklektiske analysestrategi. Først vil jeg fremlægge hovedtrækkene i Luhmanns systemteori og derefter vil jeg ligeledes fremlægge hovedtrækkene i Foucaults teori om governmentality.

2.2 Luhmanns systemteoretiske iagttagelsesbegreb og teknologiforståelse

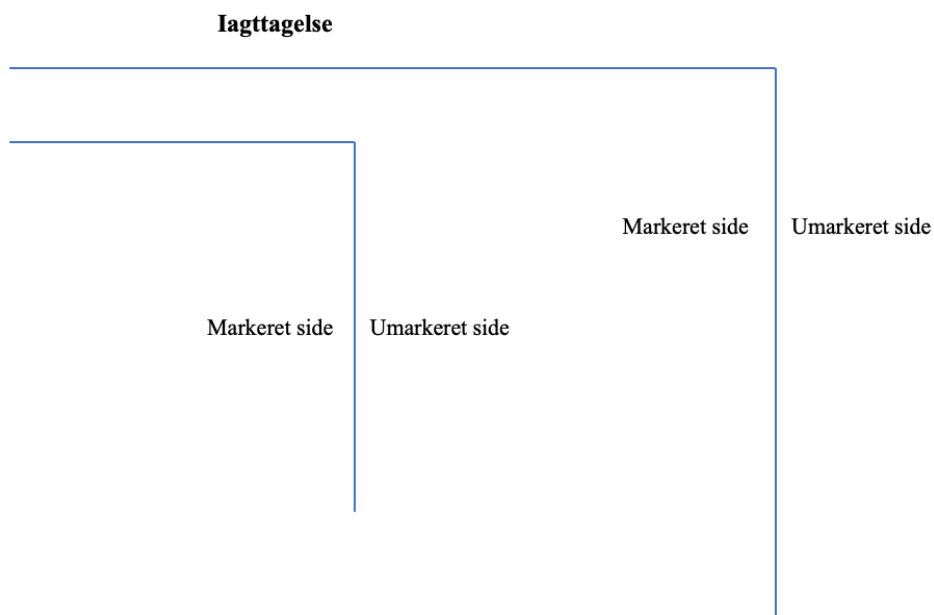
Før jeg går i dybden med Luhmanns teoretiske teknologibegreb og hans forståelse af styring og strukturelle koblinger, starter jeg med en kort introduktion til Luhmanns generelle systemteori og hans iagttagelsesbegreb, herunder hans begreb om anden ordens iagttagelse. Både systemteorien og iagttagelsesbegrebet har en afgørende betydning for hans teknologibegreb, hans styringsbegreb og strukturelle koblinger, hvorfor jeg finder det relevant kort at introducere disse.

Systemteorien er grundlæggende en kommunikationsteori, hvor tanken er at samfundet består af autopoetiske systemer, der hertil består af -og fungerer ved kommunikation (Andersen 1999: 108). At systemerne er autopoetiske, betyder at elementerne i systemerne er produceret af systemerne selv. Derfor kan systemer kun referer til sig selv og til sine egne tidligere operationer (Andersen & Pors 2018: 27). Det betyder dertil at alle iagttagelser af det sociale og samfundet er med til at opretholde det givne system, og at disse iagttagelser skaber systemspecifikke meningsfuldheder om det iagttagende fænomen. Systemerne er hertil operativt lukket, men kognitivt åbne, hvilket betyder at de ikke kan operere i omverdenen til systemet, men de kan kommunikere herom (Andersen & Pors 2018: 72). Netop at systemerne er kognitivt åbne muliggør såkaldte strukturelle koblinger mellem forskellige systemer, hvilket betyder at de forskellige systemer kan etablere koblinger mellem hinanden og tilskrive hinandens kommunikation mening ud fra egne systemiske kommunikationsformer (Andersen & Pors 2018: 73). For eksempel kan det økonomiske system etablere en strukturel kobling til det sundhedsfaglige system, således at hver gang det sundhedsfaglige system iagttager et givent fænomen som sundhedsfagligt legitimt, bliver det økonomiske system opmærksom på denne iagttagelse og kan dermed tilskrive denne iagttagelse og sundhedsfaglige kommunikation mening i en økonomisk logik. Dermed kan det økonomiske system kommunikere omkring den sundhedsfaglige iagttagelse gennem systemets egne systemiske operationer og hertil forsøge at påvirke eller irritere det sundhedsfaglige system.

I denne sammenhæng forstås en iagttagelse som en forskelsdannende operation, der markerer noget bestemt inden for rammen af en forskel (Andersen 1999: 109). Hertil består en iagttagelse af en markeret side og en umarkeret side. Den markerede side repræsenterer det kommunikationen stræber imod, og forskelle er derfor asymmetriske, idet det kun er den ene side som er markeret. (Andersen 1999: 110-111). En første ordens iagttagelse er hertil blind for at den iagttager genstanden eller fænomenet igennem en forskel med en markeret og en umarkeret side, og for at iagttage iagttagelsens to sider, kræves en anden ordens iagttagelse. Første ordens iagttagelser kan illustreres således:



En iagttagelse kan hertil genoptræde i sig, hvilket markerer et paradoks, hvor den umarkeret side fremtræder på den markeret side af forskellen, hvilket indikerer at kommunikationen stræber efter to modstridende aspekter. Dette kan illustreres således:



Paradokset kaldes også for et *re-entry* (Andersen 1999: 113), dog vil jeg i dette speciale nøjes med at anvende begrebet *paradoks* i analysen, når forskellene genoptræder i sig selv.

En anden ordens iagttagelse er hertil en iagttagelse af en første ordens iagttagelse, hvilket betyder at man iagttager andre systemer, organisationer eller aktørers iagttagelser på første orden. Ved at iagttage på anden orden iagttager man derfor begge sider af forskellen, og dermed bliver man i stand til at iagttage det som iagttagelsen ikke selv kan se – altså at iagttagelsen iagttager igennem en forskelsdannende operation (Andersen 1999: 111).

Disse systemteoretiske pointer om iagttagelser og forskelle er centrale i forhold til Luhmanns udvikling af styrings- og teknologibegrebet, som jeg anvender til at besvare underspørgsmål 1, 3 og 4. Styring definerer Luhmann som: "(...) steering always means the reduction of a difference." (Luhmann 1997: 42), hvilket uddybes: "But steering is not only observation, not only the use of a distinction to mark the one and not the other side. Steering designates a very specific use of distinctions, namely the attempt to reduce the difference." (Luhmann 1997: 43). Ifølge Luhmann indebærer styring altså en reduktion af forskelle, som en given teknologi stiller til rådighed. Det at en given organisation styrer igennem en bestemt teknologi medfører ofte mere ustyrlighed, fordi teknologien ikke ser at den iagttager genstanden igennem styringsforskelle, som er behæftet med paradokser. Styringen er derfor meget snæver, i den forstand at styringsgenstanden bliver iagttaget igennem et meget specifikt og unuanceret blik, hvilket ofte medfører mere kompleksitet for organisationen. En vigtig pointe i forhold til dette, er at den øgede kompleksitet og paradokserne opstår i det Luhmann kalder for styringskommunikationen om den konkrete styring. Styringskommunikation er hertil en form for metakommunikation omkring, hvilke forskelle der skal reduceres, og det er i denne styringskommunikation, hvor styringsblindheden opstår (Luhmann 1997: 48). Min empiri udgør hertil styringskommunikation omkring SP's styring af det kliniske arbejde blandt de to faggrupper, hvorfor jeg primært tager udgangspunkt i forskellige skriftlige dokumenter og rapporter om SP.

Denne definition af styringsbegrebet hænger tæt sammen med Luhmanns forståelse af teknologibegrebet. Ifølge Luhmann, så etablerer teknologier faste koblinger af gentagelig kausalitet, hvor A udløser B, som udløser C (La Cour et. al. 2017: 172). Teknologi og styring er derfor rettet mod at reducere bestemte former for kompleksitet inden for et givent system, organisation, afdeling e.l. Nærmere bestemt, så betyder det at teknologier har til hensigt at gøre et givent felt, såsom det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger, mindre komplekst, for eksempel ved at kommunikere en fast kausalitet, der reducerer mængden af administrative opgaver, således at en given

styringsforskel reduceres i en grad, hvor der ikke længere er en stor forskel mellem de to positioner. Det betyder dog ikke, at asymmetrien mellem de to sider fuldstændig udviskes, hvilket Luhmann uddyber: "A difference-minimizing programme still needs within the distinctions asymmetry as an indication of direction." (Luhmann 1997: 46). Asymmetrien mellem de to sider i styringsforskellen bibeholdes fortsat, for at indikere, hvilken retning styringskommunikationen styrer mod. Jeg anvender denne forståelse af teknologi og styring i forhold til at iagttage, hvilken form for kompleksitet SP forsøger at reducere, ved at analysere styringskommunikationen i det officielle dokumenter omkring SP. Med afsæt i Luhmanns begreb om strukturelle koblinger, belyser jeg hertil, hvordan sygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen via en strukturel kobling mellem forskellige systemer.

Med afsæt i Luhmann, har jeg derfor fokus på kommunikation, hvorfor jeg i disse analyser primært fokuserer på styringskommunikationen og de fremsatte styringsforskelle, som søges reduceret. Jeg vil hertil vise, hvordan denne styring og reducere af kompleksitet skaber mere ustyrlighed og øget kompleksitet via styringens paradoksale karakter.

I det efterfølgende vil jeg kort redegøre for de centrale hovedtræk i Foucaults teori om governmentality. Governmentality-analytikken, anvender jeg primært til at besvare underspørgsmål 2, hvor jeg fremanalyserer den særlige form for rationalitet, der fremgår i styringskommunikationen og de fremsatte styringsforskelle. Det kan belyse de konstitutive effekter ved den konkrete styring i styringskommunikationen, i form af en distinkt selvstyrende klinisk adfærd, der knytter sig til bestemte subjektpositioner, som sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til.

2.3 Foucaults governmentality-analytik

Foucaults teoretiske arbejde baserer sig på bestemte former for magtanalyser, hvorfor magtbegrebet har en central placering i hans teoretiske arbejde. Jeg finder det hertil nærliggende at starte med en udredning af, hvordan magt forstås, fordi dette begreb har en central placering i hans i udviklingen af governmentality-perspektivet.

Ifølge Foucault er magt ikke noget der udspringer fra et særligt privilegeret punkt i samfundet. Magt er snarere noget som finder sted i alle sociale sammenhænge mellem mennesker. Det er med andre ord ikke længere suverænen, hvorfra magten udspringer. Magten er derimod immanent i samtlige

sociale sammenhænge og relationer (Foucault 1979: 137). Pointen er, at magt ikke længere kun er til stede i situationer, hvor en given aktør direkte tvinger en anden aktør til at udføre en bestemt handling. Magten er derimod også til stede i for eksempel individets eget forhold til sig selv. Derfor fremtræder magt ikke i en given form eller kan lokaliseres og fastholdes i bestemte organisationer eller institutioner. Magten er produktiv, i den forstand at den skaber forskellige typer subjekter (Villadsen 2007: 158). Det betyder at magten ikke er destruktiv, idet den ikke nedbryder subjekter, men den søger nærmere bestemt at optimere og opbygge subjekter i lyset af en distinkt form for viden eller sandhed (Villadsen 2007: 158). Subjektivering i Foucaults teori er derfor den proces, hvorved et givent individ formes mod en bestemt subjektposition eller social rolle, der er koblet til en bestemt form for viden. Jeg anvender ikke direkte Foucaults magtbegreb i analysen, da jeg primært anvender hans teori til at iagttage, hvordan distinkte subjektpositioner forudsættes via styringen og styringskommunikationen. Man kan sige, at jeg anvender det indirekte, fordi jeg iagttager, hvordan det kliniske subjekt blandt sygeplejerskerne og lægerne fordres til at knytte an til styringen, hvori magten er til stede i subjektiveringsprocessen.

Denne magtforståelse og subjektiveringsproces hænger tæt sammen med det Foucault kalder for governmentality, der betegner en bestemt form for mentalitet, som den moderne stat styrer samfundet og dets borgere med (Villadsen 2007: 157). Governmentality-analytikken belyser at borgerne i det moderne samfund er frie individer, men samtidig også er genstand for regulerende initiativer, der sikrer at borgerne tilpasses og normaliseres normerne og standarderne i det moderne samfund. Styringen af de frie individer i samfundet forudsætter derfor individernes selvstyring, og det er netop denne selvstyring, som søges styret af staten. Det er hertil på baggrund af disse teoretiske overvejelser om magt, subjektivering og governmentality, at Mitchell Dean og Kaspar Villadsen videreudvikler governmentality-analysen, som jeg anvender til at belyse den særlige form for rationalitet, der ligger i SP's styring af det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger.

Dean udvikler i denne sammenhæng sin governmentality-analytik til at studere såkaldte *praksisregimer*, og ifølge Dean er praksisregimer relativt sammenhængende måder at gøre ting på, hvilket han uddyber: ”De er mere eller mindre organiserede måder, hvorpå vi på et givent tidspunkt og på et givent sted tænker, praktiserer og reformerer aktiviteter, såsom omsorg, administration, rådgivning, sygepleje, afstraffelse, uddannelse osv. (Dean 2007: 58). Magtbegrebet fra Foucault spiller derfor en central rolle i forhold til praksisregimernes styrende aspekt, hvor magten er til stede

i det forhold at praksisregimerne producerer bestemte typer subjekter, der styrer sig selv inden for et givent handlingsrum. Praksisregimer kan derfor ses som bestemte måder at strukturere, administrere eller reformere for eksempel klinisk arbejde på. Villadsen uddyber denne governmentality-pointe:

”Rather, it [governmentality perspective]² seeks to shape a space of conduct within which teachers and managers may choose forms of self-conduct that contribute to meeting quality standards. Following Foucault’s non-institutional approach would imply ‘going behind’ the immediate educational programs and reforms to mark up broader, historically deep-seated rationalities that made them possible.” (Villadsen 2015: 156)

Foruden at governmentality-analysen søger at afdække styringen af frie individer gennem et særligt handlingsrum, så påpeger Villadsen også at governmentality-analysen søger at belyse rationaliteten i styringskommunikationen. I forhold til nærværende case betyder det at governmentality-analysen vil undersøge den iboende rationalitet i styringen af det kliniske arbejde, hvor den antager at denne rationalitet er med til at subjektivere sygeplejerskerne og lægerne mod bestemte kliniske roller, som kan defineres som subjektpositioner. I forhold til at vurdere, hvilken konsekvens styringen har for sygeplejerskernes og lægernes roller, anvender jeg derfor begrebet *subjektposition*, fordi det dækker over den subjektiveringsproces, hvor individer fordres til at indoptage distinkte identiteter, egenskaber og holdninger (Dean 2007: 75). Derfor ser jeg governmentality-analytikken, som et stærkt teoretisk værktøj til at belyse konsekvenserne ved styringen af det kliniske arbejde, fordi jeg igennem governmentality-analysen fremanalyserer det betingende rationale, som forudsætter styringen af det kliniske arbejde, samt de kliniske roller, i form af subjektpositioner, blandt sygeplejerskerne og lægerne.

I det efterfølgende afsnit, vil jeg kombinere de to teoretiske positioner og formulere en eklektisk analysestrategi. Heri vil jeg argumentere for, hvordan de to teoretiske perspektiver kan kombineres, og dertil vil jeg uddybe, hvilke aspekter af teorierne der anvendes i den konkrete eklektiske analysestrategi. Først vil jeg dog kort fremlægge, hvad der forstås ved en eklektisk analysestrategi.

2.4 Eklektisk analysestrategi

Ifølge Emil Husted og Justine Grønbæk Pors indebærer en eklektisk analysestrategi, at man kombinerer flere forskellige teoretiske perspektiver til at besvare en konkret problemstilling. I denne

² Min parentes.

sammenhæng findes der to forskellige tilgange inden for eklektiske analysestrategier, hvoraf den ene er integrationstilgangen og den anden er friktionstilgangen (Husted & Pors 2021: 22). Integrationstilgangen søger hertil at integrere forskellige teorier eller begreber i samme analysestrategi, så de teoretiske begreber ikke skaber friktion, men derimod formes til at passe ind i den samme analysestrategiske tilgang (Husted & Pors 2021: 23). Omvendt søger friktionstilgangen at anvende forskellighederne fra teorierne og begreberne, som en teoretisk metode til at udfolde forskellige analytiske pointer (Husted & Pors 2021: 25). Jeg forholder mig hertil ikke yderligere til friktionstilgangen, fordi jeg anvender integrationstilgangen til at kombinere Luhmanns og Foucaults forskellige teorier³.

Husted og Pors tilføjer at der er fire punkter, som jeg må være opmærksom på, når jeg arbejder med integrationstilgangen. Først må jeg reflektere over, hvilken videnskabsteoretisk kontekst teorierne tilhører. Dernæst må jeg reflektere over, hvilke ontologiske antagelser teorierne og begreberne gør sig om for eksempel styring og klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger. For det tredje må jeg gøre rede for, hvordan jeg tilpasser de udvalgte teoretiske begreber, så de er kompatible i en samlet analysestrategi. Til sidst må jeg være bevidst om teoriernes styrkeforhold i min fremsatte analysestrategi, hvilket vil sige at jeg må være bevidst om de aspekter af teorierne eller begreberne der fremhæves eller nedtones (Husted & Pors 2021: 24). Nedenfor argumenterer jeg for, hvordan teorierne kan kombineres til en eklektisk analysestrategi, der bygger på integrationstilgangen.

Teorierne kan kombineres, fordi de udspringer fra den samme videnskabsteoretiske position. Begge teorier arbejder med en tom ontologi, hvor sandhed og mening er noget der dukker op gennem forskellige iagttagelsesperspektiver. Begge teorier går altså ud fra at omverden ikke rummer en forudbestemt mening, som vi kan erkende. Dertil er begge teorier programmer for anden ordens iagttagelser, hvilket betyder at de er analytiske programmer til at iagttage andre aktørers iagttagelser af et givent fænomen, som for eksempel teknologier eller klinisk arbejde (Andersen 1999: 19). Jeg argumenterer dermed for at teorierne kan kombineres, fordi de deler samme ontologiske antagelse om, at fx klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger skal analyseres ud fra en tom ontologi. De vil begge analysere dette fænomen ud fra en tom ontologi, hvor der ikke er en forudbestemt mening eller sandhed i fænomenet, men det dukker op og får mening gennem distinkte

³ Se Husted & Pors 2021 for en dybere udredning af friktionstilgangen.

iagttagelsesperspektiver. Teorierne er altså begge enige om at der ikke findes et særligt objektivt punkt, hvori individet kan anskue verden præcis som den er. Derimod er essensen i begge teorier at verden altid vil fremstå gennem et særligt perspektiv, som konstruerer den på en bestemt måde.

Jeg kombinerer i denne sammenhæng Luhmanns systemteoretiske begreber om styringskommunikation, teknologi, styring og strukturelle koblinger med Foucaults governmentality-analytik. Begrundelsen for denne kobling, er at teknologi og socialitet ikke skal ses som to usammenhængende domæner. Det betyder at styring via en given teknologi indvirker på det sociale og *vice versa*. Jeg er hertil interesseret i at undersøge, hvordan SP forudsætter kliniske subjektpositioner hos sygeplejersker og læger, hvor disse subjektpositioner er produceret i lyset af en bestemt rationalitet. Jeg vil hertil argumentere for, at denne rationalitet er iboende i de fremsatte styringsforskelle i styringskommunikationen, hvorfor det ikke er tilfældigt, hvilke styringsforskelle der fremtræder i denne kommunikation, samt hvilken kompleksitet styringen forsøger at reducere.

Governmentality-analytikken er følgelig rammen for at fremanalysere denne rationalitet, som forudsætter de kliniske subjektpositioner. Netop denne governmentality-pointe, hvor styringen via teknologier er betinget af at bestemt rationale, uddybes hos Nikolas Rose og Peter Millers udredning af den moderne politiske statsmagt. De pointerer hertil:” It is through technologies that political rationalities and the programmes of government that articulate them become capable of deployment.” (Rose & Miller 2005: 183). Ifølge Rose og Miller er teknologier kendetegnet ved at være gennemstrømmet af forskellige rationaler, der sætter betingelser for den konkrete styring og implementering af teknologien. Jeg kobler derfor Foucaults governmentality-teori til at belyse netop den iboende rationalitet i styringskommunikationen, hvori de kompleksitetsreducerende styringsforskelle fremføres. Denne fremanalyserede rationalitet anvendes til at iagttage, hvilken selvstyring sygeplejerskerne og lægerne fordres til at indoptage ved at knytte an til distinkte subjektpositioner.

Jeg er derfor inspireret af Niels Åkerstrøm Andersens og Niels Thyge Thygesens teoretiske betingelser for definitionen af styringsbegrebet, som på mange måder er en kombination mellem Luhmanns systemteori og Foucaults governmentality-analytik. Andersen og Thygesen opstiller hertil fire kriterier for styring, hvor det første er at styring er reduceringen af kompleksitet, det andet er at styring finder sted gennem individernes selvstyring, det tredje er styringskommunikationen er en

anden ordens kommunikation og det fjerde er at styringen er afhængig af at første orden knytter an til styringskommunikationen (Andersen & Thygesen 2004: 14).

Koblingen mellem Luhmann og Foucault er i det forhold, at begge teorier er analytiske programmer for en analyse af styringen af individers selvstyring. Styring handler ikke kun om at knytte an til styringskommunikationen, men også om at indoptage en særlig form for selvstyring, som forudsættes via styringskommunikationen. Dette ser jeg som en central begrundelse for at kombinere Foucaults governmentality-analytik med Luhmanns styringsteori, fordi det analytiske fokus på dette rationale gør, at jeg bliver i stand til at se, hvordan styringskommunikationen skaber et særligt handlingsrum, hvori distinkte subjektpositioner forudsættes med en bestemt form for selvstyring, hvilket omformer selve rollen som sygeplejerske eller læge.

Med denne teoretiske kombination, bliver jeg derfor både i stand til at se, hvordan styringskommunikationen konstituerer en særlig form for styring af det kliniske arbejde via distinkte styringsforskelle, der reducerer kompleksitet. Dertil bliver jeg i stand til at se, hvordan styringen af det kliniske arbejde er gennemstrømmet af et distinkt rationale, der forudsætter subjektpositioner med en særlig ønskelig adfærd, der realiseres via sygeplejerskernes og lægernes selvstyring. Det skal belyse, hvordan rollen som sygeplejerske og læge reproduceres i SP's styring af det kliniske arbejde, hvilket har konsekvenser for, hvordan de iagttager deres egen sundhedsfaglige rolle.

Denne teoretiske kobling er dog ikke helt uproblematisk, fordi selvom teorierne deler samme grundlæggende ontologiske antagelse om verden og det sociale, så repræsenterer de stadig to vidt forskellige syn inden for den samme konstruktivistiske ramme. Luhmanns teori er grundlæggende en teori om at studere samfundet ud fra præmissen om at det er uddifferentieret i forskellige systemer, der iagttager verden ud fra deres egne autopoetiske operationer, hvor Foucaults teori i højere grad er en teori om, hvordan diskurser og magt producerer subjektpositioner, som knytter an til bestemte vidensformer. Desuden konstruerer Luhmanns systemteori styring som kommunikationens reducering af kompleksitet, hvorimod Foucaults teori anser styring, som noget der får individer til at udøve selvstyring inden for et konstrueret handlingsrum, hvor de kan knytte an til bestemt subjektpositioner. Jeg vil hertil argumentere for, at denne forskel i teoriernes opfattelse af styring, styrker min analyse, fordi jeg gennem den teoretiske kobling bliver i stand til at undersøge SP's styring ud fra to forskellige perspektiver, hvilket viser at styringen i kommunikationen forudsætter

en bestemt form for selvstyrende adfærd inden for rammerne af et konstrueret handlingsrum, der knytter sig til et bestemt rationale. Kombinationen af disse to teorier, mener jeg styrker specialets analyser, fordi det dels bliver belyst, hvordan SP kommunikativt styrer det kliniske arbejde, og dels hvilke konsekvenser denne kommunikative styring har i forhold til det kliniske arbejde blandt de to faggrupper. Jeg vil altså argumentere for at teorierne er kompatible, fordi de begge har fokus på forskellige aspekter i analysen, hvorfor de ikke kommer til at modstride hinandens analytiske pointer.

Kombinationen af de to teoretiske tilgange kan illustreres ved hjælp af Niels Åkerstrøm Andersens problematiseringsfigur:

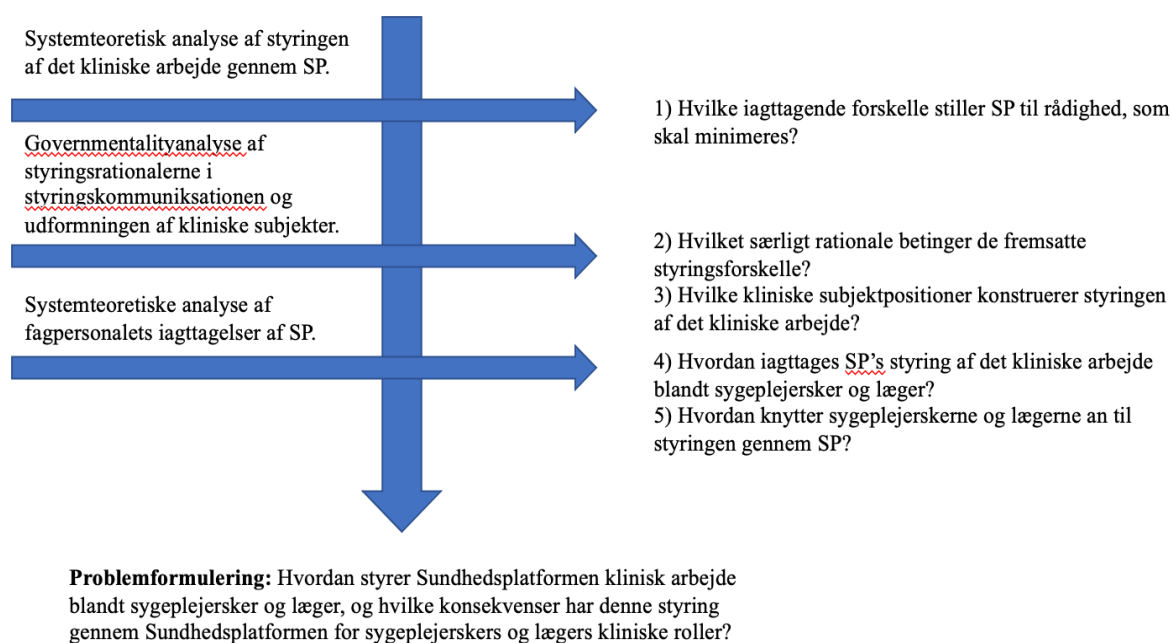


Illustration 2: Problematiseringsfigur af specialets analysestrategi (Andersen 2003: 320-321)

I det efterfølgende afsnit vil jeg præsentere de metodiske overvejelser, som ligger til grund for indsamling af empiri via forskningsinterviews. Dette vil jeg gøre med udgangspunkt i Anders La Cours, Morten Knudsens og Niels Thyge Thygesens forskningsartikel: *Det systemteoretiske interview – Interviewet som meningsdannelse*, som ligger til grund for mine metodiske valg i forhold til indsamling af interviewdata.

2.5 Metode og interview

Jeg anvender forskningsinterview, som metode til indsamling af data, hvorfor mit speciale bygger på et kvalitativt metodisk design, hvor jeg sammen med respondenterne konstruerer interviewdata. I

dette afsnit, vil jeg derfor kort præsentere de metodiske overvejelser angående det kvalitative forskningsinterview som metode til produktionen af data.

Før jeg præsenterer, hvordan jeg arbejder systemteoretisk i forhold til de forskellige interviews, vil jeg kort præsentere, hvilken interviewform der ligger til grund for de forskellige interviews. Jeg har hertil valgt, det semi-strukturerede interview, fordi fordelene ved dette interview er, at det har en fast struktur, men det er muligt at afvige fra den og lade interviewet forløbe mere flydende (Harrits, Pedersen & Halkier 2012: 149). Det betyder, at jeg holder mig åben over for svar der skulle afvige fra den planlagte struktur, idet jeg vurderer at disse afvigelser potentielt kan have en analytisk værdi. For at udføre et semi-struktureret interview, må jeg udforme en interviewguide, hvor der fremgår nogle forberedte spørgsmål, som respondenterne må svare på. Spørgsmålene kan hertil uddybes og forklares efter behov, og der er mulighed for at stille yderligere spørgsmål undervejs (Harrits, Pedersen & Halkier 2012: 149). Spørgsmålene i min interviewguide udgør dermed åbne/indledende spørgsmål, indirekte spørgsmål, direkte spørgsmål og narrative spørgsmål. Disse spørgsmålstyper er valgt, fordi jeg både er interesseret i at iagttage respondenternes oplevelser af SP, samt få respondenterne til at reflektere over SP's indirekte påvirkning i deres kliniske arbejde.

Jeg har hertil udvalgt seks respondenter, hvoraf de første tre er sygeplejersker og de tre sidste er læger. Alle seks respondenter arbejder på Nordsjællands Hospitals dialyseafsnittet, hvilket er et højt specialiseret afsnit, hvor sygeplejerskerne og lægerne til dagligt anvender SP i deres kliniske arbejde. Respondenterne varierer i køn og alder. To af interviewene er blevet foretaget i afdelingen og de resterende interviews er blevet foretaget via Teams. Respondenterne er hertil blevet anonymiseret, hvilket betyder at de hverken kommer til at fremgå med navn, alder eller køn. Dette er gjort for at skabe en åben dialog, der sikrer at respondenterne kan ytre sig frit om deres opfattelser af SP. Respondenterne med nummer 1-3 er dialysesygeplejersker og respondenterne med nummer 4-6 er læger.

I forbindelse med mit besøg på afdelingen blev jeg kort introduceret til nogle af de funktioner, som sygeplejerskerne og lægerne anvender mest i deres daglige arbejde. Dertil fik jeg udleveret nogle guidelines, der beskriver hvordan sygeplejerskerne og lægerne forudsættes til at anvende SP. Denne empiri og viden er blevet brugt til at danne en forståelse af funktionaliteten i SP.

Jeg vil nu vende blikket mod det systemteoretiske interview. Denne tilgang er forholdsvis anderledes end, hvad man normalt forbinder med en samfundsvidenskabelig tilgang til forskningsinterviews. Hovedpointen hos La Cour et. al., er at interviewet som datagenererende metode, må forstås som et selvstændigt erkendelsessystem, der iagttager analysegenstanden. Derudover er pointen at interviewerens er medproducent af interviewet, hvorfor de vanlige politologiske krav om gentagelighed og reliabilitet udfordres, fordi det systemteoretiske interview opfattes som et lukket system gennem hvis selvreference informationer om genstanden opstår. Det betyder at det er umuligt at gentage de givne interviews, fordi enhver interviewsituation i den systemteoretiske forståelse er forskellig og ethvert interview udgør sit eget system med egen systemiske selvreference.

Derudover er det umuligt at fraholde sig fra at have en indvirkning på selve interviewsituationen. Kravet om reliabilitet, altså fravær af tilfældige fejl, herunder interviewerens indvirkning på interviewsituationen (Harrits et. al. 2012: 174), antages følgelig som en umulig præmis. Dermed ikke sagt, at jeg skal påtvinge respondenterne at svare på bestemte måder, men jeg må acceptere at min tilstedeværelse og spørgsmål er med til at producere bestemte iagttagelser af SP. Af den grund argumenterer La Cour et. al. for at det systemteoretiske interview må forstås og opbygges som et selvstændigt erkendelsesprojekt (La Cour et. al. 2005: 10), hvor interviewerens ikke har en neutral position i forhold til respondenternes udtagelser. Jeg er derimod medskabere af empirien og interviewene, hvilket anses som en styrke. Herudover er en central præmis i det systemteoretiske interview at det ikke er en direkte afspejling af omverdenen eller realiteterne i den (La Cour et. al. 2005: 13), men det er derimod en særlig konstruktion af omverdenen og dens iagttagelser. Det systemteoretiske interview er hertil en anden ordens metode, hvor jeg vil analysere de enkelte interviews ud fra det systemteoretiske krav om at interviewene repræsenterer selvstændige iagttagelser af SP og det kliniske arbejde blandt respondenterne.

Jeg må derfor reflektere over, hvilke forskelle der ligger grund for de forskellige interviews, fordi det er ud fra disse forskelle at spørgsmålene i interviewguiden bliver konstrueret (La Cour et. al. 2005: 11). Jeg er i denne sammenhæng, som nævnt, interesseret i at undersøge, hvordan sygeplejerskerne og lægerne iagttager SP i forhold til deres kliniske arbejde, hvorfor jeg iagttager interviewene gennem forskellen: *markeret side/umarkeret side*, fordi jeg både er interesseret i at se, hvordan respondenterne markerer bestemte aspekter i kommunikationen og samtidig hvilke aspekter i kommunikationen som forbliver umarkeret eller usagt, for dermed at vurdere, hvordan SP og styringen konstrueres.

Ud fra de mere mainstream politologiske krav til forskningsinterviews, kan man hertil rejse en kritik af denne tilgang, fordi jeg har en klar indvirkning på, hvordan de givne interviews forløber og derfor formentlig også kommer til at påvirke respondenternes svar, selvom jeg så vidt muligt forsøger at undgå dette. Derudover må den eksterne validitet, det vil sige generaliserbarheden af resultaterne af analysen af de forskellige interviews (Jakobsen 2012: 174), heller ikke medregnes som særlig høj, fordi jeg kun har medtaget seks respondenter. Derfor er det svært at udbrede de analytiske pointer til alle sygeplejersker og læger der arbejder med SP i de to regioner.

Dog vil jeg argumentere for at det systemteoretiske interview er en metodisk styrke snarere end en metodisk svaghed, fordi jeg hermed kan medskabe rammen for, hvordan respondenterne kan udtrykke deres opfattelser af SP. Dermed kan jeg skabe en interviewsituation, hvor jeg er forholdsvis sikker på, at respondenterne forholder sig til deres egne oplevelser og iagttagelser af SP. I forhold til kritikken om generaliserbarheden af analysens resultater, så er dette en malplaceret kritik, fordi hensigten med interviewene og analysen ikke er at udbrede de analytiske pointer fra interviewene til samtlige hospitaler og medarbejdere, der anvender SP eller lignende it-systemer. Hensigten er snarere at afdække, hvordan SP styrer det kliniske arbejde og hertil frembringe en viden om hvilke mulige konsekvenser denne styring kan få for de to faggruppers kliniske roller. Dette kan inspirere andre mere *kvantitative* studier af SP i forhold til det kliniske arbejde blandt andre eller samme faggrupper.

Afslutningsvis, anvender jeg programmet Konch til at transskribere interviewene. Konch transskriberer automatisk lydfilerne med interviewene, hvorefter jeg får et førstehåndsudkast af de transskriberede interviews. Transskriberingerne af interviewene via Konch er ikke fuldstændige korrekte og indeholder ofte mindre sproglige fejl, hvorfor jeg gennemlæser interviewene og renskriver de passager, som anvendes i analysen. Interviewene kan hertil udleveres, såfremt det bliver relevant. De vedhæftes derfor ikke som bilag.

3. Styringsteknologisk analyse

I denne del vil jeg besvare følgende underspørgsmål: *Hvilke iagttagende forskelle stiller SP til rådighed, som skal minimeres?* Jeg iagttager derfor, hvordan SP, forstået som en velfærdsteknologi, reducerer kompleksitet via styringsforskellene i styringskommunikationen. Mit iagttagelsespunkt er derfor styringskommunikationens fremsatte styringsforskelle. I denne sammenhæng, vil jeg

argumentere for at der er tre centrale styringsforskelle i styringskommunikationen omkring SP. Den første er 1) *digitaliseret klinisk arbejde/manuelt klinisk arbejde*, den anden er 2) *standardisering/fleksibilitet* og den tredje er 3) *tidsforbrug på patienten/tidsforbrug på patientadministration*. Der kan sikkert fremanalyseres flere typer af forskelle, men jeg vil argumentere for at disse er gennemgående i den analyserede empiri, og derfor fremstår som centrale styringsforskelle. Empirien udgør en række forskellige dokumenter og guidelines om SP, hvor hovedessen er kommunikation af it-systemets funktion og kommunikationen omkring hensigten ved implementeringen af SP.

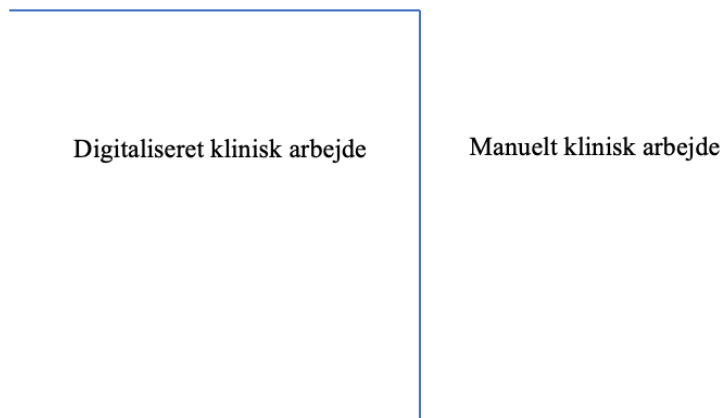
En vigtig systemteoretisk pointe, er at jeg må redegøre for min konditionering af min ledeforskel, hvilket betyder, at jeg må redegøre for, hvilke betingelser der er for at kunne identificere styring (Andersen 1999: 116). Betingelserne for styring i denne del, er at styring via kommunikation reducerer kompleksitet. Jeg identificerer derfor *styring* som *styringskommunikationens reducere af kompleksitet*, hvilket vil sige at den konkrete styring identificeres som kommunikation, der opstiller styringsforskelle, der søger at reducere kompleksitet inden for det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Ved at analysere styringskommunikationen, kan jeg følgelig belyse, hvordan SP søger at styre det kliniske arbejde via distinkte kommunikative styringsforskelle.

I denne sammenhæng, vil jeg først argumentere for, hvordan styringsforskellene optræder i empirien, samt analysere paradokserne, hvorefter jeg vil analysere styringsblindheden i styringsforskellenes styring af det kliniske arbejde.

3.1 Forskelsanalyse 1: Digitaliseret klinisk arbejde

Den første forskel, som styringskommunikationen i SP forudsætter, omhandler digitalisering af det kliniske arbejde. Formålet bag implementeringen af SP var øget digitalisering af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden og Region Sjælland. Jeg vil hertil argumentere for at SP forsøger at minimere følgende forskel:

Styring mod digitalisering



Styringsforskellen fremtræder som en overordnet forskel i styringen, fordi den forudsætter en række mere nuancerede styringsforskelle, som jeg vil komme ind på senere i analysen. Styringsforskellen opstår, fordi regionerne betragtede SP som et system, der kunne understøtte og realisere ambitionen om øget digitalisering af de kliniske arbejdsgange: "Som følge heraf anses Sundhedsplatformen også som en investering, der understøtter den nationale dagsorden om øget digitalisering af sundhedsvæsenet og afskaffelse af den papirbaserede patient journal." (Skillbreid & Mortensen 2015: 7). Desuden havde man en ambition om at løfte hele sundhedsvæsenet til niveau 7 i 'Electronic Medical Record Adoption Model' fra HIMSS (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen, 2012), som sagt, er det mest avancerede digitaliseringsniveau inden for hospitalsverdenen.

Digitalisering af de kliniske arbejdsgange anså man som en indirekte katalysator for realiseringen af ambitionen om at skabe et mere effektivt sundhedsvæsen, herunder mere effektive kliniske arbejdsgange blandt sygeplejersker og læger. Jeg vil derfor argumentere for at styringskommunikationen fremsætter denne styringsforskel, for at reducere kompleksiteten i det papirbaserede administrative kliniske arbejde ved at blive mere digitaliseret. Styringskommunikationen etablerer følgelig en kausalitet mellem digitalisering og øget effektivitet, hvor inputtet er det kliniske arbejde, der gennem SP's digitale arbejdsprocesser omformer det kliniske arbejde, således at de bliver mere effektivt. Den øgede effektivitet i de kliniske arbejdsgange er derfor outputtet. Forventningen om øget effektivisering ses blandt andet i effektiviseringsmålene, som fremgår i business casen:

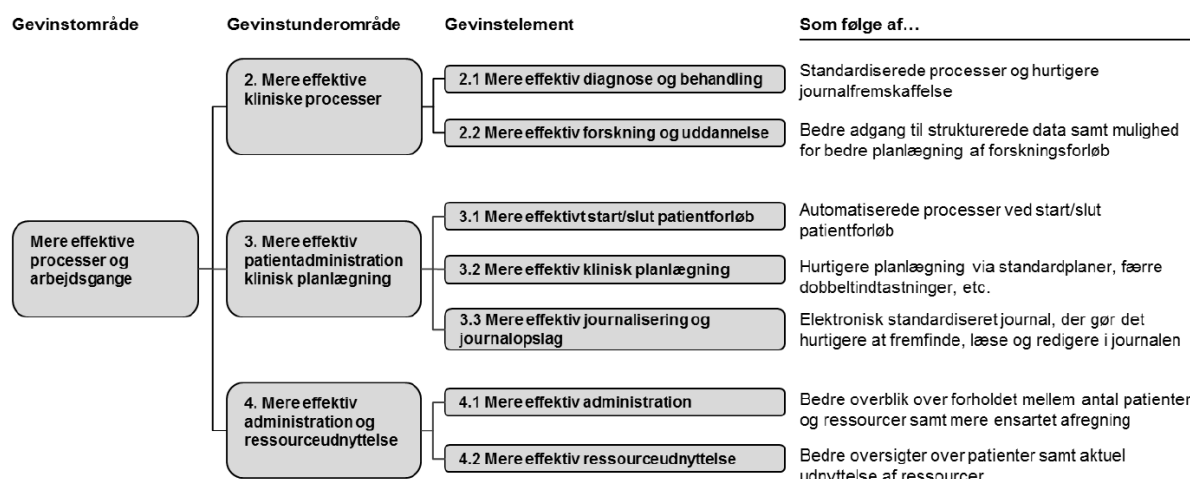


Illustration 3D: Gevinstelementer for "Mere effektive processer og arbejdsgange"

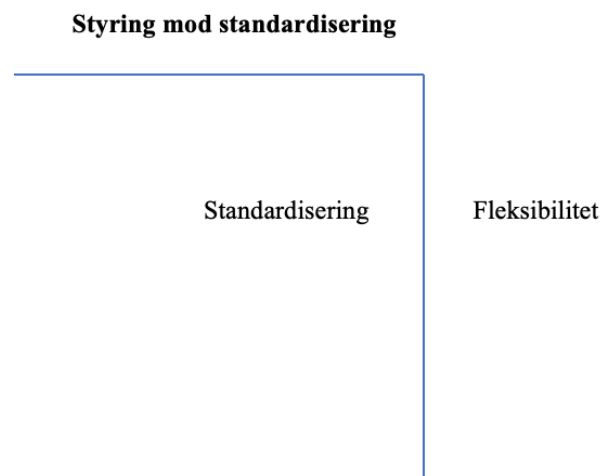
Illustration 3: Sundhedsplatformens effektiviseringsgevinster. Kilde Skillbreid & Stentoft 2015: 16.

Ovenstående illustration er et vigtigt punkt i business casen, fordi den sammenholder de væsentligste grunde til at implementere SP. Den kondenserer altså de mest centrale og afgørende argumenter for, hvorfor regionerne anså SP som den rigtige digitale teknologi til at optimere sundhedspersonalets arbejde på hospitalerne i de to regioner, hvorfor den illustrerer forventningerne til, hvordan SP styrer det kliniske arbejde og derfor også, hvordan distinkte styringsforskelle fremtræder i kommunikationen.

Illustrationen påpeger hertil, at styringskommunikationen havde en klar forventning om at styringen af det kliniske arbejde, gennem de digitaliserede kliniske arbejdsprocesser, ville øge effektiviteten blandt sygeplejerskerne og lægerne. Af illustrationen fremgår det også at styringen ville skabe mere standardiserede arbejdsgange. Derfor vil jeg argumentere for at styringen også søger at reducere kompleksiteten i det kliniske arbejde ved at etablere en standardisering af det kliniske arbejde. Denne analytiske pointe udfoldes i efterfølgende analyseafsnit.

3.2 Forskelsanalyse 2: Standardisering af fleksible arbejdsgange

Foruden at styringskommunikationen søger at styre det kliniske arbejde gennem styringsforskellen: *Digitaliseret klinisk arbejde/manuelt klinisk arbejde*, styrer SP også igennem *standardisering/fleksibilitet*, som kan illustreres således:



Denne styringsforskel kommer til syne i udbudsdokumentet omkring indkøbet af SP, hvor det fremgår: ”Endvidere efterspørges mulighed for støtte til standardisering af arbejdsgange og efterfølgende organisatorisk implementering af systemet.” (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2012). SP blev opfattet som det rigtige system, idet det var gearret til at standardisere kliniske arbejdsgange, herunder patientadministrationen og håndteringen af sundhedsdata. Patientadministration er hertil alt det som ikke direkte omhandler patienternes somatiske tilstande, men derimod alt det administrative arbejde om patienterne, herunder udarbejdelse af sundhedsdata, opdateringen af journaler, bestillinger af medicinske prøver osv. Jeg argumenterer hertil for at SP også har til hensigt at styre den del af det kliniske arbejde der omhandler patientadministration, i den forstand at det ikke er op til den enkelte sundhedsfaglige at strukturere, hvordan vedkommende håndterer patienternes sundhedsdata og patientadministration, fordi denne del er blevet standardiseret.

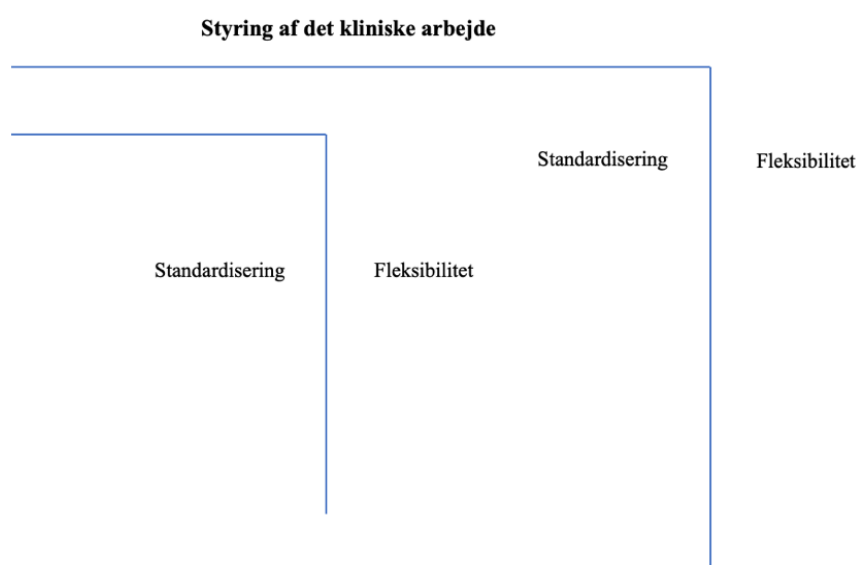
SP er altså den standardiserende og styrende ramme for udførelsen af det administrative arbejde, hvorfor ’fleksibilitet’ står på den umarkerede side af styringsforskellen, idet SP styrer mod en øget standardisering, hvor forskellen mellem standardiserede klinisk arbejde og fleksibelt klinisk arbejde reduceres. Det betyder at det kliniske arbejde altid har samme form og kvalitet, hvilket medfører at arbejdsgangene og arbejdsprocesserne bliver mere forudsigelig ved at reducere i mængden af selvstændige patientadministrative arbejdsprocesser. Komplexiteten som søges reduceret, er derfor de selvstændige patientadministrative arbejdsprocesser, som afviger fra en ensartet struktur. Gennem redueringen af denne kompleksitet, opstår det kliniske arbejde som et arbejde der kan kontrolleres, styres og måles til at blive mere effektivt, i den betydning at man præcist ved, hvordan

sygeplejerskerne og lægerne arbejder og dermed kan man bedre måle effektiviteten af sygeplejerskernes og lægernes arbejde.

Der opstår hertil et styringsparadoks, fordi styringen både har til hensigt at standardisere arbejdsgangene, men samtidig lover at være et fleksibelt system, hvilket fremgår således:

”Målet med It-Sundhedsplatformen er under mottoet én patient én journal, ikke kun at få en moderne klinisk arbejdsplads, der understøtter de arbejdsgange, der i dag er i et moderne sundhedsvæsen, men også at få et fleksibelt system, der understøtter de fremtidige arbejdsgange og som understøtter en stadig mere effektiv brug af ressourcerne i sygehusvæsenet for derigennem at sikre mere tid til patienterne.” (Konkurrence- og Forbrugerstyrelsen 2012).

I styringskommunikationen fremstår fleksibilitet blandt andet som en indirekte katalysator for en mere effektiv brug af ressourcerne i sygehusvæsenet, hvorfor fleksibilitet på en måde bliver forudsætningen for realiseringen af et mere effektivt sygehusvæsen, samt realiseringen af mere effektive kliniske arbejdsprocesser blandt faggrupperne. Derfor udgør paradokset at styringskommunikationen både forudsætter en standardisering af sygeplejerskernes og lægernes daglige arbejdsprocesser samt en øget fleksibilitet i samme arbejdsprocesser. Det er hertil umuligt både at ville sikre en fast kausalitet og samtidig en øget fleksibilitet i det kliniske arbejde, hvilket kan illustreres således:



Forskellen gennemoptræder i sig selv, hvorfor fleksibilitet kommer til fremgå på den markerede side af forskellen, hvilket kommer til at modstride standardiseringskausaliteten. Kausalitet skal her opfattes som de ensartede og forudsigelige arbejdsprocesser, hvor det er forventligt, hvilket output der bliver produceret. Outputtet skal i denne sammenhæng forstås som resultatet af udførelsen af de forskellige kliniske arbejdsopgaver. Kausalitet handler derfor om at A altid vil medføre B, som i denne kontekst for eksempel betyder, at når dialysesygeplejersken går i gang med dialyseringen af en patient og de dertilhørende arbejdsprocesser i SP, så er det forholdsvis forventligt at det vil tage den samme mængde tid, fordi der er en kausal og ensartet arbejdsproces i SP, der understøtter denne arbejdsopgave. Flexibilitet indebærer på den anden side en vis uforudsigelighed, fordi begrebet netop repræsenterer muligheden for at kunne afvige fra den fastlagte arbejdsproces. Det betyder, at der opstår et styringsparadoks, som medfører øget kompleksitet i form af et pres mellem standardisering og fleksibilitet, fordi SP via de standardiserede arbejdsprocesser både vil sikre kausalitet og samtidig muligheden for at kunne afvige fra denne standardiserede kausalitet.

Det er hertil interessant, hvordan styringskommunikationen forsøger at afparadoksere paradokset. Afparadokseringen sker gennem en ny iagttagelse af begrebet fleksibilitet. I denne sammenhæng bliver fleksibilitet iagttaget gennem forskellen: *Effektiv/ineffektiv*, hvor effektiv står på den markerede side af forskellen. Styringskommunikationen forudsætter derfor ikke en fleksibilitet, der indebærer en pragmatisk standardiserede arbejdsproces, men derimod en fleksibilitet, der indgår i selve standardiseringen af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Dette ses i følgende: ”It-løsningen skal være baseret på en effektiv, fleksibel og sammenhængende standarddrømmeløsning, der allerede er i drift på andre hospitaler.” (Konkurrence -og Forbrugerstyrelsen, 2012). At arbejde fleksibelt i SP er derfor ikke det samme som at kunne afvige fra den standardiserede arbejdsproces i systemet. Jeg vil dermed argumentere for at afparadokseringen af paradokset medfører at fleksibilitet dukker op inden for rammerne af standardisering, hvilket får fleksibiliteten til at fremstå som en del af standardiseringsprocessen.

I forhold til La Cours et. al. pointe om at velfærdsteknologier ofte holder mere end de lover, så vil jeg i denne sammenhæng argumentere for at SP og styringskommunikationen holder *mindre* end den lover, fordi den har svært ved at leve op til løftet om øget fleksibilitet, idet begrebet opfattes inden for rammerne af standardiseringsprocessen. Selvom den holder mindre end den lover, så vil jeg imidlertid stadig argumentere for at kompleksiteten øges, fordi kommunikationen skaber en

forventningen om at systemet er fleksibelt, men denne fleksibilitet er en standardiserede fleksibilitet, som fraholder kommunikationen i at leve op til forventningen, om at SP alene er et fleksibelt system. Dermed får sygeplejerskerne og lægerne formentlig en forventning til at de kan arbejde fleksibelt, hvilket de sandsynligvis opfatter som at de kan afvige fra systemets standardiserede arbejdsprocesser, men i realiteten styres de mod at arbejde mere standardiseret i systemets fastlagte teknologiske funktioner.

Udover at SP forsøger at standardisere det kliniske arbejde, så styrer SP også mod at frigive mere tid til patienterne, hvorfor der opstår en ny styringsforskel, som jeg analyserer i efterfølgende afsnit.

3.3 Forskelsanalyse 3: Mere tid til patienten

Pointen i forgående afsnit var at SP styrer det kliniske arbejde, så mængden af selvstændige og autonome arbejdsprocesser blev reduceret, hvilket ville reducere kompleksiteten i det kliniske arbejde, fordi det hermed blev mere effektivt og målbart. Pointen var hertil at der i denne styring opstod et styringsparadoks mellem standardisering og fleksibilitet, hvilket skabte mere kompleksitet i det kliniske arbejde.

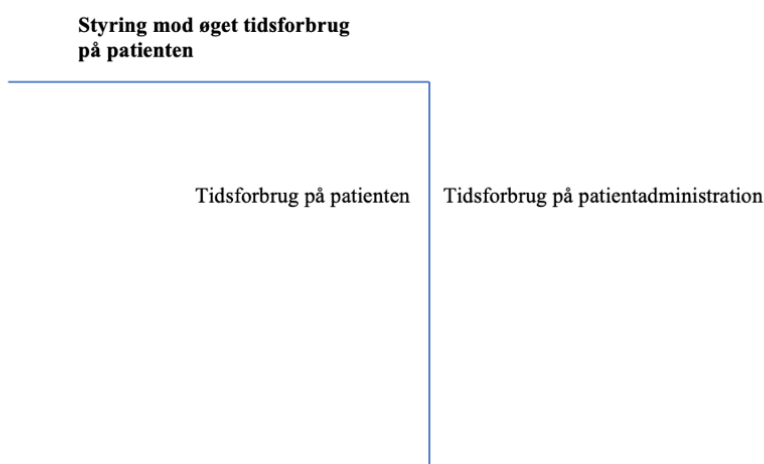
Dykker man længere ned i styringskommunikationen, så er det klart at styringen skal gøre det kliniske arbejde mere effektivt, i den forstand at disse faggrupper skal udføre mindre patientadministrativt papirarbejde og dermed have mere tid til patienterne. Dette beskrives i business casen omkring implementeringen af SP, hvori det fremgår:

”Opgradering af ORBIT og indføring af nyt patientadministrativt system ville endvidere muliggøre tidsbesparelser for det kliniske personale i form af færre dobbeltregistreringer (fx kodeindberetninger), mindre tid på kommunikation mellem afdelinger, fremfinding af data og operationsplanlægning. Denne gevinst vurderes at kunne udgøre ca. 15 % af Sundhedsplatformens effektivitetsgevinster vedrørende patientadministration og klinisk planlægning, (svarende til 50-75 mio. DKK årligt), idet Sundhedsplatformen i tillæg, vil give automatiserede processer (fx udarbejdelse af epikrise og indberetning til kliniske databaser) og integreret booking for alle aktiviteter.” (Skillbreid & Stentoft 2015: 12-13).

Ovenstående citat fra business casen pointerer, at SP er en velfærdsteknologi, der skal mindske tidsforbruget på det patientadministrative arbejde og dermed frigive mere tid til patienterne. SP vil derfor også styre det aspekt af det kliniske arbejde, der omhandler patientadministrative

arbejdsopgaver hos sygeplejerskerne og lægerne. I denne forbindelse, vil jeg argumentere for, at styringskommunikationen lover at SP kan skabe mere tid til patienterne, fordi sygeplejerskerne og lægerne ikke længere skal bruge tid på at lede efter sundhedsdata om patienterne i forskellige it-systemer. Den vil med andre ord styre, hvordan sygeplejerskerne og lægerne håndterer de patientadministrative arbejdsopgaver, for dermed at kunne realisere ambitionen om at skabe mere tid til patienterne.

SP vil altså styre sygeplejerskernes og lægernes prioriteringer i forhold til deres tidsforbrug på patienterne og deres tidsforbrug på patientadministrationen, herunder deres håndtering af patienternes sundhedsdata og bookinger af medicinske prøver. På den baggrund vil jeg argumentere for at den tredje styringsforskel, som SP søger at minimere er:



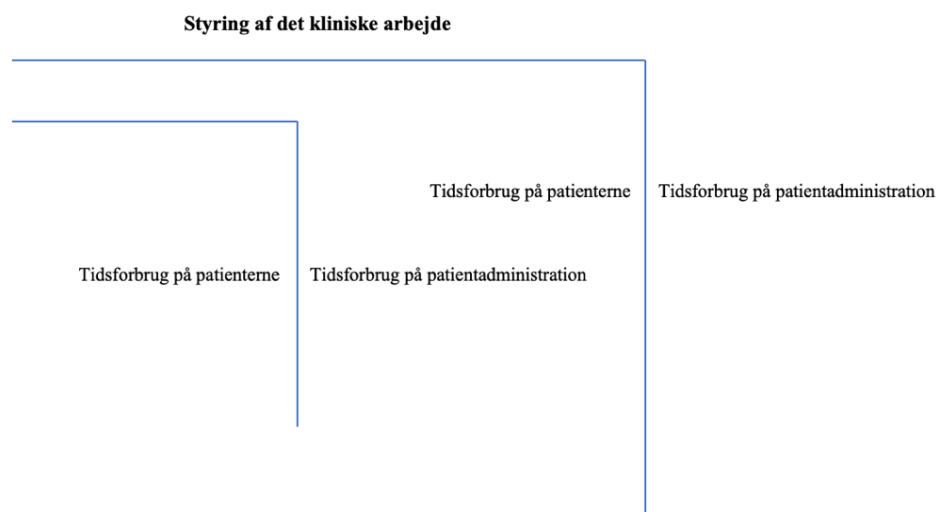
Kompleksiteten, som søges reduceret gennem denne forskel, er tidsforbruget på det patientadministrative arbejde. Styring gennem denne forskel og reducere af den patientadministrative kompleksitet, handler om at indfri de effektivitetsmæssige forventninger om hurtigere patientbehandling og bedre kvalitet i behandlingen af patienten.

Bedre kvalitet i behandlingen af patienten, kan hertil ses som et forsøg på at skabe et anknætningspunkt, eller en såkaldt *strukturel kobling* til det sundhedsfaglige system. En strukturel kobling henviser til det forhold at to systemer kan forsyne hinanden med et kontinuerligt flow af uorden, hvor systemerne dermed kan skabe og forandre sig selv (Andersen & Pors 2018: 72). Det betyder at systemer kan gøre hinanden opmærksomme på forhold inden for hinandens lukkede

autopoetiske systemer, på trods af at de ikke kan forstå det andet systems måde at iagttage samfundet på. For at der kan skabes en strukturel kobling, må der altså være to eller flere systemer til stede i kommunikationen. Jeg vil hertil argumentere for, at det er det økonomiske system, som primært er til stede i styringskommunikationen i business casen, fordi styringskommunikationen konstruerer den mere effektive pleje som økonomiske gevinstområder⁴. Det økonomiske system forsøger altså at koble sig til det sundhedsfaglige system ved benytte sig af dets fokus på bedre og mere effektiv behandling og diagnosticering. Dermed bliver både det økonomiske system og det sundhedsfaglige system opmærksomme på hinanden via anknytningspunktet *bedre kvalitet*, og de genskaber sig selv ved at iagttage det forskelligt. Den strukturelle kobling medfører, at sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til styringen via SP, fordi de kan iagttage *bedre kvalitet* som et resultat af styringen, som medfører bedre behandling. Omvendt iagttager det økonomiske system *bedre kvalitet* som en direkte katalysator for skabelsen af økonomiske gevinster. Den strukturelle kobling gør at systemerne bliver opmærksomme på hinandens iagttagelser, hvilket netop muliggør at sygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen.

Selvom styringskommunikationen fremsætter en strukturel kobling, der muliggør at sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til styringskommunikationen, så producerer den også et nyt paradoks gennem styringsforskellen: *Tidsforbrug på patienten/tidsforbrug på patientadministration*, der er med til at øge kompleksiteten. Paradokset udgør, at styringen forudsætter at et øget tidsforbrug på patientadministration i SP, skaber mere tid til patienten. Dette kan illustreres således:

⁴ Denne pointe uddyber jeg i rationalitetsanalysen, hvor det økonomiske system erstattes af begrebet: Økonomisk rationalitet, der analyseres inden for Foucaults governmentality-analytik.



Paradokset opstår i styringen, fordi forudsætningen for en realisering af den frigivne tid til patienterne, er at sygeplejerskerne og lægerne bruger tid på patientadministration i SP. Paradokset udgør derfor at sygeplejerskerne og lægerne både skal fokusere på patienten, men samtidig fokusere på patientadministrationen i SP. Man kan sige, at SP reducerer kompleksiteten i patientadministrationen, i form af mindre patientadministrativt papirarbejde og færre forskellige it-systemer, men den reducerer ikke behovet for patientadministrationen som sådan. Patientadministrationen eksisterer stadig, fokuset er blot flyttet fra flere it-systemer og det manuelle papirarbejde til ét samlet it-system.

Styringen retter sig hertil ikke kun mod patientadministrationen af de indlagte patienter på hospitalerne, fordi SP også skaber en digital kontakt mellem patienterne og det sundhedsfaglige personale, når de ikke er indlagte. Det skyldes at SP ikke kun er et system, der tilbydes til sundhedspersonalet på sygehusene i de to regioner. Patienterne har også mulighed for at tilgå deres sundhedsdata via hjemmesiden: minsundhedsplatform.dk eller via appen: MinSP, som forbinder patienterne til sundhedspersonalet. Hovedformålet med hjemmesiden og appen er beskrevet på følgende vis:

”Du kan se journalnotater, når de er journalført og godkendt, og prøvesvar, når de er klar. Der kan være op til to døgn forsinkelse. Det giver dig overblik over din behandling og gør det nemt for dig at følge med. Det betyder også, at du kan se svar, som lægen endnu ikke har haft mulighed for at gennemgå eller kontakte dig om. Hvis et prøvesvar giver anledning til videre undersøgelser eller behandling, vil du blive kontaktet. Har du

spørgsmål til dine sundhedsoplysninger eller prøvesvar, er du altid velkommen til at kontakte din læge eller hospitalsafdeling.” (Region Hovedstaden 2 u. å.).

Som beskrevet ovenfor, så konstrueres SP også som en teknologi, der vil skabe en tættere digital forbindelse mellem den sundhedsfaglige og patienten. I forhold til det kliniske arbejde, så betyder det at sygeplejerskerne og lægerne får en virtuel kontakt med patienterne. SP styrer hertil også den del af det kliniske arbejde, der indebærer den digitale kontakt med patienterne og det dertilhørende administrative arbejde. I den forbindelse etableres der en forventning hos patienten, om hvornår vedkommende kan få svar på et sundhedsmæssigt problem, samt hvornår patienten kan forvente at se sine sundhedsdata, journalnotater og prøvesvar digitalt. Denne forventning etableres som et styringskrav hos sygeplejerskerne og lægerne, fordi de begge skal forholde sig til, hvornår de skal besvare patienternes spørgsmål digitalt. Dermed styres sygeplejerskerne og lægerne i retning af et øget fokus på patienterne og deres behov i MinSP.

Jeg vil hertil argumentere for at styringen mod et øget fokus og tidsforbrug på patienterne i MinSP, skaber mere kompleksitet, i den forstand at sygeplejerskerne og lægerne konstant forventes at være til rådighed for patienternes individuelle svar inden for en given tidsramme. Samme styringsparadoks gør sig derfor gældende i denne kontekst, fordi forventningen om en øget digital tilstedeværelse blandt sygeplejerskerne og lægerne skaber behovet for mere patientadministrativt arbejde. Det patientadministrative arbejde omhandler i denne sammenhæng om udarbejdelsen af de individuelle svar, der ofte kræver en grundig orientering i forskellige digitale sundhedsdata, journaler eller prøvesvar.

Jeg argumenterer hertil for, at styringskommunikationen forsøger at afparadoksere dette paradoks ved at isolere tidsforbruget på patienterne og tidsforbruget på patientadministrationen som to adskilte aspekter i det kliniske arbejde. Dog kan et øget tidsforbrug på patienterne ikke forstås som isolerede aspekter, fordi analysen har vist at styringen via SP og MinSP forudsætter at et øget tidsforbrug på patientadministration vil øge tidsforbruget til patienterne. Dette er imidlertid paradokssalt, idet styringen netop har til hensigt at reducere i mængden af det patientadministrative arbejde, men i dette tilfælde øges denne type arbejde, fordi MinSP skaber et behov for at fokusere på det patientadministrative arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Denne paradoksale styringskommunikation kommer for eksempel til udtryk i dokumenterne omkring de fire nye politiske

målsætninger for SP i 2021, hvor følgende målsætninger fremhæves: ”Klinikerne skal have mere tid til patienten” og ”Mere inddragelse af patienten”. Disse punkter understøttes hertil af fokusområdet: ”Patientadministrative arbejdsgange” (Status på de fire politiske målsætninger for Sundhedsplatformen og digitalisering i Region Hovedstaden 2021: 1-2). Selvom styringskommunikationen forsøger at afparadoksere dette paradoks ved at holde de forskellige aspekter adskilt, så tydeliggøres paradokset i denne kontekst, fordi det bliver klart at patientadministrationen i SP er en betingende faktor for realiseringen af ”mere tid til patienten” og ”mere inddragelse af patienten”.

Denne analytiske pointe er interessant, fordi en af hovedkritikkerne af SP er, at teknologien er en tidsrøver og tager for meget af sygeplejerskernes og lægernes tid fra deres arbejde med patienterne. Forventningen og en af grundene til at implementere SP var, trods alt, at det kunne skabe mere tid, men styringen forudsætter at sygeplejerskerne og lægerne bruger tid på patientadministration i systemet, hvorfor der opstår et nyt pres, hvor det forventes at sundhedspersonalet har fået mere tid til patienterne og mindre tid til det patientadministrative arbejde. Presset opstår, fordi forventningen om øget tid til patienterne er svært at realisere i styringen, fordi det er betinget af det patientadministrative arbejde, som er modstridende i forhold til realiseringen af et øget tidsforbrug til patienterne. Den paradoksale styringskommunikation kan sandsynligvis forklare, hvorfor kritikken er opstået, fordi styringskommunikationen har skabt en urealiserbar forventning om mere tid til patienterne. Koblingen med denne analytiske pointe til de it-relaterede udfordringer i systemet, skaber formentlig også yderligere kompleksitet, fordi behovet for sundhedspersonalets opmærksomhed på systemet stiger, hvilket tilmed underminerer hele løftet om mere tid til patienterne.

Ovenstående skal imidlertid ikke forstås som om at sygeplejerskerne og lægerne aldrig har skulle varetage patientadministrative opgaver eller dokumentere deres arbejde – det er en meget vigtig del af det kliniske arbejde. Det skal derimod forstås som at deres kernefaglighed udvides til at øge fokuset på det patientadministrative arbejde i SP, for derved at kunne skabe mere tid til patienten. Netop dette øger kompleksiteten i det kliniske arbejde blandt faggrupperne, fordi deres kliniske identitet rummer to forskellige roller; en sundhedsfaglig rolle og en administrativ rolle, hvor fokuset på den administrative rolle øges. Styringsforskellen og paradokset indikerer altså at den sundhedsfaglige rolle, til en vis grad, koloniseres af den patientadministrative rolle, idet styringen forudsætter et øget fokus på de administrative arbejdsgange i SP.

I denne forbindelse er det interessant, at regionerne fjernede en masse økonomiske ressourcer fra lægesekretærene, hvilket resulterede i afskedigelser blandt denne faggruppe (Røhl & Agger 2019: 190). Det er traditionelt en faggruppe der varetager en stor del af det administrative arbejde på hospitalerne. At denne faggruppe blev reduceret, var ikke et tegn på at det administrative arbejde ikke længere var vigtigt i forhold til det kliniske arbejde. SP blev, som sagt, implementeret, fordi det kunne styre sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde, således at de i højere grad selv kunne håndtere patientadministrative opgaver digitalt.

Som analysen har vist, så skaber behovet for patientadministrationen et paradoks, som dermed øger kompleksiteten i det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne, fordi de i højere grad skal varetage det patientadministrative arbejde, som traditionelt ligger hos lægesekretærene. Sat på spidsen, kan man sige at regionerne regnede med at lægesekretærernes arbejde, til en vis grad, kunne udfyldes af sygeplejerskerne og lægerne, der samtidig skulle varetage de kliniske opgaver. Analysen har hertil vist at det patientadministrative arbejde ikke er forsvundet, men derimod rykket ind som et betingende element i sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde, hvilket har øget kompleksiteten. Før implementeringen lå denne betingende kompleksitet i omverden til sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde; nu er den rykket ind som en betingende kompleksitet i de sociale systemer, som sygeplejerskerne og lægerne udgør.

Styringen er hertil blind over for andre typer styringsforskelle, herunder andre mere kliniske styringsforskelle. I denne sammenhæng påpeger Luhmanns teori at styringen altid er blind for en række andre styringsforskelle, idet styringen ikke kan se at den iagttager og styrer igennem forskelle med en markeret og en umarkeret side. I det efterfølgende afsnit vil jeg derfor se på, hvilke andre relevante styringsforskelle styringen er blind for.

3.4 Styringsblindhed i styringen

Styringen er i denne sammenhæng blind over for styringsforskellene, der fremgår i lægeløftet, som også kan anses som en form for styringskommunikation, fordi den fremsætter en række styringsforskelle. Lægeløftet lyder, som følgende:

”(…) At jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn, at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse, at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret, at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.” (Lægeforeningen u. å.).

I lægeløftet er det først og fremmest lægens faglighed og patienten som er fokus. I lægeløftet styres lægens kliniske arbejde blandt andet igennem styringsforskellene: *omsorg/effektiv, faglig udvikling/opnået faglige kundskaber og omhu/hurtig*. Det traditionelle lægefaglige arbejde handler derfor ikke i så høj grad om digitalisering eller om at stræbe efter at være effektiv. Det handler derimod om at fokusere lægens arbejde omkring patienternes individuelle behov og hertil udvise omhyggelighed og plejetisk forståelse i relationen til patienterne.

Vender man hertil blikket mod sygeplejerskernes etiske retningslinjer i forhold til deres arbejde fremgår det således:

”Sygeplejersken skal udøve omsorg og medvirke til at beskytte og bevare liv. Sygeplejersken skal medvirke til, at udsigtsløs behandling afsluttes eller ikke påbegyndes. Sygeplejersken skal medvirke til at lindre lidelse og bistå til en værdig død. Sygeplejersken må ikke medvirke til behandling, der alene har til hensigt at fremskynde en patients død.” (Dansk Sygeplejeråd u. å.).

Styringen i de etiske retningslinjer for sygeplejerskernes arbejde er: *omsorg/effektiv, værdig behandling/standardiseret behandling og omhyggelig patient pleje/hurtig patient afgang*. Disse styringsforskelle sætter derfor også i høj grad patienten i fokus samt omhyggeligheden i sygeplejerskens arbejde med patienterne.

Jeg argumenterer for, at der hverken i lægeløftet eller i de etiske retningslinjer er fokus på en mere effektiv pleje af patienterne eller patientadministrationen, hvorfor fokuset på digitaliserede og effektive kliniske arbejdsgange, skaber et modsætningsforhold i henhold til styringsforskellene i lægeløftet og de etiske retningslinjer. Forventningen i styringsforskellene i lægeløftet og de etiske retningslinjer, er at de to faggrupper primært skal have fokus på patienten, hvor forventningen i styringsforskellene i SP er, at faggruppernes kliniske arbejde skal effektiviseres gennem en øget

digitalisering og standardisering. Jeg argumenterer for at modsætningsforholdet i de forskellige styringskommunikationer skaber øget kompleksitet, i form af modsatrettede krav og forventninger til faggruppernes kliniske arbejde. Man kan sige, at sygeplejerskerne og lægerne stilles i et komplekst arbejdsmiljø, hvor de både skal efterleve styringen gennem SP og den faglige styring, som modstrider hinandens krav og forventninger til det kliniske arbejde. Konsekvensen bliver, at sygeplejerskernes og lægerne må tage nogle valg og fravalg i forhold til, hvilke krav og forventninger de skal efterleve og netop dette identificeres som øgede kompleksitet i kraft SP's styring.

3.5 Delkonklusion

Ud fra ovenstående analyse kan det foreløbigt konkluderes, at styringskommunikationen fremsætter tre forskellige, men dog sammenhængene, styringsforskelle, som skal bidrage til at øge effektiviteten blandt sygeplejerskerne og lægerne ved at reducere kompleksiteten i deres arbejde. Dertil kan det konkluderes at styringen befinder sig inden for rammen af effektiviseringsmål, der ikke primært har et entydigt klinisk fokus, fordi styringsforskellene synes at modstride styringskommunikationen og styringsforskellene i lægeløftet og de plejeetiske retningslinjer for sygeplejerskerne. Af den grund må de konstituerende betingelser der forudsætter de analyserede styringsforskelle også grunde i et andet rationale end et sundhedsfagligt rationale. Denne analyse af rationalet og de konstituerende betingelser for styringsforskellene forfølges i den efterfølgende analyse.

4. Styringsrationalet i styringen af det kliniske arbejde

I denne del vil jeg besvare specialets andet og tredje underspørgsmål, som lyder: *Hvilket særligt rationale betinger de fremsatte styringsforskelle? Og hvilke kliniske subjektpositioner konstruerer styringen af det kliniske arbejde?* Jeg anvender i denne sammenhæng Foucaults begreb om subjektpositioner til at undersøge, hvilke konsekvenser styringen via SP og dets iboende rationale har for de kliniske roller blandt sygeplejerskerne og lægerne. Jeg retter derfor mit analytiske blik mod rationaliteten i styringskommunikationen, som fremsatte de tre styringsforskelle. Pointen i dette afsnit, er at styringsrationaliteten forudsætter styringskommunikationen samt de fremanalyserede styringsforskelle, som blev analyseret i forgående afsnit. Mit iagttagelsespunkt er hertil den iboende rationalitet i SP, hvor en stor del af min empiri udgør den officielle business case for implementeringen af SP. Jeg retter derfor mit fokus på *styringen*, hvilket vil sige den ønskede adfærd som rationaliteten i SP og de fremsatte styringsforskelle forudsætter. I denne del konditionerer jeg derfor styring som den selvstyrende adfærd der forudsættes i styringskommunikationen og

styringsforskellene. Disse skaber hertil et særligt handlingsrum, hvori distinkte subjektpositioner forudsættes. Betingelsen for at identificere styring, er derfor sygeplejerskernes og lægernes selvstyring inden for et konstrueret handlingsrum, hvor de fordres til at indoptage distinkte subjektpositioner.

4.1 Økonomisk rationalitet

Foregående analyse viste at styringskommunikationen fremsætter tre centrale styringsforskelle, der alle forsøger at reducere kompleksiteten i det kliniske arbejde. I dette afsnit argumenterer jeg for, at styringen og de fremsatte styringsforskelle gennemstrømmes af en særlig økonomisk rationalitet, der forudsætter en distinkt klinisk adfærd. Jeg tager derfor udgangspunkt i Foucaults teoretiske forståelse af begrebet governmentality, som han definerer på følgende vis:

”Government did not refer only to political structures or to the management of states; rather, it designated the way in which the conduct of individuals or of groups might be directed: the government of children, of souls, of communities, of families, of the sick (...) To govern, in this sense, is to structure the possible field of action of others.” (Foucault 1982: 790).

Styring i Foucaults perspektiv, handler om at strukturere et handlingsrum, hvori individer kan styre sig selv ved at knytte an til bestemte subjektpositioner. Styring hos Foucault er derfor rettet mod sygeplejerskernes og lægernes selvstyring, hvorved SP fungerer som en velfærdsteknologi, der former denne styring af deres selvstyring. Jeg vil hertil argumentere for, at de fremsatte styringsforskelle i SP, styrer det kliniske arbejde gennem denne økonomisk rationalitet, der har en profitmaksimerende og effektiviserende karakter, hvilket dertil er betingende for sygeplejerskernes og lægernes selvstyring. Med *rationalitet* mener jeg en særlig form viden, der problematiserer sundhedsvæsenet, samt gør sygeplejerskernes og lægernes selvstyring objekt for en økonomisk videnskab. Det er gennem denne økonomiske rationalitet at der tilføjes meningen til kliniske arbejde samt rollen som sygeplejerske eller læge, hvilket medfører at det dukker op i kommunikationen i en særlig økonomisk form, hvor det handler om at udfylde en klinisk rolle, der er økonomisk holdbar. Det medfører at der konstrueres nye kliniske subjektpositioner, som sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til. Denne pointe vil jeg vende tilbage til senere i analysen. Først vil jeg undersøge, hvordan dette økonomiske rationale fremgår i empirien.

Kigger man i denne sammenhæng i business casen, der ud fra et økonomisk perspektiv beskriver, hvorfor der var et behov for at implementere SP, er en af grundene at det ville skabe økonomiske gevinster:

”Økonomiske gevinster forventes endvidere ved mere tidseffektive kliniske processer (diagnose, behandling og forskning), som følge af beslutningsstøtte og datatilgængelighed (ca. 28 %). Derudover forventes gevinster ved bedre patientforløb og behandling baseret på færre sengedage, ambulante besøg, parakliniske undersøgelser og medicineringsfejl (ca. 11 %) samt mere effektiv administration og ressourceudnyttelse (ca. 2 %). Endvidere estimeres it-gevinster som følge af mere stabil it-drift med færre nedbrud samt mere effektiv it-support og it-udvikling (ca. 2 %).” (Skillbreid & Stentoft 2015: 4-5).

Som det er beskrevet, så forventede man i høj grad at styringen mod mere effektive kliniske arbejdsprocesser i SP, ville skabe betydelige økonomiske gevinster. Dertil omtales de mere effektive kliniske arbejdsprocesser, herunder ”mere effektiv diagnose” og behandling”, ”mere effektiv forskning og uddannelse” og ”mere effektive patientforløb”, som gevinstområder. Jeg vil derfor argumentere for, at det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne konstrueres gennem en økonomisk rationalitet. Det betyder at det kliniske arbejde problematiseres gennem en økonomisk viden, hvor spørgsmålene om værdien af det kliniske arbejde ikke besvares gennem en sundhedsfaglig viden, men derimod igennem en økonomisk viden, hvor det kliniske arbejde iagttages som noget der enten medfører økonomiske gevinster eller økonomiske tab. Den økonomiske rationalitet skaber altså behovet for en mere effektiv pleje, fordi sundhedsvæsenet fremstår som omkostningsfuldt i lyset af den økonomiske rationalitet. Det ud af denne økonomiske rationalitet, at behovet for SP opstår, fordi det iagttages som et system der ud fra den økonomiske viden omkring effektivitet og økonomisk vækst, kan optimere det kliniske arbejde, så det kan skabe økonomiske gevinster.

Af den grund konstrueres det kliniske arbejde som *gevinstområder*, jf. illustration 1 og 3, hvor gevinsten er at der bliver brugt langt færre økonomiske ressourcer på det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger. Det kliniske arbejde opfattes altså som effektiviseringsmidler til at opnå økonomiske gevinster for regionerne, hvilket især kommer til udtryk i følgende citat fra business casen:

”Mere effektive kliniske processer, i form af tidsbesparelser i diagnose-, behandlings-, og forskningsforløb realiseres som følge af beslutningsstøtte samt bedre dataoverblik. Produktivitetsgevinster ved patientadministration og klinisk planlægning udgøres af hhv. tidsbesparelser som følge af automatisering af processer i start- og slut patientforløb, som fx udarbejdelse af epikrisen, tidsbesparelser i den kliniske planlægning via blandt andet integreret booking og brug af standardplaner, samt tidsbesparelser i forbindelse med journalisering og journalopslag. Endelig forventes mere effektive administrative processer og bedre udnyttelse af ressourcer, i form af bedre mobilitet for klinikerne og mere ”push” baserede og standardiserede arbejdsprocesser via alarmer og håndholdt hardware, også at medføre økonomiske gevinster.” (Skillbreid & Stentoft 2015: 16).

Som det fremgår i ovenstående, så er styringen af det kliniske arbejde via SP et direkte middel til at skabe økonomiske gevinster via det kliniske arbejde. Rationalet i de fremanalyserede styringsforskelle, er derfor også primært økonomisk. I andre dokumenter finder man hertil også tegn på den økonomiske rationalitet: ”Forretningsudvalget følger tæt udviklingen af Sundhedsplatformen og opfølgningen på Ekspertrådets anbefalinger fra august 2019. Udviklingen af Sundhedsplatformen sker i syv fokusområder, som har til formål at understøtte de fire politiske målsætninger.” (Status på de fire politiske målsætninger for Sundhedsplatformen og digitalisering i Region Hovedstaden 2021: 1). Det faktum, at det er et ”Forretningsudvalg”, der iagttager og formulerer de fire politiske målsætninger i videreudviklingen af SP, styrker argumentet om at der er en økonomisk rationalitet til stede i udviklingen og styringen af det kliniske arbejde via SP. Det kliniske arbejde dukker ikke op i en entydig sundhedsfaglig kontekst, hvorfor det heller ikke opfattes som noget der entydigt tjener et sundhedsfagligt formål, men derimod som noget der tjener økonomiske formål. Selvom det fremgår at hensigten bag SP blandt andet er at skabe bedre arbejdsforhold for sygeplejerskerne og lægerne samt bedre pleje af patienterne, så er det ikke mål i sig selv, men altså midler til at opnå økonomiske gevinster.

Jeg argumenterer dermed for at den økonomiske rationalitet har en særlig rationel tankegang, som kan kategoriseres som en *cost-benefit-logik*. Inden for denne logik står sygeplejerskernes og lægernes arbejdsrelaterede handlinger i relation til de økonomiske mål, hvor det kliniske arbejde vurderes ud fra hvor meget økonomisk aktivitet det kan skabe i forhold til, hvad det koster i økonomiske ressourcer. På baggrund af analysen, vil jeg hertil argumentere for at det er en økonomisk rationalitet, der betinger styringsforskellene, hvorfor styringsforskellene har karakter af at være effektiviserende og samtidig styre mod øget patientadministration blandt sygeplejerskerne og lægerne, fordi det kan

spare regionerne for økonomiske ressourcer. Denne pointe relaterer sig til Rose og Millers teoretiske argument om at velfærdsteknologier er gennemstrømmet af governmentale rationaler, hvilket de uddyber:

“By the 1960s, the technological questions of how the machinery of health was to be governed were reposed within a more general shift of governmental rationalities. The notion that efficiency and rationality could be achieved through mechanisms of planning crossed the boundaries of economic and social policy and the bounds of political party.” (Rose & Miller 1992: 194).

Som Rose og Miller argumenterer, så har velfærdsteknologier siden 1960'erne i stor stil været katalysator til at realisere økonomiske mål omkring effektivitet og rationalitet, som udsprang fra den økonomiske -og sociale politik i staten. Det betyder, at nutidige velfærdsteknologier ofte er indordnet og udviklet ud fra disse statslige rationaler, hvilket i denne case betyder at SP er udviklet og valgt, fordi det understøtter et politisk økonomisk rationale. I forhold til Foucaults governmentality-analytik, så betyder det at SP bidrager til at realisere målet omkring økonomisk effektivitet, fordi styringen og teknologien forudsætter en særlig økonomisk adfærd, der udføres af distinkte kliniske subjektpositioner. Disse subjektpositioner vil jeg vende tilbage til senere i min analyse.

Jeg vil hertil argumentere for, at den økonomiske rationalitet er grunden til at de fremanalyserede styringsforskelle fremstår som modstridende i forhold til den iboende plejeetiske rationalitet i lægeløftet og de etiske retningslinjer for sygeplejerskernes arbejde. Heri udgøres den kliniske rationalitet af en sundhedsfaglig -og etisk viden omkring patientpleje, hvor det kliniske arbejde ikke iagttages som en økonomisk omkostning eller økonomisk gevinst, men derimod som et videnskabeligt og etisk produkt, hvor fokuset i højere grad er på et højt niveau af sundhedsfaglighed og omsorg. Jeg vil derfor argumentere for, at det er den økonomiske rationalitet i styringen af det kliniske arbejde, som skaber paradoksaliteten i styringsforskellene og dermed også den øgede kompleksitet, fordi dens interne cost-benefit-logik mostrider logikkerne i lægeløftet og de etiske retningslinjer.

Man kan hertil rejse en kritik af mit valg af empiri og kritisere den for at være for begrænset, da det er forholdsvis intuitivt at der er en økonomisk rationalitet til stede i en *business case*. Jeg vil dog argumentere for at empirien styrker min pointe, om at den sundhedsfaglige rationalitet ikke længere er dominerende i forhold til den digitale og teknologiske udvikling af det kliniske arbejde. Pointen

styrkes, fordi det faktisk at der oprettes en 'business case' inden for sundhedsvæsenet, i sig selv understreger den økonomiske rationalitets dominerende tilstedeværelse i styringskommunikationen omkring digitalisering af sundhedsvæsenet og SP. Behovet for en business case til at udvikle sundhedsvæsenet understreger altså pointen om at regionerne, i denne case, anså hospitalerne og det kliniske arbejde som en form for forretning, der ud fra et økonomisk perspektiv kunne optimeres.

Det betyder imidlertid ikke at der ikke findes elementer af en sundhedsfaglig rationalitet i business casen eller i dokumenterne omkring implementeringen af SP. Den sundhedsfaglige rationalitet kommer for eksempel til udtryk i følgende citat: "Sundhedsplatformen betragtes således som et initiativ, der understøtter kvalitetspolitikkenes fire værdier – sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed – i form af mål om højere kvalitet i patientbehandlingen og mere effektiv patientbehandling." (Skillbreid & Stentoft 2015: 6). Forventningerne til SP bygger også på sundhedsfaglige og videnskabelige rationaler, i den forstand at SP også iagttages som en teknologi, der alene kan understøtte de sundhedsfaglige og videnskabelige krav til det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Derfor er der også en sundhedsfaglig rationalitet til stede i styringskommunikationen, men jeg vil dog alligevel argumentere for at den sundhedsfaglige rationalitet i mindre grad end den økonomiske rationalitet frembringer de centrale argumenter og grunde for implementeringen og udviklingen af SP. Den sundhedsfaglige rationalitet er snarere underkastet den økonomiske rationalitet, hvilket vil sige at den kliniske og sundhedsfaglige selvstyring formes og tilpasses efter en økonomisk viden, der tilmed søger at optimere og effektivisere den sundhedsfaglige og videnskabelige tilgang til patientpleje. Det er hertil denne form for økonomisk omstruktureringen af den kliniske rationalitet, der bliver betingende for sygeplejerskernes og lægernes selvstyring, der realiseres i subjektpositionerne, som jeg vil analysere i det efterfølgende afsnit.

Denne pointe, om at sundhedsvæsenet i stigende grad styres via en økonomisk rationalitet påpeger John Clarke og Janet Newman også i bogen *The Managerial State*, hvor de argumenterer:

"During the 1980s and 1990s there was a growing proximity between the New Right agenda for changing public services and the new managerialist arguments about organisational transformation. This emergent alliance started at a relatively low level. Conservative prescriptions for change during the 1980s tended to refer to a relatively generalized conception of business management as providing the model for public service

organisations. This conception stressed the need for public organisations to become ‘businesslike’ and its major reference points were those of financial and performance management.” (Clarke & Newman 1997: 58).

Clarke og Newman argumenterer for at der siden 1980’erne og 1990’erne i stigende grad er sket en politisk funderet økonomisering af offentlige organisationer, herunder sundhedsvæsenet, hvor de indrettes og styres efter økonomiske idealer. Dette kommer for eksempel til udtryk i business casen, hvor det fremgår:

”Der er medio 2015 etableret en Business Change Manager funktion i Center for Økonomi til realiseringen af de forretningsmæssige gevinster i Region Hovedstaden. Business Change Manager har det tværgående ansvar for at sikre, at forberedende aktiviteter og støttefunktioner er på plads inden go-live på det første hospital i maj 2016.” (Skillbreid & Stentoft 2015: 4).

En del af ansvaret for forbedringen og udviklingen af SP i forbindelse med implementeringen af teknologien, lå hos Center for Økonomi i Region Hovedstaden, hvilket netop peger på at det var via de økonomiske institutioner at SP blev implementeret og videre udviklet. Det underbygger Clarke og Newmans pointe om at offentlige organisationer i stigende grad er underlagt en økonomisk viden og dertil en økonomisk styring. På baggrund af Clarke og Newman, vil jeg følgelig argumentere for, at det økonomiske rationale i SP’s styring er udtryk for den stigende politisk økonomisering af sundhedsvæsenet, hvor dets udfordringer og kompleksitet problematiseres gennem den økonomiske videnskab. Udfordringerne i sundhedsvæsenet iagttages derfor ofte som værende forbundet med et lavt niveau af effektivitet, hvor løsningen er at indføre nye velfærdsteknologier, programmer, ledelseskurser, uddannelser osv., som kan øge effektiviteten blandt sundhedspersonalet og de øvrige ansatte for dermed at gøre sundhedsvæsenet mere økonomisk bæredygtigt. Behovet for SP og teknologiens styring af sygeplejerskerne og lægernes selvstyring er hertil opstået ud af denne stigende økonomisering af sundhedsvæsenet, fordi teknologien kan gøre det mere effektivt og økonomisk bæredygtigt.

Dette relaterer sig til Foucaults analyse af neoliberalismen i *Biopolitikens Fødsel*, hvor han argumenterer:

”First, the generalization of the economic form of the market beyond monetary exchanges functions in American neo-liberalism as a principle of intelligibility and a principle of decipherment of social relationships

and individual behavior. This means that analysis in terms of the market economy or, in other words, of supply and demand, can function as a schema which is applicable to non-economic domains.” (Foucault 2008: 243).

Foucaults pointe, er at den økonomiske rationalitet, kan spores i de ikke-økonomiske relationer, herunder de sociale relationer mellem individer i samfundet. Ifølge Foucault, medfører denne stigende økonomisering af det sociale domæne, at der i stigende grad, blandt offentlige autoriteter, tænkes mere profitmaksimerende og effektiviserende: ”It involves scrutinizing every action of the public authorities in terms of the game of supply and demand, in terms of efficiency with regard to the particular elements of this game (...)” (Foucault 2008: 246). Ligesom Clarke og Newman, så iagttager Foucault en stigende økonomisering af de offentlige institutioner, hvilket neoliberalismen har frembragt. I denne kontekst betyder det, at styringen af sundhedsvæsenet er baseret på de økonomiske markedsmekanismer, som har til hensigt at effektivisere sundhedsvæsenet. Foucaults pointe er dertil, at denne økonomisering af sundhedsvæsenet indvirker i det sociale ved at fordrer en bestemt økonomisk adfærd, som kaldes *homo æconomicus* (Foucault 2008: 252-253). Det økonomiske rationale forudsætter dermed en adfærd, der har til formål at nedbringe omkostningerne i sundhedsvæsenet, så regionerne kan få mere ud af de økonomiske ressourcer, som blandt andet bliver brugt på sygeplejersker og læger. De fremanalyserede styringsforskelle i styringskommunikationen er altså tegn på at det økonomiske rationale i SP forsøger at knytte an til sygeplejerskernes og lægernes selvstyring, som realiserer en adfærdsændring blandt dem. Indførelsen af nyt fokus på økonomisk optimering og effektivisering samt øget patientadministration, gør at der skabes nye typer af kliniske subjektpositioner blandt sygeplejerskerne og lægerne, som har en økonomisk og administrativ karakter. Disse nye kliniske subjekter analyseres i de efterfølgende afsnit, hvor jeg vil starte med at analysere den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition.

4.2 Den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition

Forgående analyse, har vist at der en økonomisk rationalitet i SP's styringen af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Den økonomiske rationalitet i SP's styring skaber hertil et økonomisk handlingsrum, hvori sygeplejerskernes og lægernes selvstyring gøres til objekt for styringen. I denne sammenhæng vil jeg argumentere for, at styringen af det kliniske arbejde gennem SP skaber et særligt økonomisk sundhedsfagligt subjekt blandt sygeplejerskerne og lægerne. Pointen er hertil at det sundhedsfaglige økonomiske subjekt er udtryk for en særlig politisk økonomisk strategi, der ønsker at få dem til at reflektere over deres egen sundhedsfaglige adfærd i lyset af den

økonomiske rationalitet, der gennemstrømmer styringsforskellene i SP. Sygeplejerskerne og lægerne fordres via SP til at forstå sig selv som økonomiske sundhedsfaglige subjekter, der skal optimere deres adfærd i udførelsen af de forskellige arbejdsopgaver. Det er i denne sammenhæng vigtigt at understrege, at dette ikke er ensbetydende med at sygeplejerskerne og lægerne aktivt tænker sig selv som mere økonomiske medarbejdere end førhen. Dette subjekt er alene udtryk for en type sygeplejerske eller læge, der udviser en adfærd, der er tilknyttet den økonomiske rationalitet.

I denne sammenhæng kan man perspektivere til Gunther Teubner og Michael Hutters teoretiske peronbegreb. Teubners argument er at økonomien, forstået som et uddifferentieret system, indsætter persontyper via dets kommunikation (Teubner & Hutter 2003: 252). Disse persontyper er hertil udtryk for at systemets kommunikation omformes til konkret handling via adfærden i persontyperne (Teubner & Hutter 2003: 253). Ud fra dette teoretiske perspektiv, kan man sige, at SP's styringskommunikation i business casen forudsætter en økonomisk klinisk persontype, der integrerer rollen som sygeplejerske og læge med en økonomisk adfærd. Det vil sige, at den økonomiske rationalitet i SP's styring forudsætter en særlig økonomisk klinisk persontype, der realiserer den økonomiske styringskommunikation i business casen. SP er således det teknologiske medie til at realisere denne adfærd, fordi dets teknologiske funktioner og arbejdsprocesser kan forme sygeplejerskerne og lægerne til at blive mere effektive.

Den økonomiske kliniske persontype, kan derfor ses som en subjektposition i Foucaults terminologi. På baggrund af Teubner og Hutter, kan man hertil argumentere for, at subjektpositionen er en "virtuel realitet", som er tæt forbundet med sygeplejerskernes og lægernes interne psykologiske processer (Teubner & Hutter 2003: 248). Den er virtuel, i den forstand at den ikke er determinerende; subjektpositionen er en rolle med en bestemt tilknyttet adfærd, som sygeplejerskerne og lægerne kan indoptage og udføre ved at knytte an til styringskommunikationen og de teknologiske og digitale arbejdsprocesser i SP.

Den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition forudsættes gennem fokuset på den effektiviserende adfærd, som sygeplejerskerne og lægerne fordres til at fremskynde via styringskommunikationen, arbejdsprocesserne og de teknologiske funktioner i SP. Dette fremgår blandt andet i følgende illustration fra business casen over de økonomiske gevinstområder ved implementeringen af SP:

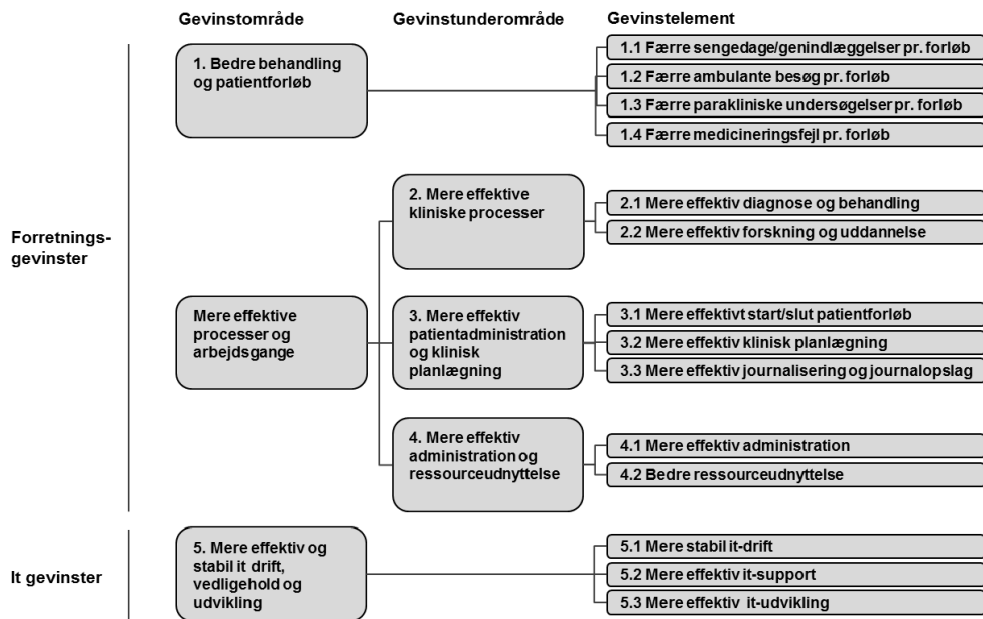


Illustration 3B: Strukturering af gevinstområder

Illustration 4: Sundhedsplatformens økonomiske gevinstområder. Kilde: Skillbreid & Stentoft 2015: 15.

Pointen i illustrationen, er at de mere effektive arbejdsprocesser i SP medfører en række økonomiske gevinster. De mere effektive arbejdsprocesser iagttages hertil som ”forretningsgevinster”, hvilket påpeger at den ønskede kliniske adfærd i de forskellige arbejdsprocesser i SP iagttages som værende økonomisk gunstig. Jeg vil dertil argumentere for at det er gennem disse mere effektive arbejdsprocesser og funktioner i SP at det økonomiske sundhedsfaglige subjekt forudsættes. Denne subjektposition er dermed underkastet den økonomiske rationalitets konstruktion af de mere effektive arbejdsprocesser i SP. Via disse arbejdsprocesser og teknologiske funktioner i SP fordres sygeplejerskerne og lægerne til at reflektere over deres egen adfærd inden for det økonomiske handlingsrum, hvori selvstyringen via SP foregår. Dermed bringes den økonomiske rationalitet ind i sygeplejerskernes og lægernes arbejdssfære, hvor den givne sygeplejerske eller læge kræver en mere effektiv adfærd af sig selv, fordi de arbejder i et mere effektivt system. Det vil sige, at de fordres til at selvstyre sig selv inden for SP’s arbejdsprocesser og derigennem udvise en mere effektiv og økonomisk holdbar adfærd, der bidrager til at indfri de illustrerede gevinstområder.

De effektive arbejdsprocesser fremkommer altså ikke automatisk, i den forstand at de alene opstår i kraft af de tekniske og it-relaterede funktioner i SP. Som La Cour et. al. pointerer så virker velfærdsteknologier, herunder SP, i relation til det sociale, som i denne kontekst er de etablerede

kliniske subjektpositioner samt adfærden i udførelsen af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Funktionerne og arbejdsprocesserne i SP er derfor ikke neutrale teknologiske effektiviseringsredskaber, der tilbyder sig til sygeplejerskerne og lægerne; de er elementer der omformer selve betydningen af rollen som enten sygeplejerske eller læge. Omformningen af betydningen af disse subjektpositioner via arbejdsprocesserne i SP indbefatter, at sygeplejerskerne og lægerne selv øger fokuset på deres sundhedsfaglige egenskaber i det daglige kliniske arbejde. Det økonomiske sundhedsfaglige subjekt udviser derfor en adfærd, hvor det er patientens sygdom der er i fokus, fremfor patienten som helhed, hvilket vil sige at andre aspekter af patientens liv potentielt negligeres i behandlingen. Det indebærer at sygeplejersken eller lægen fokuserer på at effektivisere den sundhedsfaglige del i behandling af patienten, hvor SP er det konstituerende element for realiseringen af den mere effektive sundhedsfaglige adfærd, samt den mere effektive behandling af patientens sygdom.

Den økonomiske subjektposition, anser altså sygdommene hos patienterne som det eneste problem der skal løses gennem de sundhedsfaglige behandlingsmetoder. Den økonomiske rationalitet og det økonomiske sundhedsfaglige subjekt, fordrer dermed sygeplejerskerne og lægerne til at fokusere på deres sundhedsfaglige viden og egenskaber i behandlingen af patienten, fordi dette fokus medfører hurtigere diagnosticering, hvilket medfører hurtigere patientafgang.

Jeg vil dermed argumentere for, at SP er særlig form for *digitaliseret selvteknologi*, som sygeplejerskerne og lægerne kan anvende til at forme sig selv til at blive mere effektive i lyset af den økonomiske rationalitet, der er indlejret i teknologien. Selvteknologier er i den teoretiske litteratur defineret som instrumenter eller procedurer, som individer kan anvende til at forme sig selv med (Villadsen 2007: 161). I denne forbindelse, kan SP opfattes som en økonomisk selvteknologi, fordi dens funktionalitet og anvendelsesmuligheder er konstituerende for en bestemt økonomisk sundhedsfaglig selviagttagelse blandt sygeplejerskerne og lægerne. Den bliver dermed til et instrument til at forme og isolere de sundhedsfaglige egenskaber hos sygeplejerskerne og lægerne. SP kan derfor ikke kun opfattes som en velfærdsteknologi, der vil reducere kompleksitet, men den kan også opfattes som en konstituerende selvteknologi, fordi den former sygeplejerskerne og lægernes subjektpositioner, således at de isolerer deres opmærksomhed omkring deres sundhedsfaglige egenskaber, fordi det kan skabe økonomiske gevinster. Netop denne isolering af det

sundhedsfaglige aspekt i det kliniske arbejde, fordrer en nedprioritering af omsorgsaspektet, fordi det ikke anses som værende effektivt i lyset af den økonomiske rationalitet.

Dog er det ikke ensbetydende med at de rent faktisk indoptager denne subjektposition, fordi sygeplejerskerne og lægerne kan yde modstand ved at danne deres egne arbejdsprocesser, der for eksempel baserer sig på andre styringsrationaler end det iboende økonomiske styringsrationale. Realiseringen af effektivitetsambitionerne og de økonomiske gevinster er derfor betinget af om sygeplejerskerne og lægerne knytter an til denne subjektposition og dermed styringen, hvilket vil sige at de indoptager og iagttager sig selv som netop et økonomisk sundhedsfagligt subjekt, der arbejder mere effektivt i SP. Forventningen til de økonomiske gevinster på baggrund af implementeringen af SP, må derfor også forstås i forhold til det sociale, i den forstand at en succesfuld implementering indebærer en anknytning til styringen og de forudsatte subjektpositioner.

Det økonomiske sundhedsfaglige subjekt, er hertil ikke den eneste subjektposition, som SP's styring forudsætter. I det følgende afsnit, vil jeg argumentere for at SP også forudsætter et særligt administrativt klinisk subjekt.

4.3 Den administrative kliniske subjektposition

Både forskelsanalysen og rationalitetsanalysen har vist at der forudsættes en særlig administrativ adfærd gennem styringen af SP. I forskelsanalysen forudsættes denne adfærd gennem en paradoksal styringskommunikation, hvor den i rationalitetsanalysen forudsættes gennem behovet for det patientadministrative arbejde, som i højere grad varetages af sygeplejerskerne og lægerne via arbejdsprocesserne i SP, fordi det kan skabe økonomiske gevinster.

Jeg vil følgende argumentere for, at styringen og den økonomiske rationalitet også forudsætter en særlig administrativ klinisk subjektposition, som sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til via SP's styring. Denne subjektposition forudsættes ligeledes inden for rammen af den økonomiske rationalitet, hvor der er fokus på optimering af de administrative arbejdsopgaver blandt sygeplejerskerne og lægerne. Dette fokus på optimering af disse arbejdsopgaver, har hertil gjort visse dele af lægesekretærernes arbejde overflødig, fordi mange administrative arbejdsopgaver i højere grad kan udføres af sygeplejerskerne og lægerne i SP (Skillbreid & Stentoft 2015: 6). Dermed

iagttages lægesekretærenes faglighed blot som en økonomisk omkostning, fremfor en økonomisk gevinst, hvilket Røhl og Agger rapporterer i deres studie:

”Omfanget af den planlagte omstilling, som hospitalerne skulle gennemgå i forbindelse med overgangen til Sundhedsplatformen, er ganske omfattende, og inkluderede ændringer i arbejdsgange og vaner i form af fx lægers øgede registrering af patientoplysninger og tilsvarende mindre brug af lægesekretærer. (...) Endelig er det også værd at bemærke, at andet sundhedsfagligt personale (kode G), herunder ikke mindst lægesekretærer – som har været direkte berørt af Sundhedsplatformen i form af afskedigelser (...)” (Røhl & Agger 2019: 181 & 190).

Lægesekretærene blev altså berørt af SP i form af afskedigelser, hvilket formentlig er et resultat af forventningerne til at både sygeplejerskerne og lægerne kunne varetage en del af lægesekretærenes traditionelle arbejdsopgaver. Den administrative kliniske subjektposition forudsættes dermed, fordi den økonomiske rationalitet iagttager sundhedsvæsenet som omkostningsfuldt, hvor de økonomiske ressourcer skal placeres, der hvor de skaber mest økonomisk værdi, som blandt andet er i sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde. I kraft af SP's implementering, placeres det administrative arbejde derfor hos sygeplejerskerne og lægerne, fordi de patientadministrative arbejdsopgaver iagttages som et automatiseret element i sygeplejerskernes og lægernes daglige arbejdsrutiner, når de arbejder i SP. Det betyder at den administrative subjektposition forskydes fra lægesekretærenes faggruppe til sygeplejerskernes og lægernes faggruppe, fordi indoptagelsen af den administrative kliniske subjektposition og varetagelsen af de patientadministrative opgaver blandt sygeplejerskerne og lægerne kan spare regionerne for økonomiske ressourcer.

Den administrative subjektposition forsøger hertil at fremme de administrative egenskaber blandt sygeplejerskerne og lægerne, hvor essensen bliver at de udfører arbejdsopgaver, der formentlig, af sygeplejerskerne og lægerne, iagttages som nogle der traditionelt ligger hos lægesekretærene. Den administrative subjektposition er derfor særlig interessant, fordi den i højere grad bryder med sygeplejerskernes og lægernes kernefagligheder, som alt andet lige er deres sundhedsfaglige egenskaber. Der opstår derfor et subjektiveringsparadoks, fordi den økonomiske rationalitet i styringen gennem SP forudsætter to modstridende subjektpositioner og dermed to modstridende adfærdsmønstre.

Styringen forsøger at få sygeplejerskerne og lægerne til at knytte an til den administrative subjektposition ved at appellere til deres sundhedsfaglige rationalitet, der blandt andet indebærer udarbejdelsen af klinisk dokumentation og databaseret klinisk arbejde. Dette ses i følgende citat: ”Derudover supporterer Sundhedsplatformen mere effektiv patientbehandling med henblik på et mere sammenhængende patientforløb, som følge af blandt andet bedre planlægning, it-understøttelse af arbejdsgange og kommunikation ved fx effektiv system- og dataadgang.” (Skillbreid & Stentoft 2015: 6). Adgang til sundhedsfaglige data er en vital del af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne, og ”effektiv dataadgang” bliver hertil endnu et anknytningspunkt, som skal forbinde sygeplejerskernes og lægernes sundhedsfaglige selvstyring med den administrative selvstyring, som dermed forudsætter den administrative subjektposition.

Indoptagelsen af den administrative subjektposition blandt sygeplejerskerne og lægerne, medfører derfor en lang række nye administrative opgaver, der kræver en mere administrativ adfærd blandt sygeplejerskerne og lægerne, som til en vis grad modstrider den ønskede effektive sundhedsfaglige adfærd i *den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition*. Det skyldes, at styringen i SP medfører at sygeplejerskernes og lægernes roller omformes til mere administrative og forvaltningsmæssige sundhedsfaglige medarbejdere, fordi de i højere grad skal udføre flere patientadministrative opgaver i SP. De administrative opgaver betinger ofte udførelsen af de mere sundhedsfaglige arbejdsopgaver og dermed også realiseringen af den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition. Med andre ord; for at kunne udføre de sundhedsfaglige arbejdsopgaver, er det ofte nødvendigt at der foreligger et patientadministrativt arbejde, hvilket den givne sygeplejerske eller læge i højere grad selv skal udføre i SP, for dermed at kunne realisere potentialet omkring en mere effektiv og økonomisk holdbar sundhedsfaglige adfærd.

Styringen og den økonomiske styringsrationalitet i SP skaber derfor et pres mellem den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition og den administrative kliniske subjektposition, fordi styringen forudsætter at sygeplejerskerne og lægerne udfylder begge subjektpositioner, der indebærer forskellige adfærdsmønstre og forskellige arbejdsopgaver. Der er hertil en forventning til at begge subjektpositioner udføres mere effektivt, jf. illustration 4 s. 45. Der opstår altså et pres mellem de to forskellige subjektpositioner, som yderligere medfører øget kompleksitet, fordi det forventes at sygeplejerskerne og lægerne er mere effektive inden for disse to forskellige subjektpositioner. Den øgede kompleksitet, som opstår i kraft af styringen i SP, forstås derfor ikke kun som modstridende

forventninger på baggrund af styringsforskellene i styringskommunikationen, men også som modstridende subjektpositioner, der forudsættes i styringen.

4.4 Delkonklusion

Ud fra analysen kan det foreløbigt konkluderes at der er et økonomisk rationale i SP og de fremsatte styringsforskelle. De fremanalyserede styringsforskelle er betinget af dette økonomiske rationale, hvilket kan forklare, hvorfor de har en effektiviserende karakter. Det økonomiske rationale forudsætter hertil to distinkte subjektpositioner, som udgør en administrativ subjektposition og en økonomisk sundhedsfaglig subjektposition. I denne sammenhæng udgør styringen af det kliniske arbejde via SP, at sygeplejerskerne og lægerne iagttager sig selv som mere effektive i forhold til patientadministration og behandling af patienterne. Det indebærer indoptagelsen af subjektpositionerne, hvor der er fokus på en effektiviserende og optimerende adfærd, hvilket medfører et øget fokus på patienternes sygdom. Styringen gennem SP indsnævrer dermed sygeplejerskernes og lægernes fokus på patienternes sygdomme samt de sundhedsfaglige behandlingsmuligheder, for derved at kunne øge effektiviteten i behandlingen af patienterne. Som analyserne har vist, bliver en af konsekvenserne at der opstår paradoksale forventninger til udførelsen af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne, hvilket fremstår som en øget kompleksitet. Governmentality-analysen viser hertil at rollen som sygeplejerske eller læge i højere grad indebærer udførelsen af mere patientadministrativt arbejde og hertil et øget fokus på den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde.

I den efterfølgende del, vil jeg fokusere på, hvordan sygeplejerskerne og lægerne selv iagttager SP og den fremanalyserede styring. Det skal hertil belyse, hvordan sygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen og dermed, hvordan de knytter an til styringskommunikationen og de fremanalyserede subjektpositioner. I denne analyse anvender jeg igen Luhmanns systemteori, hvor jeg vil anvende hans begreber omkring iagttagelse og strukturelle koblinger. Teorien kan belyse, hvordan dialysesygeplejerskerne og lægerne iagttager SP og dets styring ved at se på, hvilke forskelle de iagttager SP og styringen igennem. Derudover kan teorien belyse, hvordan der etableres en strukturel kobling mellem SP og respondenternes iagttagelser af systemet, hvilket gør at jeg kan vurdere, om de knytter an til styringen i form af både styringskommunikationen og de fremanalyserede subjektpositioner. Jeg bygger hertil videre på den analytiske pointe fra governmentality-analysen, om

at der er et økonomiske rationale indlejret i SP og dets styring. Dette vil jeg uddybe i efterfølgende analyse.

5. Iagttagelser af Sundhedsplatformens styring

I denne del vil jeg, som nævnt, analysere sygeplejerskernes og lægernes iagttagelser af styringen af det kliniske arbejde via SP. Jeg vil derfor besvare underspørgsmål 4 og 5, som er: *Hvordan iagttages SP's styring af det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger?* Og: *Hvordan knytter sygeplejerskerne og lægerne an til styringen gennem SP?* Min empiri udgør hertil seks interviews med henholdsvis tre dialysesygeplejersker og tre læger fra Nordsjællands Hospitals dialyseafdeling. Mit iagttagelsespunkt er dermed sygeplejerskernes og lægernes første ordens iagttagelser af SP's styring. Den teoretiske ramme for denne del er primært Luhmanns systemteori om iagttagelser. I denne sammenhæng iagttager jeg på anden orden, fordi jeg iagttager respondenternes første ordens iagttagelser af SP og dets styring. Derudover vil jeg også anvende Luhmanns teori omkring strukturelle koblinger, som anvendes til at undersøge, hvordan sygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen via SP. Jeg vil dog løbende i analysen også perspektivere til de analytiske pointer, der blev udfoldet i rationalitetsanalysen, som er funderet på Foucaults governmentality-analytik.

Da jeg har valgt at anonymisere de forskellige respondenter, vil jeg referere til de enkelte respondenter ved at nævne deres faggruppe og nummer, hvilket kan eksemplificeres således: *(Dialysesygeplejerske 1 2021: 1)* eller *(Læge 1 2021: 1)*. Jeg vil hertil starte med at iagttage, hvordan dialysesygeplejerskerne iagttager SP og dets styring.

5.1 Sygeplejerskernes iagttagelser af SP og styringen af deres arbejde

En gennemgående iagttagelse blandt de tre sygeplejersker, er at de bruger lang tid på arbejdsgangene i SP. Dialysesygeplejerske 1 udtrykker sig således:

”Altså hvis jeg skal køre en akutdialyse, så er min største udfordring SP. Det er jo lidt tankevækkende, kan man sige, fordi jeg kommer jeg til at bruge mest tid på SP. Patienten og får lagt nåle og få startet med dialyse er et intet problem. Men den der, undskyld mig, rådne SP, når jeg skal lave en akutdialyse. Det frustrerer mig helt vildt.” (Dialysesygeplejerske 1 2021: 10).

SP iagttages derfor som et element i det daglige arbejde med patienterne, som optager meget tid. I denne sammenhæng uddyber dialysesygeplejersken følgende:

”Selv bare inden for dialysen. Altså når vi skal skrive de her ting ned omkring vores dialyse: ”Hvor lang tid har patienten kørt og hvad er flowet?”, ”Hvor meget har de trukket af væske?”, Hvad har vi givet?”. Og det ene og det andet, så tror jeg... Jeg ved det ikke. Men jeg fylder ikke halvdelen af de der felter ud, og dem har vi snakket om, hvorfor vi aldrig bruger dem: Hvorfor kan de ikke bare tage den væk? Vi har ikke brug for dem: Nej, men så er der nogen... De bruger dem måske på Herlev, eller de bruger dem måske på Rigshospitalet. Og så kan de ikke komme væk. Det er bare stort, synes jeg. (Dialysesygeplejerske 1 2021: 12)

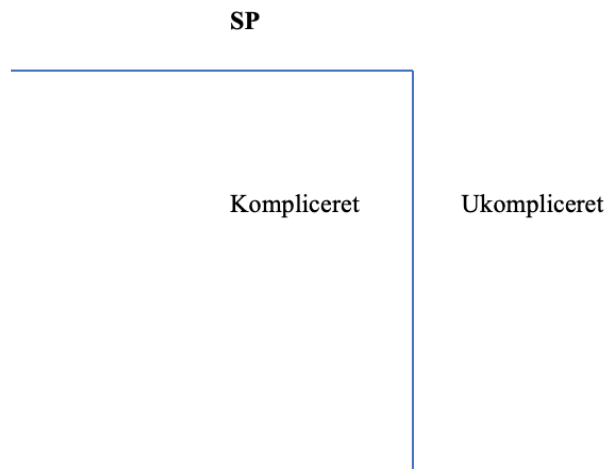
Ud fra ovenstående citater iagttages SP, som et omfattende og komplekst system, der medfører unødigt patientadministrativt arbejde i form af unødige mange indviklede administrative arbejdsprocesser i SP. Netop dette pointerer dialysesygeplejerske 2 også:

”Jeg synes, at jeg bruger meget tid på SP. Altså på at dokumentere forskellige steder og sådan. Altså sidst jeg var i sygeplejen, der sad man og håndskrev journaler. Men det brugte vi selvfølgelig også lang tid på. Men det var mere i slutningen af dagen. Jeg synes, at vi bruger meget tid undervejs på at bestille forskellige ting og kommunikere.” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 7)

Ifølge dialysesygeplejerske 2, fremstår arbejdsgangene i SP som et kompliceret element, der tager tid og fokus i løbet af arbejdsdagen. I forhold til den administrative subjektposition og dialysesygeplejerskernes iagttagelser, vil jeg hertil argumentere for, at der opstår en *patientadministrativ kompleksitet* via SP, fordi den forudsætter en administrativ adfærd, der iagttages som frustrerende. Netop denne *patientadministrative kompleksitet* iagttager dialysesygeplejerske 3 også som et frustrerende i forhold til SP's medicinmodul, hvilket fremgår således:

” (...) [H]vis man skal udlevere noget medicin til en patient, så skal det være afstemt med FMK, og hvis man ikke er *bruger autoriserede*, så får man en rød farve. Eller så kan du få lov til at udskrive en medicinliste, og så bliver det sgu lidt tungt, altså arbejdsgangen, hvor man tænker: ”Hold nu kæft, mand, hvis jeg som sygeplejerske bare måtte trykke o.k. til det der, ikke?”. (Dialysesygeplejerske 3 2021: 7).

Arbejdsgangen i SP's medicinmodul iagttages, som unødigt tungt, fordi dialysesygeplejersken ikke oplever at have den tilstrækkelige adgang i SP til at udføre sine daglige opgaver. Med ovenstående citater in mente, vil jeg følgelig argumentere for at dialysesygeplejerskerne iagttager SP gennem følgende forskel:



På den markerede side fremgår kompliceret og på den umarkerede side fremgår ukompliceret, hvorfor kommunikationen i interviewene stræber mod at konstruere SP som et komplekst og administrativt system, der tager for meget af sygeplejerskernes tid, fordi de har svært ved at finde rundt i SP's forskellige funktioner, som ofte ændres. Selvom kompleksiteten iagttages som værende opstået på baggrund af de tekniske funktioner i systemet, så vil jeg dertil argumentere for, at den også opstår i kraft af systemets manglende understøttelse af deres mulighed for at yde omsorg over for patienterne, hvilket de tre dialysesygeplejersker uddyber i forhold til deres iagttagelser af deres egne roller som sygeplejersker.

En af de vigtigste funktioner blandt de adspurgte sygeplejersker, er deres interpersonelle forhold til patienterne, herunder muligheden for at yde omsorg. Dette kommer blandt andet til udtryk hos dialysesygeplejerske 1, der fortæller: "Du skal få en god kontakt med din patient. Det skal være sådan at patienten føler, at du faktisk ser vedkommende og ikke bare er én i rækken, altså et nummer som ham i forstue 2.6. Så det skal være sådan, at patienten føler sig set fra mine egen del." (Dialysesygeplejerske 1 2021: 3-4). Hertil uddyber dialysesygeplejersken:

" (...) [M]eget af min arbejdsglæde er jo, at de føler, at jeg får en god kontakt til dem: At jeg føler, at jeg kan gøre noget for de her patienter, udover bare lige at dialysere dem, selvom det jo er det, de kommer her for. Det skal de. De skal have deres dialyse, men derudover så er der så mange andre ting, hvor man som patient har behov for at blive set i forhold til. (...) Jeg har det sådan, at jeg vil gerne have, at patienterne føler sig trygge.

At de føler, at hvis jeg kommer, så tages der hånd om de her situationer. De kan være åbne over for mig.” (Dialysesygeplejerske 1 2021: 4).

Det samme kommer til udtryk hos dialysesygeplejerske 2, der beskriver de vigtigste funktioner i forhold til sygeplejerskernes rolle således:

”Der er jo både de bløde og de hårde ting i det. Så der er de hårde ting med at se patienten og have et sundhedsfagligt blik på, hvad har de brug for, hvor man undersøger hvad er der galt. Det er sådan en balance. Ja, det er sådan lidt flydende. Men for at støtte op om det, er det altså ret vigtigt, at jeg har adgang til noget data omkring patienten. Altså noget baggrundsviden for, hvorfor er de her og hvad deres udfordring er. Så derfor har jeg brug for en eller anden form for opslagsværk, hvor jeg hurtigt kan tilgå den viden. Som en journal jo er, ikke?” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 1-2).

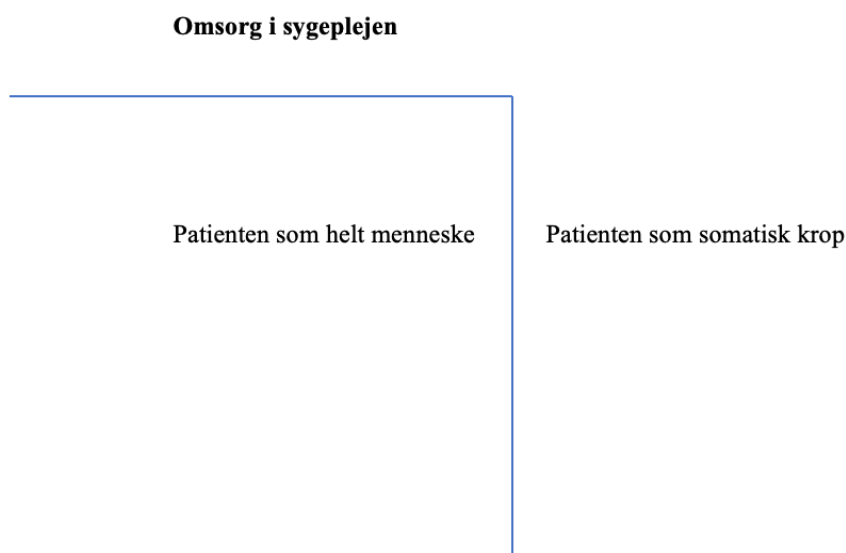
Hertil understreger dialysesygeplejersken vigtigheden af de såkaldte ”bløde værdier”, hvilket udtrykkes på følgende vis:

”Det med når Fru Hansen nu lige har mistet sin mand og vil have opmærksomhed omkring, hvad det gør ved hende. Man skal både være der og måske bare lige vide, at man lige skal holde hende lidt i hånden og ikke så meget andet, men også have et blik for, at hun husker at få spist og drukket vand. Og hvad sker der i øvrigt omkring hende, som kan have indflydelse på den sygdom, som hun nu en gang er her for.” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 2).

De ”bløde værdier” er derfor alt det arbejde, som ikke omhandler patienternes sygdom eller entydige somatiske tilstande, men som alligevel relaterer sig til deres helbredsmæssige tilstand. Det kan nærmere bestemt klassificeres som omsorg og nærvær i forhold til patienternes individuelle behov. Hertil pointerer dialysesygeplejerske 3 også vigtigheden af omsorgsaspektet i forhold til det kliniske arbejde med patienterne:

”Det menneskelige spiller rigtig meget ind. Så igen er det nogle patienter, vi kender rigtig godt, så vi giver også rigtig meget os selv. De kender os også rigtig godt, og det nyder jeg enormt meget. Der er jo nogle, som synes det er enormt grænseoverskridende, at de kommer så tæt på os og vores familier. De ved også en hel del om vores familier og sådan, men det synes jeg er vildt dejligt, fordi når jeg giver meget af mig selv, så får jeg jo også en rigtig god relation til patienterne.” (Dialysesygeplejerske 3 2021: 2).

Hos alle tre dialysesygeplejersker fremhæver de vigtigheden af det menneskelige aspekt i deres relation til patienterne og deres kliniske arbejde. De fremhæver hertil især det forhold at have en holistisk relation til patienterne, hvilket vil sige at rumme andre dele af patienternes liv end blot deres sygdom. Det betyder, at de iagttager det kliniske arbejde, som værende ensbetydende med at kunne yde omsorg i form af en social tilstedeværelse, der omfavner andet end blot den sundhedsfaglige relation til patienterne. Jeg vil hertil argumentere for, at de iagttager deres egen sundhedsfaglige adfærd i deres kliniske arbejde som værende betinget af muligheden for at kunne yde omsorg. Derfor konstruerer sygeplejerskerne deres egen rolle som værende omsorgsgiver, der kan rumme forskellige dele af patienternes liv end blot deres sygdom. I relation til Teubners persontypebegreb, kan man sige at dialysesygeplejerskerne forudsætter en *sygeplejerspersontype*, der, udover de sundhedsfaglige opgaver, også fokuserer på at yde omsorg overfor patienterne. Omsorg iagttages hertil gennem følgende forskel:



I denne sammenhæng iagttager dialysesygeplejerske 1 SP som et system, der er blind for omsorgsaspektet. SP iagttages som et system, der fastholder sygeplejerskernes fokus på de mere sundhedsfaglige opgaver:

”Jeg synes jo, at i kraft af at vi ikke havde disse sygepleje... plejeplaner, eller hvad man kan kalde det. Så kan der sagtens være nogle af tingene, som skrider lidt, uden at jeg skal sige, at sådan er det. Men risikoen er der i hvert fald lidt mere, kan man sige, og fokuset bliver måske også lidt anderledes. Altså det bliver måske lidt

mere ovre på den lægefaglige del af behandlingen. I stedet for selve sygeplejedelen. Og det synes jeg er trist, hvis det er det. Og det lægger det lidt op til.” (Dialysesygeplejerske 1 2021: 16-17).

Dialysesygeplejerske 3 pointerer også at SP er et system, der primært understøtter vedkommendes sundhedsfaglige viden:

Og jeg synes nemlig, at jeg bliver hjulpet rigtig godt på vej af, at jeg kan se, hvad der er sket på andre hospitaler og andre korrespondancer. Hvis de har været på en konference med nogle kirurger inde på Rigshospitalet, altså hvor man før i tiden skulle ringe, eller skulle bede dem om at faxe de notater, hvor du ikke havde selve journalen. Så på den måde synes jeg, det understøtter rigtig meget. Og ja, jeg ved rigtig meget om min patient, før de overhovedet træder ind ad døren. Jeg kan vide rigtig meget om deres sygdom.” (Dialysesygeplejerske 3 2021: 9)

Ud fra disse betragtninger, understøtter SP de sundhedsfaglige og somatiske arbejdsfunktioner, hvor dialysesygeplejerske 2 iagttager det mere negativt end dialysesygeplejerske 3, som iagttager det som noget positivt, fordi vedkommende har mulighed for at sætte sig grundigt ind i patienternes sygdomme, før de kommer og modtager deres dialyse. Dialysesygeplejerske 2 iagttager SP som noget der tager for meget fokus, hvilket, til en vis grad, forhindrer vedkommende i at udøve omsorg eller sygepleje. Dog understreger begge sygeplejersker, gennem deres iagttagelser af SP, en central analytisk pointe fra governmentality-analysen: Nemlig, at det er den sundhedsfaglige og somatiske viden omkring patienterne, som SP forsøger at optimere og effektivisere, for derigennem at kunne spare regionerne for økonomiske ressourcer. Ud fra ovenstående citater, vil jeg argumentere for at det er via dialysesygeplejerskernes sundhedsfaglige viden eller rolle, som SP forsøger at knytte an til. Konsekvensen er imidlertid, at dialysesygeplejerskerne iagttager SP som et system, der ikke understøtter deres mulighed for yde omsorg, fordi det netop er en teknologi, der primært skal understøtte deres sundhedsfaglige kliniske rolle, for dermed at gøre dem mere effektive i en økonomisk rationel forstand.

Som det også blev argumenteret for i governmentality-analysen, så er en realisering af den mere effektive sundhedsfaglige adfærd betinget af det administrative arbejde, der ofte ligger til grund for udførelsen af de mange forskellige sundhedsfaglige kerneopgaver. Forskydningen af den patientadministrative subjektposition fra lægesekretærene til sygeplejerskerne, iagttages hertil som noget der også tager tid fra dialysesygeplejerskerne, hvilket dialysesygeplejerske 2 beskriver: ”Jeg

synes, det [SP]⁵ virker på mange måder mere effektivt. Det synes jeg. Men, det tager jo også noget tid fra at være med patienterne, fordi vi så skal lave en del sekretærarbejde, kan man sige. (Dialysesygeplejerske 2 2021: 9). Denne pointe uddybes hertil:

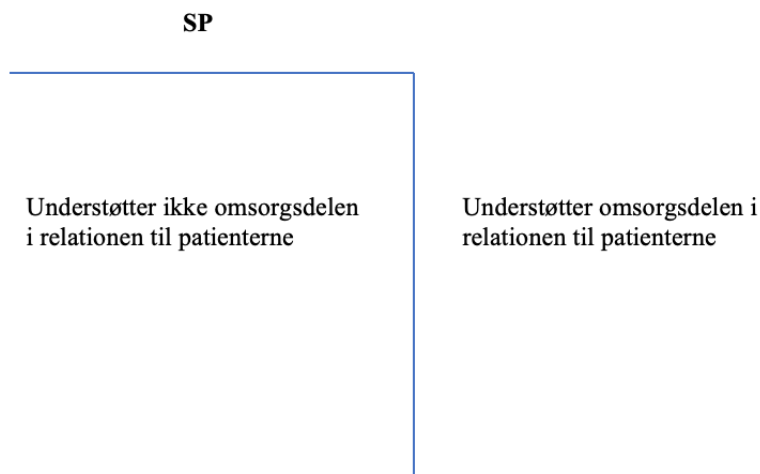
”Ja, så der er en masse administrative ting, som jeg synes vi bruger krudt på, som jeg egentligt umiddelbart synes kunne være en sekretæropgave. For eksempel at bestille statusprøver, når de skal have lægegenngang. Når man har lægegenngang, så skal man have en lidt større pakke og blodprøver, som lægerne kan se på, når de har lægegenngang. Det er nu blevet til, at det er sygeplejerskerne der bestiller dem. Humlen ved det er, at det er sekretæren, der lægger patienterne, altså booker patienten ind til lægen på et bestemt tidspunkt, og så skal vi sidde og holde øje med en kalender, som er et helt femte billede (...)” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 10).

Sygeplejersken iagttager SP som værende mere effektiv i forhold til det tidligere manuelle papirarbejde, men kompleksiteten, som er forbundet med styringen mod bedre administrative arbejdsgange i SP, iagttages som værende forstyrrende i forhold til at udføre de sygeplejefaglige opgaver. Ovenstående citat understøtter derfor governmentality-pointen om at der forudsættes et særligt administrativt subjekt i styringen, der øger kompleksiteten, fordi sygeplejerskerne skal udføre nye administrative opgaver SP, der førhen lå hos lægesekretærene. Konsekvensen af fokuset på de administrative opgaver i SP, bliver dermed at omsorgsdelen degraderes, ifølge dialysesygeplejerske 1:

”Da vi startede med SP, så havde vi jo også de her... Vi havde jo vores sygeplejemål bag selve sygeplejen og ikke bare det med at give medicin og måle blodprøver og sådan noget. Vi havde nogle mål for patienten og det havde SP slet ingenting af. Så vi som sygeplejersker og følte bare: ”Hvor skal det så står henne?”. Fordi det skal jo ikke stå i de der notater, fordi det skulle være overskueligt, kan man sige. Så de har lavet en lille niche, som hedder *mål*, men det er aldrig blevet helt det samme som før. Altså, det er lidt som om det blev lidt degraderet: Det der sygepleje-halløjsa”. (Dialysesygeplejerske 1 2021: 15)

Sygeplejerskernes øgede fokus på de administrative opgaver i SP, skaber en negativ konstruktion af systemet, som udgør at alt det der ikke har et entydigt sundhedsfagligt eller somatisk fokus nedprioriteres i forhold til de administrative og sundhedsfaglige opgaver. På den baggrund vil jeg dermed argumentere for, at de også iagttager SP gennem følgende forskel:

⁵ Min parentes.

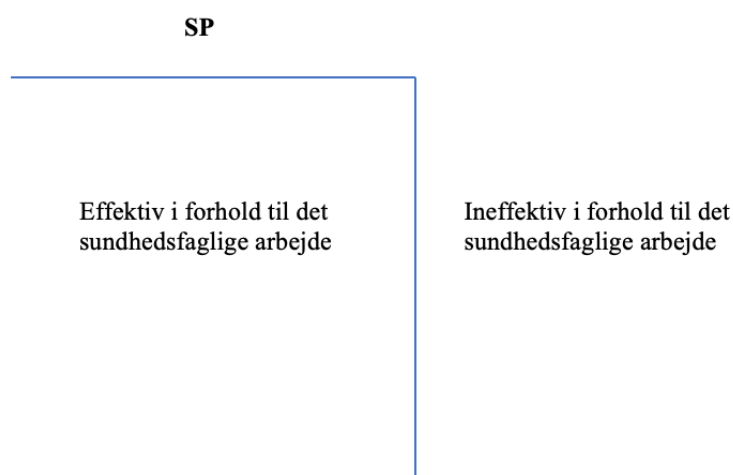


I ovenstående citater konstruerer sygeplejerskerne SP som et system, der ikke understøtter deres interpersonelle relation til patienterne, fordi de oplever at deres fokus rettes mod det sundhedsfaglige -og administrative arbejde, hvilket står i kontrast til det plejeetiske element i det kliniske arbejde blandt sundhedsprofessionelle. Plejeetik, er defineret som den interpersonelle relation mellem patient og sundhedsprofessionel, hvor relationen er baseret på omsorg og respekt over for patienterne, hvor patienterne er forstået som hele mennesker, der rummer andet end blot deres sygdom (Timmerman et. al. 2017: 63). Dialysesygeplejerskerne konstruerer hertil SP og styringen som et element, der forhindrer deres mulighed for at etablere denne relation.

Dog uddyber dialysesygeplejerske 3 at SP har øget effektiviteten: ”Jeg vil sige i forhold til effektiv. Der synes jeg, at det... Der har vi jo nogle vurderingsskemaer, hvor vi skriver nogle data ind for hver dialyse. Det synes jeg giver et super nemt overblik over, hvordan dialysen er gået.” (Dialysesygeplejerske 3 2021: 7). Hertil beskriver dialysesygeplejerske 2, hvordan den administrative del af arbejdet er blevet effektiviseret:

”Det var da vildt frustrerende, at vi nogle gange, i flere dage, skulle gå og vente på et notat. (...) Det kan jeg da huske, at det var vildt frustrerende. Så på den måde synes jeg, at det er positivt, at lægen skriver det ind, næsten med det samme, og så kan man agere i forhold til det.” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 8-9).

Sygeplejerskerne iagttager SP, som et system, der har effektiviseret den sundhedsfaglige del og den administrative del af deres arbejde, fordi mange arbejdsopgaver udføres digitalt i systemet, hvilket har gjort at de kan se sundhedsrelaterede data omkring patienterne hurtigere end før. Dette gør dem i stand til at agere og handle på baggrund af data hurtigere, hvilket iagttages som mere effektivt. Derfor iagttager de også SP gennem følgende forskel:



Generelt er tendensen i interviewene, at SP iagttages som værende mere effektivt i forhold til datahåndtering af den sundhedsfaglige data og kommunikationen mellem lægerne og sygeplejerskerne. Jeg vil dermed argumentere for at SP har reduceret kompleksiteten i forhold til de gamle manuelle arbejdsprocesser, men samtidig skabt mere kompleksitet i forhold til dialysesygeplejerskernes mulighed for at yde omsorg, samt skabt mere kompleksitet i form af mere administrativt arbejde. SP iagttages derfor som værende mere effektivt, men samtidig ineffektivt i forhold til at knytte an til rollen som *sygeplejer*, der ved siden af de sundhedsfaglige opgaver også varetager en række omsorgsmæssige arbejdsopgaver.

Ineffektiviteten i forhold til det administrative arbejde, opstår dermed i kraft af dialysesygeplejerskernes negative forventninger til deres nye rolle som mere administrative sygeplejersker. I denne sammenhæng pointerer dialysesygeplejerske 2 at det ikke kun er i forhold til omsorgsrollen, som den administrative position koloniserer, men også i forhold til den sundhedsfaglige position:

”Jamen, mens jeg står der og hiver mig selv i håret for at få printet den her lorteseddel, som min sekretær helt sikkert kunne gøre meget hurtigere end mig, så kunne jeg jo have været omkring patienten, som jo har noget med sit hjerte og så derfor ikke har det særligt godt. Jeg forlader altså patienten på et tidspunkt, hvor patienten egentlig ikke har det særligt godt. Så jeg kan ikke observere patienten, imens jeg står og glori ind i en skærm. I min optik er det en fejlprioritering af min tid.” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 7).

I dette citat, vil jeg argumentere for, at dialysesygeplejersken beskriver paradokset mellem *tidsforbruget på patienterne* og *tidsforbruget på patientadministration*, jf. styringsparadokset s. 31. SP vil, som nævnt, reducere i forskellen mellem tidsforbruget på patienterne og tidsforbruget på patientadministrationen, men i dette citat udfolder sygeplejersken konsekvensen af styringsparadokset, som er at sygeplejersken bruger unødigt meget tid på det administrative arbejde for at kunne realisere SP’s ambition om mere tid til patienterne, som er en hovedambition med systemet. Presset mellem den administrative subjektposition og den sundhedsfaglige subjektposition, iagttages her som værende årsagen til SP’s ineffektive karakter i forhold til dialysesygeplejerskernes kliniske arbejde, fordi der er mindre tid til at analysere patienterne og anvende den patientrelaterede data, når de i stigende grad skal udføre administrative opgaver i SP.

Opsamlende iagttages SP altså både som et effektivt -og ineffektivt system, fordi det konstrueres som værende understøttende i forhold til den sundhedsfaglige del af deres arbejde, i form af at den patientrelaterede data er blevet centraliseret og systemets digitale karakter har skabt en tættere forbindelse med andre fagligheder. Samtidig iagttages den administrative adfærd og de administrative arbejdsprocesser også som forstyrrende i forhold til at udfylde rollen som sundhedsfaglig professionel og omsorgsgiver, fordi deres fokus rettes mod de administrative funktioner i SP, hvorfor det også konstrueres som ineffektivt og kompliceret. I denne sammenhæng er det derfor interessant, hvordan lægerne iagttager SP, idet de udfylder en større sundhedsfaglig rolle sammenlignet med sygeplejerskerne i forhold til behandlingen af patienterne. Jeg vil derfor rette mit fokus mod lægernes iagttagelser af SP i efterfølgende afsnit.

5.2 Lægernes iagttagelser af SP og styringen af deres arbejde

En grundlæggende tendens i de tre interviews af lægerne, er at de iagttager SP, som et system, der understøtter deres sundhedsfaglige arbejde, hvilket læge 1 udtrykker således:

”Jeg kan se alt det, jeg skal bruge om det lægefaglige. Det er rigtig godt. Man kan sige kommunikationen for eksempel med andre læger er også meget bedre, end det var før. For eksempel hvis jeg har en dialysepatient, der fejler et eller andet, og som følges af nogle læger på Rigshospitalet, så kan jeg skrive en besked omkring patienten i systemet til den pågældende læge, der svarer mig samme dag. Det fungerer virkelig godt, og det er bedre.” (Læge 1 2021: 4).

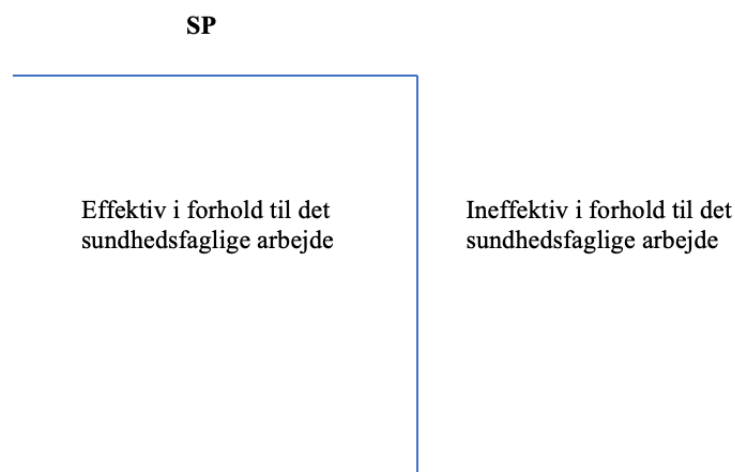
Læge 1 iagttager SP som et mere effektivt system, fordi det understøtter lægens sundhedsfaglige arbejde med patienterne, i den forstand at vedkommende har et bedre overblik omkring patienternes sundhedsmæssige tilstand. Dertil iagttager lægen SP, som værende mere effektivt, fordi det forbinder lægen med andre lægefagligheder på andre hospitaler. Læge 2 udtrykker det hertil således:

”SP understøtter jo helt klart udredningen af patienten, fordi man har adgang til data umiddelbart, så snart de foreligger. Og det betyder, at man ikke skal ind og hente dem forskellige steder fra, eller vente på data fra karkirurgisk afdeling, som i gamle dage. Det må man sige; det synes jeg er en vældig fordel.” (Læge 2 2021: 4).

Læge 2 iagttager ligesom læge 1 SP som værende mere effektivt i forhold til den sundhedsfaglige udredning af patienten, fordi data omkring patienterne er samlet i SP. Det samme pointerer læge 3:

”Nok har det bragt mange dårlige ting med sig, men jeg vil også sige at det har bragt nogle gode ting med sig. For det første så skal jeg kun åbne ét program på computeren. Det er altså en kæmpe forbedring, fordi før der skulle man altså åbne fire programmer, og det siger lidt, fordi det var programmer der var forfærdelige.” (Læge 3 2021: 7).

Læge 3 iagttager også SP som værende understøttende i forhold til den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde, fordi data omkring patienten er samlet i SP, hvilket gør det nemmere og mindre tidskrævende at tilgå den patientrelaterede data. På baggrund af citaterne vil jeg argumentere for at lægerne iagttager SP gennem følgende forskel:



Ligesom hos dialysesygeplejerskerne, så iagttager lægerne SP som værende et system, der understøtter deres sundhedsfaglige arbejde. Lægerne konstruerer derfor SP som et effektivt system i forhold til håndtering af data. Alligevel, iagttager lægerne også SP som værende tidskrævende, fordi det er forbundet med en række administrative opgaver, hvilket læge 1 pointerer:

”Nu kan man jo sige - nu er der jo kommet det der hedder MinSP, og det gør jo, at patienterne ukritisk kan skrive til dig som læge, og så skal vedkommende have svar inden for tre dage, fordi du kan jo nås via MinSP. Man kan sige, at det tager tid at besvare de her patienter og sætte sig ind i deres situation. Og det er jo ikke noget, som der tidsmæssigt er sat af til. Det er jo bare noget, der kommer oven i (...) Så det generer ekstra arbejde. I hvert fald til lægegruppen, i form af den slags beskeder fra både personale og patienter” (Læge 1 2021: 10).

Læge 1 iagttager SP som et system der skaber mere administrativt arbejde, fordi SP styrer lægen mod at fokusere på at besvare henvendelser fra patienter og personale. Det administrative arbejde, som funktionen MinSP forudsætter iagttages derfor som værende tidskrævende, fordi SP generer mere administrativt arbejde. Netop denne administrative kompleksitet fremgår også hos læge 2, der pointerer: ”Jeg synes, det er blevet nemmere at få data fra andre afdelinger, og det synes jeg virkelig er positivt, men der er så meget skriveri stadigvæk, og problemet er, at man skal gøre det rigtigt.” (Læge 2 2021: 7). Hertil uddyber lægen: ”

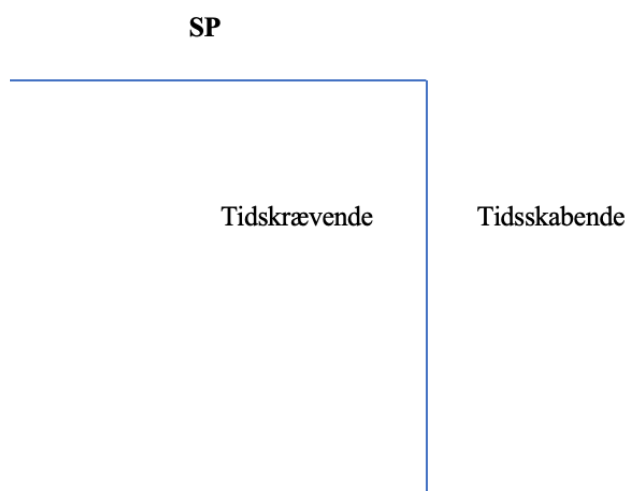
”Først skal du hele tiden validere data, og dernæst skal du hele tiden være sikker på, at folk skriver det rigtige. Læger er ikke særligt flinke til at tænke de der ting. Det er de altså virkelig ikke. De bliver sådan lidt irriterede,

når de støder på en firkant, og hvis de så skriver "Z" foran og den forsvinder, så er det dejligt. Selvom "Z", så betyder, at data ender i en kirurgiske bunke i stedet for en medicinsk bunke, så kommer det ligesom ikke dem ved. Selvfølgelig gør det det, men det er mentaliteten blandt lægerne, og derfor kommer der rigtig meget bras ud af de tal, som man trækker. Så jeg vil sige, at den har fejlet big time i forhold til det med de strukturerede data, som var det væsentligste, man regnede med at kunne få ud af det." (Læge 2 2021: 8).

I citatet iagttages det administrative arbejde som noget der indebærer et øget fokus på at navigere i SP's forskellige teknologiske funktioner, hvilket netop komplicerer det administrative arbejde, fordi det dermed bliver mere tidskrævende. Det pointerer læge 3 også:

"Den måde, som vi vælger at bruge SP på, hvor vi vælger at skrive tingene i journalen, men også dokumentere det inde i de loggede data, betyder at jeg laver dobbeltarbejde, hvilket er meget ineffektivt. Og den skrevne journal, som er det vi læser, hvor jeg føler at den loggede journal er noget der bliver trukket til statistik, og noget som jeg ikke kan få lov at gå udenom, fordi det er et hardstop. Det irriterer mig." (Læge 3 2021: 7).

Fokusset på de administrative opgaver i SP iagttages i citatet som værende ineffektivt og som et irritationsmoment. Jeg vil i denne sammenhæng argumentere for at lægerne også iagttager SP gennem forskellen:



SP iagttages som tidskrævende, fordi det skærper lægernes fokus på at løse og dokumentere de administrative opgaver i systemet, fremfor at fokusere på det sundhedsfaglige arbejde. Jeg vil hertil argumentere for at også hos lægerne opleves styringsparadokset, jf. styringsparadokset s. 31, som en udfordring i lægernes kliniske arbejde med patienterne. SP vil, som nævnt, reducere i mængden af sundhedspersonalets tid på det administrative arbejde for dermed at kunne øge tidsforbruget på

patienterne, men systemets patientadministrative funktioner er realiseringen for den frigivne tid, hvilket udgør paradokset. Konsekvensen af dette styringsparadoks beskriver læge 3:

”Altså tid er nok det store. For, hvis jeg bruger en time på en patient, når jeg skal indlægge dem, så er jeg max 10 minutter hos patienten. Det er 10 minutter, hvor jeg undersøger dem og hører deres historie og giver dem svar på deres resultater. De sidste 50 minutter bruger jeg på logistik, om det så er SP eller snakke med andre kollegaer. Så tid tager jeg fra dem. Jeg tager også rigtig meget mennesket og de bløde værdier fra dem. Hvis jeg kun har 10 minutter, og jeg har nogle spørgsmål, som jeg skal igennem, fordi det skal man, idet jeg ligesom skal vide noget om folk, for at jeg overhovedet kan indlægge dem, så har jeg ikke tid til at spørge dem om, hvordan det går derhjemme. (...) Det går tabt.” (Læge 3 2021: 8).

I stedet for at frigive tid til patienterne, så bruger lægen mere tid på SP og det patientadministrative arbejde i systemet, hvilket reducerer tid sammen med patienterne. Risikoen, som lægen pointerer, er at vedkommende opfatter at tiden til at undersøge patienten reduceres. Jeg vil hertil argumentere for at lægerne ikke indoptager den administrative subjektposition, fordi de iagttager denne subjektposition som forstyrrende. Det betyder at den administrative subjektposition iagttages som en rolle der ikke understøtter deres daglige kliniske arbejde, men som et forstyrrende element, hvilket læge 2 understreger:

”De havde jo også troet, at man kunne slippe for sekretærgruppen, fordi lægerne kunne jo bare kode i SP. Og hvad skulle vi så bruge en sekretær til? Problemet er, at lægerne ikke bare kan kode, og de gider ikke. Derfor bliver det elendigt. Så nu er sekretærene simpelthen kommet ind ad bagdøren igen, fordi hvis man vil have det der strukturerede data, så skal man have nogle folk, der gider strukturerede data (...)” (Læge 2 2021: 10).

Det administrative fokus i SP og den administrative lægefaglige rolle, som styringen af det kliniske arbejde i SP forudsætter, skaber frustration blandt de adspurgte læger, fordi de iagttager adfærden i denne subjektposition som tidskrævende, hvilket fjerner deres fokus fra de kliniske kerneopgaver, herunder kommunikationen med patienterne. Læge 1 er i denne sammenhæng en smule mere positiv i forhold til SP's administrative karakter end læge 2 og 3, fordi vedkommende iagttager SP som værende mere effektivt end de gamle systemer på trods af at der er flere administrative arbejdsprocesser i systemet:

”Altså det kan godt være, der måske er lidt flere ting, der skal krydses af i SP, men meget af det går også langt hurtigere i SP end det gjorde i de gamle systemer. Og så kan man sige, at i starten af det første halvandet år,

var der mange ting, som ikke var optimalt. Der brugte man nok mere tid på SP. Det gør man ikke nu, synes jeg.” (Læge 1 2021: 6).

Læge 1 iagttager ikke de administrative arbejdsprocesser i SP som værende forstyrrende i forhold til det kliniske arbejde, fordi SP’s teknologiske funktioner iagttages som langt bedre og hurtigere end de gamle it-systemers teknologiske funktioner. Det indikerer at der på trods af den generelle tendens til at iagttage SP’s administrative funktioner, som et forstyrrende element i deres daglige kliniske arbejde, så iagttages det også som et system, der ud fra et lægefagligt sundhedsperspektiv, har løst en række administrative problematikker og dermed reduceret en administrativ kompleksitet.

Netop disse modstridende iagttagelser understreger den centrale analytiske pointe omkring velfærdsteknologier hos La Cour et. al., som er at velfærdsteknologier ofte formår at reducere en vis form for kompleksitet inden for et snævret felt, som i denne case er de manuelle administrative arbejdsprocesser i de gamle EPJ-systemer. Dog er den analytiske pointe hertil, at velfærdsteknologier ofte medfører en ny form for kompleksitet i omverden til aktørerne. Det betyder at SP, til en vis grad, har formået at reducere den administrative kompleksitet i form af de manuelle arbejdsprocesser, samt skabt bedre kommunikationsmuligheder mellem faggrupperne. Dog har SP skabt en ny form for kompleksitet, i form af et øget administrativt fokus der både forstyrrer og, til en vis grad, forhindrer dialysesygeplejerskerne og lægerne i at udfylde det plejeetiske element i det kliniske arbejde, samt visse sundhedsfaglige og somatiske arbejdsopgaver, hvilket læge 2 pointerer:

”Omsorgsdelen, synes jeg overhovedet ikke systemet understøtter. Det er bare et sted, hvor man skriver data ind. Man arbejder lige nu med det der hedder *prodata*. Det vil sige, at patienterne selv skal skrive nogle tal ind på blodtryk, puls og blodsukker. Derefter skal lægen så sidde og tage stilling til, hvad der skal ske, hvilket kan danne grundlag for telefonkonsultationer og videokonsultationer.” (Læge 2 2021: 4).

SP konstrueres derfor som værende et system der *kun* understøtter den sundhedsfaglig -og administrativ del af det kliniske arbejde blandt dialysesygeplejerskerne og lægerne. Det er præcist det der gør at styringen fremstår meget snæver, hvilket udløser mere kompleksitet, fordi dialysesygeplejerskernes og lægernes, forstået som sociale systemer, reduceres til kun at fokusere på disse to aspekter af det kliniske arbejde. Min pointe er dertil at det skyldes det indlejrede økonomiske rationale i SP har til formål at effektivisere og optimere netop disse to dele af det kliniske arbejde, så det kan skabe økonomiske gevinster. Det betyder, at styringen mod at øge fokuset på den

sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde blandt de to faggrupper konstrueres som værende fokuset i SP, hvorfor lægerne og dialysesygeplejerskerne ikke iagttager at SP understøtter deres mulighed for at yde omsorg over for patienterne eller inkorporere ”de bløde værdier” i behandlingen af patienterne. Ligesom dialysesygeplejerskerne, konstruerer lægerne derfor SP som både et kompliceret og effektivt system. Det iagttages som effektivt, fordi det har centraliseret den patientrelaterede data, som lægerne anvender i diagnosticeringen og behandlingen af patienterne. På den anden side konstrueres det som komplekst, fordi det forudsætter en langt mere administrativ adfærd og rolle, som tager tid fra patienterne og det sundhedsfaglige arbejde med patienterne. Den mere effektive og økonomisk holdbare administrative adfærd synes derfor at underminere lægernes mulighed for at yde omsorg over for patienterne samt, til en vis grad, udfylde deres sundhedsfaglige rolle.

Spørgsmålet er derfor, hvordan både dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen af det kliniske arbejde via SP? Dette spørgsmål vil jeg forsøge at besvare i det følgende afsnit, hvor jeg vil tage udgangspunkt i Luhmanns teori om strukturelle koblinger. Min empiri udgør hertil primært de forskellige interviews.

5.3 Strukturel kobling som anknytningspunkt

En strukturel kobling er, som nævnt i teoriafsnittet, en kobling mellem to forskellige systemer, hvor et system kobler sig til et andet system ved at iagttage det andet systems iagttagelser. Dermed kan et system knytte an til et andet system ved at være opmærksom på det andet systems måde at iagttage et specifikt fænomen på (Andersen & Pors 2018: 72). Jeg anvender hertil Luhmanns teori om strukturelle koblinger, til at se, hvordan dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter an til SP og dets fremanalyserede styring. Mit argument er hertil at det er via en strukturel kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system, at dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter an til SP. I denne analyse bygger jeg videre på governmentality-analysens centrale analytiske pointe, om at der er en økonomisk rationalitet i SP og dets styring. Analysen besvarer derfor det femte underspørgsmål, som er: *Hvordan knytter sygeplejerskerne og lægerne an til styringen gennem SP?* I dette afsnit konditionerer jeg *styring* som både kommunikation, det vil sige styringskommunikation, samt den selvstyrende adfærd, som sygeplejerskerne og lægerne fordres til at knytte an til via subjektpositionerne. Dialysesygeplejerskernes og lægernes anknytning til styringen handler derfor ikke kun om at de knytter an til kommunikationen, men at de også underlægger sig selv en bestemt adfærd, som konstitueres af SP samt det økonomiske rationale.

Den centrale pointe i governmentality-analysen, er at der er et økonomisk rationale, som gennemstrømmer SP og de forskellige styringsforskelle i styringskommunikationen, hvilket forudsætter en særlig effektiviserende adfærd via de to forskellige subjektpositioner. I denne sammenhæng, vil jeg, inden for Luhmanns systemteori, argumentere for at man kan tolke dette som at styringskommunikationen i business casen primært kommunikerer inden for det økonomiske system. Det betyder, at det økonomiske system etablerer en strukturel kobling til det sundhedsfaglige system, for at legitimere den økonomiske kommunikation omkring SP inden for en sundhedsfaglig logik. Dette kan også ses som at det *politiske system*, anvender en strukturel kobling mellem det politiske system og det økonomiske system til at påvirke styringen i sundhedsvæsenet, hvor SP er velfærdsteknologien, der kan realisere de *politiske økonomiske mål* omkring den digitale effektivisering af sundhedsvæsenet. Jeg finder det dog mere frugtbart at analysere den strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system, fordi jeg vil argumentere for at de politiske ambitioner med SP primært var økonomiske, hvorfor kommunikationen hovedsageligt kommunikerer via det økonomiske system inden for en sundhedsfaglig kontekst, hvilket kan ses som en politisk strategisk valg. Hvorom alting er, ses den strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system i følgende illustration fra business casen:

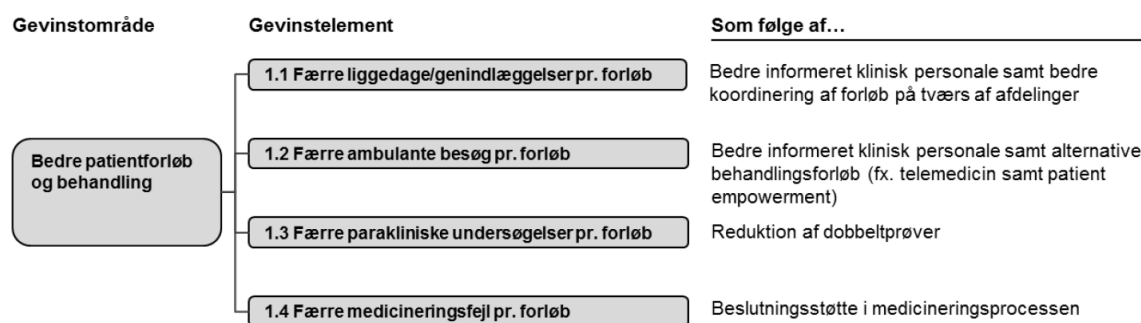


Illustration 3C: Gevinstelementer for "Bedre patientforløb og behandling"

Illustration 5: Realisering af gevinstområde baseret på arbejdsprocesserne i SP. Kilde: Skillbreid & Stentoft 2015: 15.

Illustrationen viser de forventede gevinstestimer, som var forbundet med implementeringen af SP. Den strukturelle kobling udgør at det økonomiske system iagttager, hvordan det sundhedsfaglige system potentielt ville iagttage effektivt klinisk arbejde, som noget der indebærer forhøjet kvalitet i de sundhedsfaglige arbejdsprocesser. Ud fra Andersens og Pors' definition af strukturelle koblinger, som afgrænset irritabilitet over for andre systemer, vil jeg hertil argumentere for at den strukturelle

kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system udgør, at det økonomiske system har opbygget en form for afgrænset irritabilitet over for, hvordan *kvalitet* iagttages inden for det sundhedsfaglige system. Inden for det økonomiske system etableres en kausal forbindelse mellem *effektivitet* og *kvalitet*, så de mere effektive arbejdsprocesser medfører bedre kvalitet i et sundhedsfagligt perspektiv. Ved at inkorporere sundhedsfaglig kvalitet i den økonomiske kommunikation og sætte det i relation til de økonomiske gevinster, fremstår styringskommunikationen som noget der udspringer fra en sundhedsfaglig logik. Dermed opstår anknytningsmuligheden, fordi effektivitet bliver opfattet som noget der medfører bedre sundhedsfaglig kvalitet, hvorfor sygeplejerskerne og lægerne, forstået som sundhedsfaglige sociale systemer, kan knytte an til den økonomiske styring og styringskommunikation i SP. I et governmentality-perspektiv, kan man sige, at den strukturelle kobling er et forsøg på at knytte an til sygeplejerskernes og lægernes sundhedsfaglige selvstyring, for dermed at påvirke dem til at indoptage en økonomisk rationel adfærd i en sundhedsfaglig kontekst.

Den strukturelle kobling er tegn på at det økonomiske system opbygger et billede af det sundhedsfaglige system, og dermed iagttager som det sundhedsfaglige system inden for en økonomisk logik, hvorved den er i stand til at omforme de sundhedsfaglige iagttagelser. Jeg vil følgende argumentere for, at det er via denne strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system at dialysesygeplejerskerne og lægerne fordres til at knytte an til SP og dets styring. Jeg vil derfor fremanalysere, hvordan dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen baseret på deres iagttagelser af SP, som blev analyseret i forgående afsnit.

Denne anknytning ses i dialysesygeplejerskernes og lægernes iagttagelser af SP's mere effektive standardiserede kliniske arbejdsprocesser. Det skyldes at de iagttager SP som et system, der er mere effektivt end de gamle EPJ-systemer, i den forstand at det er blevet nemmere at få kontakt til andre læger og det er blevet mere effektivt, fordi den sundhedsfaglige information omkring patienterne er samlet i ét system, der har gjort det mere overskueligt at navigere i de patientrelaterede data. Både dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter altså an til den del af styringen, der omhandler redueringen af kompleksiteten i den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde. Deres første ordens iagttagelser, knytter derfor an til styringskommunikationen, hvori den strukturelle kobling forbinder den økonomiske kommunikation med en sundhedsfaglig kommunikation i forhold til konstruktionen af SP som et system, der højner kvaliteten i de sundhedsfaglige kliniske arbejdsprocesser.

Dog opleves styringsparadokset mellem standardisering og fleksibilitet som en udfordring, hvilket dialysesygeplejerske 2 beskriver:

”Hvis en patient skal have taget en EKG, så er det fordi de har problemer med hjertet, hvorfor det haster en lille smule, og EKG-damen hun vil ikke tage en EKG, før vi har denne her PTB-seddel til hende. Og så står man der og bliver meget frustreret, og så lige pludselig skal man trykke på et eller andet. Det er fuldstændig skørt!” (Dialysesygeplejerske 2 2021: 13).

Dialysesygeplejersken iagttager SP's styring mod reducere af kompleksitet i forhold til den standardiserede arbejdsproces, som noget der medfører mere kompleksitet i den forstand at vedkommende fastlåses i arbejdsprocesserne i systemet, og hvis en af arbejdsprocesserne ikke fungerer optimalt, så er det svært at gennemføre resten af arbejdsopgaverne. Det betyder, at dialysesygeplejersken har svært ved at knytte an til styringskommunikationens konstruktion af SP som et fleksibelt system, fordi sygeplejersken har svært ved at afvige fra de standardiserede arbejdsprocesser, når der opstår teknologiske problemer i SP. Jeg vil dog alligevel argumentere for, at dialysesygeplejerskerne og lægerne overordnet knytter an til standardiseringen, fordi den har forbedret den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde i forhold til centraliseringen af den patientrelaterede data, men standardisering iagttages også som noget der medfører kompleksitet, fordi deres mulighed for at arbejde fleksibelt, hvilket vil sige afvige fra SP's standardiserede arbejdsprocesser, er begrænset ved brugen af systemet.

I denne sammenhæng kan man sige, at dialysesygeplejerskerne og lægerne til en vis grad knytter an til den økonomiske sundhedsfaglige kliniske subjektposition. Dette ses blandt andet i interviewet med læge 2:

”Der er selvfølgelig også noget godt ved det, og det er jo at hele regionen har én fælles journal. Det er virkelig en fordel: Jeg kan sidde i Hillerød og se, hvad der er sket i Herlev og på Rigshospitalet. Specielt fordi funktionerne inden for sygehusvæsenet, altså urologi, som er kirurgiske urinvejssygdomme, hvilket vi ikke har i Hillerød, det er i Herlev. Der er det jo genialt, at vi ikke skal medbringe papirer frem og tilbage til hinanden.” (Læge 2 2021: 3).

Lægen iagttager SP, som noget der understøtter vedkommendes sundhedsfaglige viden godt og knytter dermed an til den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition, hvor fokuset er på at effektivisere de sundhedsfaglige arbejdsprocesser via bedre administrative arbejdsgange, hvor lægernes selvstyring indebærer et fokus på at udføre disse arbejdsprocesser i systemet.

På baggrund af forgående iagttagelses analyse, vil jeg dog samtidig argumentere for, at dialysesygeplejerskerne og lægerne ikke knytter an til den del af styringen, der omhandler et fokus på det samme administrative arbejde i SP. Hos begge faggrupper iagttages styringen mod det patientadministrative arbejde i SP primært som værende årsagen til at de ikke har den fornødne tid til at yde omsorg over for patienterne, eller tage sig god tid til at lytte til dem og deres forskellige problemer. Dette udfoldes i interviewet med læge 3, hvor vedkommende uddyber:

”Læger har i mange år skrevet notater og journaler som er kortere eller længere varende, og det kan være rigtig drænende at skrive. (...) [D]et er drænende fordi, lige så meget information, der kan puttes ind i SP og man kan få ud af det, hvilket er godt, kræver det at nogle bruger tid på det. Og det kræver, at man bruger det på den rigtige måde, og på den ’rigtige’ måde, så mener jeg at SP har de loggede data. Man skal give sig tid til at skrive det ind, for det skal skrives ind på kun den måde, som SP vil have det.” (Læge 3 2021: 4-5).

Lægen iagttager den administrative adfærd som ”drænende”, hvorfor jeg vil argumentere for at vedkommende ikke knytter an til den administrative subjektposition, hvilket vil sige at lægen formentlig ikke indoptager den administrative subjektposition som SP forudsætter via styringen i de standardiserede administrative arbejdsprocesser. Det samme gør sig gældende hos dialysesygeplejerskerne, hvor den generelle tendens i deres iagttagelser af SP i citaterne i iagttagelsesanalysen, er at de bruger for meget tid på det administrative arbejde og de administrative arbejdsprocesser i SP, hvilket underminerer deres mulighed for at yde omsorg, jf. Dialysesygeplejerske 2 s. 62-63. Dette illustrerer at hverken dialysesygeplejerskerne eller lægerne knytter an til den administrative kliniske subjektposition eller styringskommunikationens konstruktion af SP som et effektivt administrativt system, samt den dertilhørende administrative adfærd. Denne administrative kompleksitet synes at være en ny form for kompleksitet, som både sygeplejerskerne og lægerne i stigende grad skal forholde sig til ved brug af SP.

I samspillet med SP og sygeplejerollen og lægerollen, synes rollerne at indebærer et øgede fokus på at udvise en langt mere administrativ adfærd, der er skabt af forventningen til SP, forstået som en

mere effektiv økonomisk velfærdsteknologi. Den strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system, viser at rollen som sygeplejerske eller rollen som læge indebærer et fokus på især den sundhedsfaglige og administrative del af behandlingen af patienterne, fordi en effektivisering af disse to aspekter, kan understøtte ambitionen om et mere økonomisk effektivt sundhedsvæsen.

5.4 Delkonklusion

På baggrund af foregående analyse kan det foreløbigt konkluderes, at det er via den strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system, at dialysesygeplejerskerne og lægerne fordres til at knytte an til SP. De knytter an i den forstand at de til en vis grad iagttager SP som værende mere effektivt i forhold til den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde. Derfor indoptager begge faggrupper også, til en vis grad, den sundhedsfaglige subjektposition, hvor de udviser en mere effektiv sundhedsfaglig adfærd. På den anden side knytter dialysesygeplejerskerne og lægerne ikke an til den administrative del af styringen, fordi de iagttager SP, som et element der indebærer et øget fokus på de administrative arbejdsprocesser, hvilket fjerner dialysesygeplejerskernes og lægernes fokus fra patienterne. Den strukturelle kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system kan hertil ses som et politisk strategisk valg, om at anvende SP som en velfærdsteknologi, der kan omforme adfærden og rollen som sygeplejerske eller læge gennem deres anknytning til systemet og dets økonomiske styring.

6. Konklusion

Specialet har analyseret, hvordan SP styrer det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger, hvor styring både er blevet analyseret som styringskommunikationens reducere af kompleksitet via styringsforskelle, samt som selvstyring, der forudsætter distinkte subjektpositioner, som sygeplejerskerne og lægerne kan knytte an til. Derudover har specialet fremlagt konsekvenserne ved denne styring i forhold til sygeplejerskernes og lægernes kliniske roller. Analysen har derfor forsøgt at besvare følgende problemformulering:

Hvordan styrer Sundhedsplatformen klinisk arbejde blandt sygeplejersker og læger, og hvilke konsekvenser har denne styring gennem Sundhedsplatformen for sygeplejerskers og lægers kliniske roller?

Besvarelsen af problemformuleringen har produceret ny viden, omkring hvordan SP styrer det kliniske arbejde blandt sygeplejersker og læger, samt hvilke konsekvenser denne styring har for sygeplejerskernes og lægernes kliniske roller. Styringsteknologianalysen har vist at styringen baserer sig på styringskommunikationen, hvori styringsforskellene: 1) *digitaliseret klinisk arbejde/manuelt klinisk arbejde*, 2) *standardisering/fleksibilitet* 3) *tidsforbrug på patienten/tidsforbrug på patientadministration* søger at reducere kompleksiteten i det kliniske arbejde ved at minimere afstanden mellem forskellenes asymmetriske sider. Styringen i styringskommunikationen stræber efter at digitalisere det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne, samt gøre det mindre administrativt, for dermed at øge effektiviteten blandt de to faggrupper. Styringskommunikationen opstiller hertil paradoksale forventninger til sygeplejerskernes og lægernes arbejde, hvor denne paradoksalt udgøres af forventninger til en lav grad af administrative arbejdsprocesser og samtidig et øgede fokus på netop de administrative arbejdsprocesser i systemet. Den paradoksale styringskommunikation udgøres dertil af en kommunikationsform, der konstruerer SP som et standardiseret fleksibelt system, hvor fleksibilitet har en særlig standardiseret form.

Rationalitetsanalysen viser hertil at styringskommunikationen og styringsforskellene, har en særlig økonomisk form, fordi de gennemstrømmes af et økonomisk rationale, der gør at styringskommunikationen fokuserer på at effektivisere det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne, for at producere økonomiske gevinster. Styringen forudsætter hertil den økonomiske sundhedsfaglige subjektposition og den administrative kliniske subjektposition, hvor den økonomisk

sundhedsfaglige subjektposition styrer på sygeplejerskernes og lægernes selvstyring i relation til deres sundhedsfaglige viden. Dermed indskræpes sygeplejerskernes og lægernes fokus på den sundhedsfaglige del af det kliniske arbejde, for dermed at kunne øge effektiviteten i forhold til behandlingerne af patienternes sygdomme, hvilket iagttages som en økonomisk gevinst. Den administrative subjektposition styrer på sygeplejerskernes og lægernes administrative selvstyring, og forsøger at konstruere en administrativ klinisk adfærd, der understøtter de sundhedsfaglige arbejdsprocesser. Analysen viser derfor at konsekvensen ved SP's styring medfører at rollen som sygeplejerske eller læge indebærer et fokuseret blik på patienternes sygdomme, samt et større fokus på den administrative del af det kliniske arbejde. Rationalitetsanalysen viser følgelig at konsekvensen blandt de adspurgte dialysesygeplejersker og læger, er at de iagttager deres mulighed for at yde omsorg og bruge tid sammen med patienterne nedprioriteres, fordi de fordres til at bruge tid på den sundhedsfaglige relation til patienterne samt de administrative arbejdsprocesser i SP.

Til slut iagttog jeg, hvordan de adspurgte dialysesygeplejersker og læger knytter an til styringen. Jeg argumenterede, ud fra Luhmanns systemteori, at der etableres en strukturel kobling mellem det økonomiske system og det sundhedsfaglige system, for dermed at knytte an til sygeplejerskernes og lægernes selvstyring inden for en sundhedsfaglig kontekst. Dialysesygeplejerskerne og lægerne knytter an til styringen, der omhandler effektivisering af de sundhedsfaglige arbejdsprocesser, idet de iagttager SP som et system, der via dets centralisering af den patientrelaterede data, understøtter deres sundhedsfaglige arbejde med patienterne. Omvendt knytter dialysesygeplejerskerne og lægerne i mindre grad an til den administrative styring, der fordrer en mere administrativ adfærd. Respondenterne iagttog dertil den administrative adfærd og de administrative arbejdsprocesser i systemet, som forstyrrende i forhold til udførelsen af deres sundhedsfaglige og omsorgsmæssige arbejdsopgaver. Specialet har derfor vist, at i lyset af den stigende økonomisering af sundhedsvæsenet og implementeringen af velfærdsteknologier, der er behæftet med økonomiske forventninger, konstrueres nye kliniske roller blandt sygeplejerskerne og lægerne, fordi deres adfærd påvirkes via de økonomiske forventningerne til SP's styring, samt dets teknologiske opsætning. Specialet har derfor vist, at SP reducerer kompleksitet i dele af det administrative og sundhedsfaglige arbejde, men inden for samme områder medfører den kompleksitet, fordi den indvirker i det sociale ved at konstruere nye typer af kliniske roller blandt sygeplejerskerne og lægerne, hvor deres fokus forskydes mod nye former for problematikker.

7. Perspektivering og analytisk refleksion

Konklusionerne i specialet, har vist at forventningerne til SP og til implementeringen af teknologien i høj grad er baseret på et økonomisk rationale, der skaber behovet for et effektivt og målbart sundhedsvæsen, hvor styring og implementering af velfærdsteknologier, sker ud fra en stigende økonomisk problematisering. Jeg har derfor et nutidigt blik på styring af sygeplejerskernes og lægernes kliniske arbejde. Det kunne i denne sammenhæng være interessant at foretage en såkaldt *genealogisk* analyse af den økonomiske diskurs problematisering af det offentlige sundhedsvæsen, hvor fokuset er at optræfle de diskursive kampe, der har ledt til det økonomiske rationales stigende aktualitet inden for det sundhedsfaglige område (Andersen 1999: 58). Den genealogiske analyse ville kunne belyse, hvordan det økonomiske effektivitetsbegreb er blevet til i en sundhedsfaglige kontekst, fordi man via et diakront blik på økonomiens historiske problematisering af sundhedssystemet, ville få et indblik i de interne diskursive kampe, der har ledt til det økonomiske effektivitetsbegrebs berettigelse i sundhedsvæsenet. Det metodiske greb ville således være at holde sig åben over for andre diskursive problematiseringer af sundhedsvæsenet, hvor spørgsmålet ville være, hvordan styring i sundhedsvæsenet historisk er blevet konstrueret og berettiget via de diskursive kampe (Andersen 1999: 58).

Et andet teoretisk perspektiv kunne være en uddifferentieringsanalyse (Andersen 1999: 162), hvor man ville analysere forskellige systemers tilstedeværelse i styringen af det kliniske arbejde blandt sygeplejerskerne og lægerne. Dette ville nuancere specialets analyse, fordi jeg hidtil kun har iagttaget det økonomiske rationales tilstedeværelse i styringskommunikationen. Jeg har argumenteret for at der muligvis er andre rationaler til stede i kommunikationen omkring SP og dets styren. Gennem en luhmanniansk uddifferentieringsanalyse, kunne man se på, hvilke andre logikker og systemer, der er til stede i den kommunikative konstruktion af behovet for styring via velfærdsteknologier i sundhedsvæsenet. En sådan analyse ville derfor have et mere *polyfont* blik på, hvordan sundhedsvæsenet kommunikativt konstruerer behovet for optimering og effektivisering af sundhedsvæsenet, og analysen ville sandsynligvis finde multiple logikker i dette *effektiviserende styringsbehov*. Man kunne hertil belyse, hvordan logikken i det juridiske system konstruerer behovet for SP, der skal minimere forskellen mellem *dokumentation/ikke-dokumentation*. Styringen via SP ville i så fald fremtræde via en juridisk styringskommunikation, og behovet for SP og dets styring ville derfor ikke kun være økonomisk, men også juridisk. Effektiviseringsbehovet ville sandsynligvis

hænge sammen med behovet for juridisk dokumentation af den kliniske behandling af patienterne, samt juridisk dokumentation af sygeplejerskernes og lægernes arbejde.

8. Litteraturliste

- **Andersen, N. Å. (1999).** *Diskursive analysestrategier*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- **Andersen, N. Å. (2003).** Organisation i anden ordens perspektiv - systemteoriens analytiske maskine. I M. Knudsen, & H. Højlund, *Organiseret kommunikation - systemteoretiske analyser* (s. 310-322). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- **Andersen, N. Å., & Pors, J. G. (2018).** *Niklas Luhmann*. København: Djøf Forlag.
- **Andersen, N. Å., & Thygesen, N. T. (2004).** Styringsteknologier i den selvudsatte organisation. *GRUS*, s. 8-29.
- **Clarke, J., & Janet, N. (1997).** *The Managerial State*. London: Sage Publications.
- **Dean, M. (2007).** *Governmentality - Magt & styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.
- **Foucault, M. (1979).** Right of Death and Power over Life. I M. Foucault, *History of Sexuality* (s. 135-159). London: Allen Lane.
- **Foucault, M. (2008).** *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. London Palgrave, s. 239-265.
- **Foucault, M. (1982).** The Subject and Power. *Chicago Journals*, s. 777-795.
- **Harrits, G. S., Pedersen, C. S., & Halkier, B. (2012).** Indsamling af interviewdata. I L. B. Andersen, K. M. Hansen, & R. Klemmensen, *Metoder i statskundskab* (s. 144-172). København: Hans Reitzels Forlag.
- **Husted, E., & Pors, J. G. (2021).** *Eklektiske analysestrategier*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- **Jakobsen, M. L. (2012).** Kvalitativ analyse: kodning. I L. B. Andersen, K. M. Hansen, & R. Klemmensen, *Metoder i statskundskab*. København: Hans Reitzels Forlag.
- **La Cour, A., Knudsen, M., & Thyge, N. (2005).** Det systemteoretiske interview - Interviewet som meningsdannelse. *Copenhagen Business School - Department of Management, Politics and Philosophy*, s. 1-17.
- **La Cour, A., Waldorff, S. B., & Højlund, H. (2017).** *Når teknologier holder mere, end de lover*. (Højlund, & Holger, Red.) København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- **Luhmann, N. (1997).** Limits of Steering. *Theory, Culture & Society*, s. 41-57.

- **Røhl, U. B., & Agger, N. J. (2019).** Sundhedsplatformen i modvind: En analyse af aktørernes teknologiforståelser i danske medier. *Samfundslederskab i Skandinavien*, 34, s. 178-206.
- **Rose, N., & Miller, P. (1992).** Political power beyond the State: problematics of government. *Wiley and The London School of Economics and Political Science*, s. 173-205.
- **Simonsen, J., Hertzum, M., & Scheuer, J. D. (2018).** Quality Development in Health Care: Participation vs. Accreditation. *Nordic journal of working life studies*, s. 49-69.
- **Teubner, G., & Hutter, M. (2003).** Homo oeconomicus og homo juridicus - kommunikative fiktioner? I H. Højlund, & M. Knudsen, *Organiseret kommunikation - systemteoretiske analyser* (s. 248-265). Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- **Timmerman, C., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2017).** Ethics in the communicative encounter: seriously ill patients' experiences of health professionals' nonverbal communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, s. 63-71.
- **Vikkelsø, S. (2010).** De elektroniske patienter - et kollektivt eksperiment med autonomi og automatik i sundhedsvæsenet. I P. Kjær, & A. Reff (Red.), *Ledelse gennem patienten - nye styringsformer i sundhedsvæsenet* (s. 131-152). Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.
- **Villadsen, K. (2007).** Magt og selv-teknologi - Foucaults aktualitet for velfærdsforskning. *Tidsskrift velfærdsforskning*, s. 156-167.
- **Villadsen, K. (2015).** Governmentality - Foucault's concept for our modern political reasoning. I K. N. Gulson, M. Clarke, & E. B. Petersen, *Education policy and contemporary theory - implications for research* (s. 1-13). New York: Routledge.
- **Ørum, D., & Due, H. A. (2016).** Klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. *Uddannelsesnyt*, 27, s. 1-4.

8.1 Hjemmesider

- **Dansk Sygeplejeråd. u. å. Dansk Sygeplejeråd.** Hentet fra Etik i praksis: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2010-10/etik-i-praksis>
- **Konkurrence og Forbrugerstyrelsen. (2012).** Udbud. Hentet fra: <https://www.udbud.dk/Pages/Tenders/ShowTender?tenderid=4585#>
- **Lægeforeningen. u. å. Lægeforeningen.** Hentet fra Lægeløftet: <https://www.laeger.dk/laegeloftet>

- **Region Hovedstaden 1 u. å.** *Region Hovedstaden*. Hentet fra Sundhedsplatformen - Sundhedsplatformen er patientjournalen i Region Hovedstaden og Region Sjælland.: <https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/sundhedsplatformen/Sider/Sundhedsplatformen.aspx>
- **Region Hovedstaden 2 u. å.** *Region Hovedstaden*. Hentet fra Min Sundhedsplatform - følg med i din behandling: <https://www.regionh.dk/selvbetjening/Sider/min-sundhedsplatform.aspx>

8.2 Rapporter

- **Status på de fire politiske målsætninger for Sundhedsplatformen og digitalisering i Region Hovedstaden**, 21027037 (2021).
- **Skilbreid, M. B., & Stentoft, T. (2015).** *Region Hovedstadens business case ved Sundhedsplatformen*. København: Region Hovedstaden.

8.3 Interviews

- Dialysesygeplejerske 1 2021
- Dialysesygeplejerske 2 2021
- Dialysesygeplejerske 3 2021
- Læge 1 2021
- Læge 2 2021
- Læge 3 2021