



Samordning af patientforløb

- samordningsammenhænge på tværs

Et speciale ved IT-Universitetet i København

Af

Louise Færgemann
Teresa Schilder-Knudsen

Vejleder: Peter Carstensen

November 2004

ABSTRACT

The objective of this thesis is to explore the articulation work that arises within cooperative work surrounding patient trajectories. On the basis of an empirical study we identify the conditions of the articulation work and its fundamental characteristics. By applying a CSCW approach it is revealed in the analysis that fundamental concepts within the CSCW terminology (the conceptual framework of Schmidt et al.) are not able to meet and accommodate the complexity of this specific articulation work. Along with the analysis we therefore suggest a refinement of the conceptual framework of Schmidt et al.

The theoretical refinement of this framework is based on an empirical study of the articulation work related to the period of gestation. This has been examined primarily on the obstetrical department at Rigshospitalet, the State University Hospital in Copenhagen. The theoretical contribution includes: (1) A distinction between *local* and *global cooperative work arrangements* in relation to a common field of work. The former is, moreover, reserved for dimensions with relatively definite limits. (2) The term *articulation association* is introduced to accommodate the dynamics in the articulation work. (3) The concept *generalized dependence* is introduced as a refinement of the present concept mutual interdependence. By subsequently applying the refined conceptual framework to the empirical field study it is identified that coherence in patient trajectories appears on a micro-level, on a macro-level as well as on a prospective level. The refined conceptual framework thus contributes to a better understanding of the coherence as it appears in patient trajectories. Finally, the thesis briefly presents challenges for analysis and design of computer systems within the perspective of the refined theoretical framework.

FORORD

Nærværende speciale er forfattet på kandidatlinien Design, Kommunikation og Medier (DKM) på IT-Universitetet i København. Specialet bygger på en faglig specialisering inden for kommunikation og it i organisationer, der er funderet i kurser som bl.a.

Interaktionsdesign, It-støttet samarbejde og Forundersøgelser. Disse bygger oven på bacheloruddannelser inden for Kommunikation og Medievidenskab, der har givet en faglig ballast inden for sociologiske og etnografiske metodefag. Således placerer specialet sig i et tværfagligt felt mellem it, sociologi, kommunikation, interaktionsdesign og organisationsstudier.

Vi vil gerne i dette forord rette en tak til de mange personer, der har muliggjort og bidraget til dette speciale. Dels ønsker vi at takke de mange interviewpersoner, der har beriget os med indsigt i specialets undersøgelsesfelt, herunder gravide, praktiserende læger samt jordemødre, læger, sekretærer og sygeplejersker på Rigshospitalet. Vi ønsker især at rette en tak til Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet og personalet på Fødegangen, der med stor åbenhed lod os få indblik i deres daglige sundhedsfaglige arbejde. Derudover ønsker vi at takke vores vejleder Peter Carstensen for engageret faglig sparring, Kjeld Schmidt for kommentarer til vores faglige diskussion og konklusioner tidligt i skriveprocessen. Herudover skal der rettes en tak til Dixi Louise Strand og Jesper Blak Møller for kommentarer til udkast og struktur og Kasper Færgemann for korrekturlæsning.

Specialet er udarbejdet i perioden 1. maj til 1. november 2004 og har et omfang på 105 normalsider.

Louise Færgemann og Teresa Schilder-Knudsen
IT-Universitetet i København
November 2004

INDHOLDSFORTEGNELSE

1	INDLEDNING	5
1.1	Specialets relevans	5
1.2	Problemstilling og problemformulering	7
1.3	Metodisk og teoretisk tilgang	8
1.4	Afgrænsning	9
1.5	Specialets bidrag	10
1.6	Specialets målgruppe – en kort læsevejledning	11
1.7	Specialets opbygning	11
2	METODE	12
2.1	Specialets dialektiske proces	12
2.2	Det etnografiske studie	14
2.3	Undersøgelsesdesignet	15
2.4	Refleksion over den valgte tilgang	16
2.4.1	Et horisontalt eller vertikalt studie?	16
2.4.2	Diskussion af interview og observation som metode	17
2.4.3	Andre tilgange	19
2.5	Validitet, reliabilitet og relevans	19
2.6	Databehandling og formidling	20
3	TEORETISK BEGREBSRAMME	25
3.1	Teoretisk positionering	25
3.2	Arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement	27
3.3	Arbejdsfeltets kompleksitet	29
3.4	Kooperativt arbejde og samordningsarbejde	30
3.5	Formaliseret koordination: procedurer, konventioner og artefakter	31
4	CASE INTRODUKTION OG SCENARIO	33
4.1	Centrale aktører i svangerforløbet	33
4.1.1	Den praktiserende læge	34
4.1.2	Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet	34
4.1.3	Svangreambulatoriet	35
4.1.4	Fødegangen	35
4.1.5	Ultralydsklinikken	36
4.1.6	Centeret for gravide med hjertesygdomme	36
4.2	Centrale artefakter	37
4.3	Koordination mellem primær og sekundær sektor	37
4.4	Koordination mellem afdelinger på Rigshospitalet	39
4.5	Koordination internt på obstetrisk klinik	40
4.6	Andre koordinative aktiviteter	42

4.7	Scenarie	44
5	<u>ANALYSE</u>	50
5.1	Arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement	50
5.1.1	Arbejdsfeltet	50
5.1.2	Det kooperative arbejdsarrangement	51
5.2	Samordning på tværs	54
5.2.1	Planlægning	55
5.2.2	Prioritering	59
5.2.3	Arbejdsdeling	64
5.2.4	Ansvarsdeling	69
5.2.5	Orientering	73
5.2.6	Integration af perspektiver	79
5.3	Delkonklusion på analysen	82
6	<u>DISKUSSION OG BEGREBSNUANCERING</u>	85
6.1	Lokalt og globalt kooperativt arbejdsarrangement	86
6.2	Samordningssammenhænge	90
6.3	Generaliseret afhængighed	94
6.4	Opsummering på begrebsnuanceringen	96
6.5	Analyse af sammenhæng i patientforløb	97
6.6	Nye implikationer og principper for analyse og design	100
7	<u>KONKLUSION</u>	103
7.1	Konklusion	103
7.2	Perspektivering: det videre arbejde med specialet	106
8	<u>LITTERATURLISTE</u>	108

1 INDLEDNING

Nærværende speciale handler om samordning af patientforløb og bygger på en empirisk undersøgelse af samordningsarbejdet omkring svangerforløb med Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet i København som case.

Specialet har et todelt afsæt: Et teoretisk afsæt, der hviler på en faglig interesse inden for *Computer Supported Cooperative Work*¹ (CSCW), og et praktisk afsæt, der tager udgangspunkt i en interesse for udviklingen inden for it i sundhedssektoren, som er et højst aktuelt emne i disse år². Specialets todelte afsæt afspejler et ønske om at skabe en progressiv dialektik mellem teori og praksis dvs. ved at belyse praksis med teori og omvendt at belyse teori med praksis. På baggrund af iagttagelser fra praksis er det specialets ambition at nuancere centrale begreber inden for CSCW og samtidig berige den aktuelle debat med et teoretisk blik. Dette udgør specialet bidrag, der dermed placerer sig i spændingsfeltet mellem teori og praksis.

1.1 SPECIALETS RELEVANS

Specialets afsæt i praksis

Inden for de sidste år er digitalisering af den offentlige sektor kommet i fokus i ”Det Digitale Danmark”³, og en af de sektorer, der i øjeblikket underkastes digitalisering, er sundhedssektoren. Denne sektor har i mange år været underlagt heftig debat med effektivitet og kvalitet som centrale begreber. Den nationale it-strategi for sundhedssektoren 2003-2007 vidner om ”en række visioner og konkrete initiativer, som alle skal bidrage til, at vi, i de kommende år, for alvor høster de store gevinster, der er ved at anvende den moderne informationsteknologi i det danske sundhedsvæsen.” (p. 2).

It-strategien er et forsøg på at imødekomme nogle af de mange problemer, som sundhedssektoren står over for. Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse fra 2002 konkluderer, at sundhedsvæsenet generelt får en høj score i patienttilfredshed, men at områder som behandlingsforløb, kontinuitet og samarbejde mellem sektorerne resulterer i de mest kritiske vurderinger af ”væsenets performance”.⁴ Dette medfører diagnosen ”kronisk koordinationsbesvær”, hvilket har ført til, at ”sammenhængende patientforløb” og

¹ På dansk oversat til *It-støttet samarbejde*

² Jf. for eksempel den aktuelle it-strategi ”National IT-strategi for Sundhedsvæsenet 2003-2007”, de mange artikler f. eks. på Dansk IT og Amtsrådsforeningens hjemmesider og i Computerworld, debatten om EPJ samt ikke mindst forskningsprojektet HIT (Healthcare IT).

³ Jf. rapporten Det Digitale Danmark: <http://www.detdigitaledanmark.dk/htmlversion/forord.html>

⁴ Se for eksempel Sammenhæng i Søgelyset – fremtidens sundhedsvæsen til debat, Sundhedsfagligt Forum, 2004, pp. 6 samt Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse, 2002, pp. 7 samt 27-31.

”kontinuitet” er kommet i søgelyset. Af debatoplæg fra Sundhedsfagligt Forum⁵ fremgår det, at sammenhængen i sundhedssamfundet er en af de ”vigtigste politiske dagsordener” i øjeblikket, og i den nationale it-strategi for sundhedsvæsenet lyder det, at ”IT skal bidrage til at sikre, at den enkelte borger/patient, oplever ét kontinuert forløb, selvom de er i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet” (p. 7). Flere forskellige publikationer har således sat fokus på sammenhængende patientforløb, der indebærer samarbejde og koordination på tværs af afdelinger og sektorer.⁶

Debatten rejser en række spørgsmål, som f.eks. hvilke barrierer der er for at skabe mere sammenhængende patientforløb, og hvordan disse vil kunne imødekommes. Hvordan undgår man at tabe patienter på grund af manglende sammenhæng i behandlesystemet? Hvordan forbedres koordination og kommunikation mellem afdelinger og sektorer? Dette aktuelle fokus på sammenhæng og kontinuitet i patientforløb udgør den praktiske relevans og motivation for specialet.

Specialets afsæt i teori

Den aktuelle problematik omkring sammenhæng i patientforløb vil blive belyst i en CSCW-teoretisk ramme. Vi mener, at det er oplagt at tage udgangspunkt i CSCW, der er en interdisciplinær forskning, hvis centrale fokus for udviklingen af it-systemer er, hvordan kooperative aktører koordinerer og integrerer, med andre ord *samordner*, deres individuelle aktiviteter (Schmidt & Bannon, 1992). Definitionen er blandt andet fremsat af Kjeld Schmidt, der har spillet en central rolle for etableringen af CSCW som forskningsfelt. Han understreger, at det er nødvendigt at videreudvikle forståelsen af kooperativt arbejde og dets samordning, med henblik på at udvikle it-systemer, der tilbyder passende og effektiv understøttelse af kooperativt arbejde i fleksible arbejdsorganisationer (Schmidt, 1994).

Parallelt med den teknologiske udvikling bliver arbejdsorganisationer og arbejdsarrangementer stadig mere komplekse, og CSCW opstod netop på baggrund af behovet for bedre at forstå og understøtte disse arbejdsarrangementer (Carstensen og Schmidt, 1999).

Det er således vores overbevisning, at Sundhedssektoren og patientforløb med fordel kan undersøges med et CSCW-blik, hvilket bekræftes af de mange studier af sundhedsfaglige

⁵ Sammenhæng i Søgelyset – Fremtidens sundhedsvæsen til debat, Sundhedsfagligt forum, 2004, p. 12. Sundhedsfagligt forum er et årligt tilbagevendende møde, hvor nøglespillere i sundhedsvæsenet mødes og debatterer.

⁶ Der eksisterer ikke nogen officiel definition, men af PatientLægeForum fremgår det, at *sammenhængende patientforløb* handler om at bygge bro mellem afdelinger og sektorer gennem samarbejde og koordination, så patienterne ikke tabes pga. manglende sammenhæng i behandlesystemet. (<http://www.laeforeningen.dk>)

settings⁷, der er foretaget inden for feltet⁸. Denne overbevisning samt vores generelle faglige interesse for feltet udgør specialets teoretiske afsæt.

1.2 PROBLEMSTILLING OG PROBLEMFORMULERING

Specialets overordnede problemstilling tager udgangspunkt i et ønske om at forstå, hvad der kendetegner samarbejdet omkring patientforløb, eller sagt med andre ord, hvorledes sundhedsfaglige aktører *samordner* deres arbejde omkring patientforløb.

Til dette formål har vi fundet det relevant at anvende en begrebsramme hentet fra CSCW teorien. Vi gør specifikt brug af centrale begreber inden for Schmidts begrebsramme (Schmidt, 1994), der repræsenterer én tilgang til feltet og bygger videre på en række klassiske CSCW studier (Strauss, 1985; Woods, 1988; Gerson og Star, 1986; Star, 1989). Begrebsrammen, der herefter blot refereres til som Schmidts begrebsramme⁹ er fundet relevant, fordi den netop er udviklet med henblik på analyse af kooperative arbejdsarrangementer og deres samordningsarbejde i relation til et givent arbejdsfelt.

Spørgsmålet er imidlertid hvorvidt Schmidts begrebsramme er i stand til at imødekomme en analyse af samordningsarbejde omkring patientforløb.

Dette leder frem til følgende problemformulering:

Hvad karakteriserer samordningsarbejdet omkring patientforløb (eksemplificeret ved svangerforløb), herunder hvilke vilkår er det underlagt, og hvordan kan centrale begreber inden for CSCW nuanceres, så de i højere grad imødekommer disse karakteristika?

Undersøgelsen falder således i tre dele:

- 1) En undersøgelse af de vilkår, som samordningsarbejdet er underlagt: Hvilke vilkår for samordningsarbejdet kan udledes på baggrund af analysen af patientforløb som arbejdsfelt og det kooperative arbejdsarrangement involveret heri?
- 2) En analyse af selve samordningsarbejdet omkring patientforløb: Hvilke aktiviteter kan karakteriseres som centrale, og hvordan kan samordningsarbejdet overordnet karakteriseres?

⁷ Vi anvender ordet *setting* som betegnelse for de rammer og omgivelser indenfor hvilke arbejdet finder sted. Den engelske betegnelse anvendes, da vi ikke har kunnet finde nogen adækvat dansk oversættelse.

⁸ For eksempel Dourish og Reddy, 2002, Dourish, Reddy og Pratt, 2001, Berg, (1999), Monteiro og Ellingsen (2003), Bossen (2002), og Bardram (1998). Dette uddybes nærmere senere i specialet.

⁹ Vi foretrækker at anvende *Schmidts begrebsramme* frem for *Schmidt et al*, men understreger at begrebsrammen indbefatter de teoretikere Schmidt bygger på.

- 3) En teoretisk nuancering af begrebsapparatet: Hvordan kan den eksisterende begrebsramme nuanceres, så den i højere grad imødekommer de identificerede vilkår og karakteristika for samordningsarbejdet, og hvilke nye overordnede principper for analyse og design kan udledes af denne nuancering?

Undersøgelsen sker med udgangspunkt i en analyse, der behandler samordningsarbejdet omkring patientforløbet, hvilket omfatter seks aktiviteter: *Planlægning, prioritering, arbejds- og ansvarsdeling, orientering og integration af perspektiver*.

Specialet bidrager således for det første med en analyse af samordningsarbejdet omkring svangerforløb og for det andet med en nuancering af centrale aspekter af Schmidts begrebsramme. En sådan nuancering er ikke mindst relevant set i lyset af den aktuelle, stigende forskningsmæssige interesse for it i Sundhedssektoren¹⁰.

Efter en besvarelse af problemformuleringen vender vi tilbage til specialets praktiske afsæt og fremlægger et bud på, hvordan den teoretiske nuancering kan bidrage til den aktuelle debat om sammenhæng i patientforløb.

1.3 METODISK OG TEORETISK TILGANG

Problemformuleringen besvares dels gennem teoretiske diskussioner af begreber inden for CSCW, dels gennem et feltstudie af en social praksis, det kooperative arbejdsarrangement omkring svangerforløb.

Feltstudiet bygger på en kvalitativ tilgang baseret på observationer og interviews. Vi har foretaget i alt 16 interviews med gravide, praktiserende læger samt sundhedsfagligt personale (læger, jordemødre, sygeplejersker og sekretærer) inden for sekundær sektoren¹¹. Vores empiriske case centrerer sig omkring aktørerne tilknyttet Fødegangen under Obstetriske Klinik på Rigshospitalet, hvor vi ud over interviews også har foretaget flere observationer.

Da specialet tager sit teoretiske afsæt i Schmidts begrebsramme, omfatter det altså også indirekte de studier, Schmidt baserer sin begrebsramme på, som f.eks. Woods (1988), Gerson og Star (1986) og Star (1989). Eksisterende CSCW studier af sundhedsfaglige arbejdspraksisser (Dourish og Reddy; 2002 og Strauss, 1985) anvendes underbyggende i analysen.

¹⁰ Som eksempel kan nævnes forskningsprojektet HIT (Healthcare & IT) i et samarbejde mellem IT-Universitetet, Danmarks Tekniske Universitet og Roskilde Universitet, Center for Pervasive Healthcare i Århus, og i en mere generel sammenhæng FLOS (Forskningscenter for ledelse og Organisation i Sundhedssektoren), der også i forskningsregi har beskæftiget sig med Elektroniske Patientjournaler.

¹¹ *Sekundær sektor* refererer til sygehuse/hospitaler mens *Primær sektor* refererer til praktiserende læger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, psykologer mv.

Inden for CSCW forskningen er der to overordnede hovedstrømninger: Dels dybdegående studier af kooperative arbejdsarrangementer med henblik på at forstå arbejdspraksis (den sociale tilgang) og dels forsøg på at udvikle konceptuelle løsningsforslag til it-understøttelse heraf (den tekniske tilgang) (Fitzpatrick, Tolone og Kaplan, 1995, p. 1). Vores studie placerer sig i forlængelse af førstnævnte og lægger vægt på analyse og forståelse af det undersøgte felt, patientforløb.

1.4 AFGRENSNING

En stor del af arbejdet med specialet har været en kontinuerlig afgrænsning, idet specialets genstandsfelt, digitalisering af sundhedssektoren og CSCW-forskningen, afføder en række interessante problemstillinger. Dette speciale kan og vil imidlertid ikke omfatte alle disse problemstillinger.

Det ligger f.eks. uden for specialets rammer at gå ind i en diskussion af de eksisterende it-systemer, som sundhedssektoren har og benytter sig af (f.eks. Grønt System, Obstetrisk Database mm). Det er heller ikke vores hensigt at gå i dybden med en analyse af elektroniske patientjournaler (EPJ) dels fordi der allerede er foretaget en del studier¹², dels fordi vi ønsker at gå et skridt dybere og forstå de bagvedliggende sociale praksisser. Man kunne dog forestille sig, at vores analytiske resultater kunne bruges til videre studier af, i hvilken udstrækning EPJ imødekommer de identificerede vilkår og problemstillinger.

Et andet oplagt fokusområde er artefakterne¹³, som de sundhedsfaglige aktører gør brug af, f.eks. Vandrejournalerne. I forlængelse af ønsket om at opnå en generel forståelse af de bagvedliggende praksisser har vi imidlertid valgt ikke at fokusere snævert på artefakter. Specialet fokuserer på samordning generelt og artefakter udgør kun en del af dette studie.

Sidst men ikke mindst ville en dybdegående undersøgelse og diskussion af, hvad begrebet sammenhængende patientforløb indebærer være relevant for specialets praktiske afsæt. Vi har valgt at lade dette falde lidt i baggrunden, så det snarere fungerer som en ramme for specialets problemformulering og ikke som selve undersøgelsens genstandsfelt. Vi vil derfor i stedet afrunde specialet med en opsummering af hvorledes begrebet kan forstås ud fra vores analytiske resultater¹⁴.

Tanken om at applicere CSCW teori på problemstillinger relateret til digitalisering af sundhedssektoren er heller ikke ny. Ganske kort kan det blandt andet nævnes, at Dourish,

¹² EPJ-Observatoriet, indskrevet i den Nationale IT-Strategi, varetager metodeudvikling og erfaringsopsamling vedrørende EPJ-anvendelse i det danske sundhedsvæsen og publicerer årligt evalueringsrapporter. Desuden kan nævnes ph.d. afhandlingen ”Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde. Reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse” ved Signe Svenningsen (2004) i regi af FLOS.

¹³ *Artefakt* referer til fysiske og varende objekter som f.eks. skriftlige dokumenter, retningslinjer mv. (Schmidt, 1994 p. 65)

¹⁴ jf. *Findings* på engelsk.

Reddy og Pratt (2001) har undersøgt brugen af et delt informationssystem ("shared information system") inden for en intensivafdeling. Dourish og Reddy (2002) har med udgangspunkt i samme studie undersøgt temporale rytters rolle for sundhedsfagligt arbejde. Berg (1999) har studeret implementeringen af elektroniske patientjournaler på en intensivafdeling på et hospital i Holland og fremstiller på baggrund heraf en ny forståelse af informationsteknologiens rolle, som indlejret i arbejdspraksis. Monteiro og Ellingsen (2003) fokuserer også på den elektroniske patientjournal, men ser på hvilken rolle vidensrepræsentationer (f.eks. journaler) spiller i det kliniske arbejde inden for én afdeling. Herhjemme har Bossen på baggrund af etnografiske studier på et hospital præsenteret en avanceret forståelse af *Common Information Spaces* (CIS), et konceptuelt rammeværk for analyse af kooperativt arbejde (Bossen, 2002).

Specialets fokus adskiller sig imidlertid fra tidligere CSCW studier på to væsentlige punkter: For det første tager studiet afsæt i et ønske om at forstå helheden, det kooperative arbejde og samordningsarbejdet omkring patientforløb, og i den forbindelse udgør artefakterne, papirbaserede såvel som elektroniske, kun en del af denne helhed, og er derfor ikke i fokus for specialet. For det andet er studiet koncentreret omkring patientforløb og samtlige aktører involveret i dette. Studiet begrænser sig derfor ikke til én afdeling eller praksis, men går som noget nyt på tværs af disse.

1.5 SPECIALETS BIDRAG

Carsten Sørensen (Sørensen, 2000) fremhæver, at et speciale overordnet kan anlægge to forskellige forskningstilgange. Han skelner mellem på den ene side en teoretisk versus empirisk *tilgang* og på den anden side et analytisk versus konstruktivt *bidrag/resultat*, der dog skal ses som analytiske distinktioner. Han lægger vægt på, at et speciale eller paper ikke nødvendigvis skal placere sig inden for én af disse kategorier, og at det er en styrke, hvis et speciale eller paper argumenterer både teoretisk og empirisk (Sørensen, 2000, p. 8).

Nærværende speciale kan karakteriseres som værende hovedsagligt empirisk-analytisk, men vil, i forlængelse af dets placering i spændingsfeltet mellem teori og praksis, være teoretisk funderet. På denne måde argumenterer det netop både teoretisk og empirisk, idet det på den ene side bidrager med en analyse af samordningsarbejdet omkring svangerforløb, der bygger på empiri, og på den anden side bidrager med en nuancering af teorien, dvs. centrale begreber inden for Schmidts begrebsramme.

Bidraget udgøres af følgende hovedkonklusioner:

- Patientforløbet (arbejdsfeltet) og det kooperative arbejdsarrangement er underlagt strukturel og temporal kompleksitet, herunder en særlig egendynamik.

- Samordningsarbejdet kan overordnet karakteriseres ved en særlig dialektisk natur, der medfører en vekselvirkning mellem på den ene side formaliseret/ad hoc samordning og på den anden side intern/ekstern samordning. Samordningsarbejdet omkring patientforløb er derfor kendetegnet ved høj interaktionskompleksitet.
- Schmidts begrebsramme kan med fordel nuanceres, så den i højere grad imødekommer samordningsarbejdets karakteristika, blandt andet ved en eksplicit distinktion i lokale og globale kooperative arbejdsarrangementer, introduktionen af begrebet samordningssammenhænge og en revision af begrebet gensidig afhængighed.

1.6 SPECIALET'S MÅLGRUPPE – EN KORT LÆSEVEJLEDNING

Specialet henvender sig primært til forskere inden for CSCW med interesse for den sundhedsfaglige setting omkring patientforløb. Vi forestiller os, at specialet kan fungere som et slags pilotprojekt for HIT-forskningen¹⁵ som en indledende undersøgelse af, hvad der karakteriserer patientforløb og bud på implikationer for analyse af sundhedsprofessionelle arbejdsarrangementer og design af sundheds-it. Sekundært kan det have relevans for udviklere eller aftagere af sundheds-it og sundhedsfagligt personale involveret i svangerforløbet. Til de sekundære målgrupper henvises primært til kapitel 4 og 5, hvor casen introduceres og analysen af de empiriske resultater præsenteres.

1.7 SPECIALET'S OPBYGNING

Kapitel 2, *Metode*, uddyber de metodiske rammer for specialet og vores overvejelser i forbindelse hermed, mens **kapitel 3, *Teoretisk begrebsramme***, præsenterer Schmidts begrebsramme, der anvendes som afsæt til analysen og som efterfølgende nuanceres. **Kapitel 4, *Caseintroduktion og scenarie***, fremlægger en neutral introduktion til casen, herunder de centrale aktører, instanser og artefakter. Kapitlet afsluttes med et scenarie, der i narrativ form indfører læseren i det empiriske genstandsfelt. **Kapitel 5, *Analyse***, udgør selve analysen, der er delt i to: 1) En generel analyse af arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement, herunder vilkårene for samordningsarbejdet samt 2) En specifik analyse af samordningsarbejdet omkring patientforløbet. Kapitel fem besvarer således problemformuleringens første del. **Kapitel 6, *Diskussion og begrebsnuancering***, abstraherer de analytiske pointer i en teoretisk diskussion og nuancerer de centrale begreber inden for Schmidts begrebsramme. Kapitlet besvarer således problem-formuleringens anden del. Kapitlet afsluttes med en diskussion af nye principper for analyse og design i lignende settings. **Kapitel 7, *Konklusion***, præsenterer en opsummerende konklusion, der afrundes med en kort perspektivering til videre forskning.

¹⁵ HIT er et forskningsprojekt om it og sundhed. Det foregår som et samarbejde mellem IT-Universitetet, Danmarks Tekniske Universitet, Roskilde Universitet samt Sundhedsforvaltningen og Sundhed.dk. Projektet fokuserer på it-understøttelse af kommunikation og samarbejde i distribuerede og heterogene sundhedsprofessionelle netværk, jf. IT-Universitetets hjemmeside: www1.itu.dk/sw1396.asp.

2 METODE

I dette afsnit præsenteres specialets proces og valg af metode og undersøgelsesdesign. I forlængelse heraf præsenteres en række metodiske refleksioner, herunder en diskussion af specialets validitet og reliabilitet.

Specialets empiriske materiale er baseret på en kvalitativ tilgang inspireret af etnografiske feltstudier og omfatter således interviews og observationer. Materialet bygger på interviews med centrale aktører involveret i svangerforløbet, fra både primær- og sekundærsektoren, sidstnævnte repræsenteret ved Rigshospitalet, der udgør specialets case. Med udgangspunkt i problemformuleringen har vi fundet det relevant at interviewe gravide, jordemødre, læger og sekretærer på Fødegangen på Obstetrisk Klinik, en sygeplejerske på Ultralydsklinikken, en læge og sekretær på Kardiologisk Klinik, samt praktiserende læger. Det foreliggende datagrundlag omfatter i alt 16 interviews samt 4 observationer på Fødegangen a mellem 5-8 timers varighed.

2.1 SPECIALETS DIALEKTISKE PROCES

Inden vi fortsætter med en redegørelse for den valgte metodiske fremgangsmåde, det konkrete undersøgelsesdesign og udvalget af interviewpersoner, vil vi understrege hensigten med metodeafsnittet, der i lige så høj grad er et spørgsmål om at eksplicite vores metodiske refleksioner. Der er nemlig to ting, som er vigtig at holde sig for øje, når man står over for valg af metode til et empirisk projekt: Der findes mere end én måde at lave empiriske undersøgelser på, og der findes ingen perfekte rationelle forløb (Andersen mfl., 1992).

Ifølge Andersen deler projekter sig i to overordnede kategorier; teorideterminerede rationelle projekter eller åbne etnografiske projekter, der går ud på ”at se verden som den er” (Andersen mfl., 1992, pp. 154-158).

Teoridetermineret	Åbent etnografisk
<p>Man lader sit studie styre af en teoretisk problemstilling.</p> <p>Fordel</p> <ul style="list-style-type: none">• Processen er let at styre og progression sikres. <p>Ulemper</p> <ul style="list-style-type: none">• Snævert, teoretisk determineret fokus.• Feltet får ikke effekt på projektet, og man får ikke feltets måde at forstå ting og fænomener på.• Feltstudiet bliver bekræftende illustrationer til teori.	<p>En eksplorativ etnografisk tilgang, hvor man lader sit studie styre af det, man ser i feltet.</p> <p>Fordele</p> <ul style="list-style-type: none">• Feltet får effekt på projektet og processen.• Man er åben for feltets nuancer og feltets perspektiv. <p>Ulemper</p> <ul style="list-style-type: none">• Kan især for den uerfarne blive en selvdestruktiv proces.• Det er sværere at omsætte observation til data.

Figur 1: Oversigt over Andersens distinktion mellem teoridetermineret studie og åbent etnografisk studie – vores skematiske gengivelse (Andersen mfl., 1992, pp. 154-158)

Denne kategoriske opdeling bør tages med et gran salt, men overordnet har vi ladet os inspirere af en åben etnografisk tilgang og samtidig har vi forsøgt at undgå en teoridetermineret.

I forlængelse heraf kan man skitsere vores proces som en dialektisk proces, hvor problemformulering og endeligt valg af casestudie er vokset frem parallelt. Dette er en bevidst efterstræbt proces, der er inspireret af Ib Andersen, der fremhæver nødvendigheden af ”at få etableret et spændingsfelt mellem på den ene side empiri og på den anden side teoretisk/metodologiske perspektiver” (Andersen mfl., 1992 p. 159). Vi har søgt at opnå et sådant spændingsfelt ved at få tre felter i spil:

- Et teoretisk/forskningsmæssigt felt, det vil sige det forskningsmæssige felt, der beskæftiger sig med problemstillingerne, i dette tilfælde CSCW.
- Det samfundsmæssige felt (samfundsdebatten), dvs. manglende sammenhæng og kontinuitet i patientforløb.
- Det sociale felt, den sociale praksis omkring patientforløb, der er genstandsfeltet for de ovenstående felter.

Vi har således søgt at opnå en dialektik mellem disse tre felter ud fra den overbevisning, at det skaber et bedre funderet afsæt for undersøgelsen og gør denne mere nuanceret. Fra specialets indledende til dets afsluttende fase har felterne i høj grad haft en gensidig indflydelse på hinanden, idet interessante publikationer¹⁶ åbnede vores øjne for problemstillinger, vi ikke tidligere var bekendt med. Teorien fik os til at se problemstillingerne i nye perspektiver, og da først den empiriske indsamling begyndte, og vores øjne åbnedes på ny, så vi teorien i et andet og mere nuanceret lys. Dette fremgår af vores oversigt over processen og referencelinieplanen, som man kan se i bilag 1a og 1b. Denne iterative erkendelsesproces afspejles i grove træk i specialets opbygning, der i næste kapitel tager afsæt i teori, for derefter at præsentere analysen af empirien, for til sidst at vende tilbage til teorien med et nyt blik.

Valget af det sociale felt, der kan forekomme en anelse tilfældigt som følge af en pragmatisk tilgang, vil naturligvis have konsekvenser for det teoretiske felt og omvendt:

”Det er (...) vigtigt at erkende, at et projekt er en læreproces, hvor man ikke blot udforsker et socialt felt for at skaffe sig data. Forskeren er også deltagende observatør i et akademisk felt, hvor teorivalg får sociale konsekvenser, og skabelsen af et socialt tilhørsforhold får teoretiske konsekvenser” (Andersen mfl., 1992, p. 162).

¹⁶ F. eks. National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007, EPJ-observatoriets statusrapport for 2003, CSC's scenario om det sammenhængende sundhedssamfund og Sundhedsfagligt Forums debatoplæg om ”Sammenhæng i Søgelyset” – Se endvidere litteraturlisten under publikationer.

Denne tilfældighed understreger, at der ikke eksisterer en perfekt rationel proces og ingen objektive sandheder. Det betyder imidlertid ikke, at vi som ”forskere” ikke påtager os ansvar eller har indflydelse på processen. Det er stadig muligt at efterstræbe en strategi og forsøge at opnå den størst mulige dialektik mellem de forskellige elementer (teori og praksis), hvilket, ifølge Ib Andersen, gøres ved, at stimulere den sociologiske forestillingsevne allerede i forberedelsesfasen:

”Det er store spørgsmål..., som kræver at forskeren forholder sig både til en offentlig og/eller teoretisk debat og til de overvejelser, personer og grupper (et socialt felt) gør sig. Spændingen mellem disse to poler... er præcis det, der stimulerer til og kalder på den sociologiske forestillingsevne og fantasi” (Andersen mfl., 1992, p. 181).

Allerede fra specialets start handler det altså om at stille interessante spørgsmål på flere niveauer, hvilket vi har søgt at gøre gennem de tre felter parallelt. Intentionen har således været at stimulere den sociologiske forestillingsevne og dermed den dynamiske proces gennem en dialektik mellem det teoretiske felt og samfundsmæssige felt på den ene side og det sociale felt på den anden side.

Dette var nogle generelle betragtninger om specialets overordnede proces og metode, og vi vil nu på et mere konkret plan diskutere valg af metode og undersøgelsesdesign.

2.2 DET ETNOGRAFISKE STUDIE

Når man planlægger et studie findes der ikke én rigtig metode eller måde at gennemføre undersøgelsen på. Planlægning af en undersøgelse handler i stedet om at finde frem til den mest hensigtsmæssige metode i forhold undersøgelsens formål, det fremsatte forskningsspørgsmål, problemstillingen, samt det teoretiske perspektiv, der arbejdes ud fra (Andersen mfl., 1992 p. 25).

Vi har, som nævnt, valgt en kvalitativ tilgang inspireret af det etnografiske feltstudie – herefter blot refereret til som feltstudie. Dette er sket ud fra et ønske om at forstå aktørernes arbejdspraksiser og herunder at forstå og karakterisere samordningsarbejdet omkring patientforløbet. Feltstudiet var desuden velegnet i forhold til at sætte sig ind i og forstå et komplekst domæne, som vi ikke på forhånd kendte til. Det har i sig selv været en interessant og lærerig udfordring.

Den etnografiske tilgang handler om at forstå menneskelig adfærd, herunder arbejdspraksiser, i den kontekst hvori de optræder. For at opnå denne forståelse skal etnografen eller forskeren ved en længere periodes etnografisk feltstudie involveres i de aktiviteter, som han eller hun studerer. Gennem tæt kontakt med aktørerne og involvering i deres aktiviteter, samt gennem observation og uformelle interviews, er det muligt for etnografen at udvikle en deskriptiv forståelse af de observeredes adfærd.

“The ethnographic approach, with its emphasis on ”natives’ point-of-view,” holism, and natural settings, provide a unique perspective to bring to bear on understanding user’s work activities” (Blomberg, 1993 p. 123).

Specialets rammer har naturligvis ikke gjort det praktisk muligt at gennemføre et egentligt etnografisk feltstudie, som præsenteret ovenfor, men i udarbejdelse af undersøgelsesdesignet er der i høj grad hentet inspiration fra den etnografiske tilgang.

Schmidt fremhæver, i forbindelse med CSCW, det empiriske studie som en nødvendighed for at opnå en sammenhængende og dybdegående forståelse for, hvad samarbejde er, og hvordan det foregår:

“The primary role of workplace studies in CSCW is thus to dismantle the common-sense conceptions of cooperative work, take them apart, unpack and disclose the hidden practices of articulation work, and thus give us access analytically and conceptually to the intricate ways and means of the production of social order in cooperative activities” (Schmidt, 2000, p. 145).

Inspirationen fra det etnografiske feltstudie afspejles da også i en række CSCW-studier som f.eks. London Underground (Heath og Luff, 1992), Foss Electric (Carstensen og Sørensen, 1996), Air Traffic Control (Berndtsson og Normark, 1999 og Harper og Hughes, 1993) og Stålvalseværk (Schmidt, 2003).

Det er imidlertid vigtigt at fremhæve, at feltstudiet kun er én ud af flere mulige tilgange, hvilket vi vender tilbage til senere. Først præsenteres imidlertid det valgte undersøgelsesdesign og de overvejelser, som ligger til grund for valget.

2.3 UNDERSØGELSESDESIGNET

Undersøgelsesdesignet er baseret på en kvalitativ tilgang inspireret af det etnografiske feltstudie og bygger som sagt på 16 interviews med aktører som vi har fundet relevante og repræsentative i forhold til undersøgelsesspørgsmålet. Herudover har vi gennemført 4 observationer på Fødegangen, hvor vi fulgte en jordemoder. Observationerne suppleredes med in situ interviews, dvs. uformelle samtaler (eller interviews) hvor vi spurgte ind til konkrete aktiviteter, som vi ønskede at få uddybet.

Ud over interview af gravide interviewede vi repræsentanter fra henholdsvis primær- og sekundærsektoren: På den ene side tre praktiserende læger, på den anden side to jordemødre, en obstetriker (fødselslæge), en sekretær og en sygeplejerske fra Obstetrisk Klinik, en kardiolog (hjertespecialist), en sekretær og en sygeplejerske fra Kardiologisk Klinik. Indledningsvis foretog vi et pilotinterview og som perspektiverende inputs interviewede vi chefen for Sundhed.dk. En samlet oversigt over undersøgelsesdesignet fremgår af bilag 2, mens interviewguides og transskriberinger findes i bilag 3 og 4.

Valget af netop disse interviewpersoner er sket, ud fra et ønske om at komme omkring centrale aktører involveret i (et normalt) svangerforløb. For at anskue svangerforløbet bredere, f.eks. i mere komplicerede tilfælde, har vi imidlertid også valgt at interviewe aktører involveret i Center for gravide med hjertesygdomme. Et tværfagligt samarbejde mellem Obstetrisk Klinik og Kardiologisk Klinik (under Hjertecenteret) med henblik på at imødekomme gravide, der på grund af hjertesygdomme befinder sig i en risikogruppe. Disse aktører omfatter repræsentanter fra både Obstetrisk Klinik og Kardiologisk Klinik. Valget af interviewpersonerne og valget af observationssetting er samtidig et udtryk for den pragmatiske tilgang; f.eks. har der været lettere adgang til nogle aktører end andre. De gravide har i høj grad været villige til at stille op til interviews, mens lægerne, både de praktiserende og speciallægerne, til trods for stor imødekommenhed og interesse, har haft vanskeligt ved at afsætte tid til omfattende interviews.

Det er imidlertid vores vurdering, at det samlede antal interviewpersoner, og differentieringen blandt dem samt kombinationen af interviews og observationer udgør et fornuftigt empirisk grundlag for at undersøge samordningsarbejdet omkring patientforløb – eksemplificeret ved svangerforløb.

2.4 REFLEKSION OVER DEN VALGTE TILGANG

Nedenfor præsenteres en række centrale overvejelser, vi har gjort os i forbindelse med valg af undersøgelsesdesign. Herunder en diskussion af fordele og ulemper ved henholdsvis et bredt versus et dybdegående studie, samt en diskussion af interview og observation som metode.

2.4.1 ET HORISONTALT ELLER VERTIKALT STUDIE?

Valget af interviewpersoner hænger naturligvis også sammen med en afvejning af, hvorvidt man skal undersøge i bredden (horisontalt) eller i dybden (vertikalt). Indledes undersøgelsen med udgangspunkt i en meget løs problemformulering kan dette føre til tilsvarende løse data, der er svære og tidskrævende at analysere, ligesom et alt for snævert undersøgelsesspørgsmål på den anden side kan føre til, at man overser interessante problemstillinger (jævnfør distinktionen mellem teorideterminerede og åbne etnografiske studier ovenfor). På baggrund af disse overvejelser har vi derfor også stillet os selv spørgsmålet: Skal vi vælge at undersøge et bredt udsnit eller et smalt udsnit af feltet?

Undersøges et bredt udsnit af feltet har det den fordel, at det giver et større overblik over den samlede sammenhæng, som de interviewede og observerede aktører indgår i. På den måde ville vi få mange forskellige perspektiver på undersøgelsesspørgsmålet og samtidig ”opdage” et bredt udsnit af temaer og problemstillinger. Ulempen, på den anden side, er selvfølgelig, at det ikke ville være muligt at komme så langt i dybden med ét perspektiv, hvilket samtidig ville vanskeliggøre en dybdegående forståelse af de enkelte aktørers verden.

Gik vi efter en detaljeret forståelse gennem fordybelse, risikerede vi omvendt at miste overblikket over helheden, og dermed den kontekst detaljerne og nuancerne indgår i.

Vi har vurderet, at vores undersøgelsesspørgsmål, så vidt muligt, lægger op til en kombination af den bredde (horisontale) tilgang med et mere dybdegående, vertikalt snit på casen. Vi har forsøgt at belyse svangerforløbet generelt ved at interviewe et bredt spektrum af de aktører, der er involveret i dette forløb og samtidig har vi forsøgt at få et dyberegående kendskab til det sundhedsfaglige arbejde omkring gravide ved at foretage mere omfattende studier via interviews og observationer på ét enkelt afsnit, Fødegangen.

2.4.2 DISKUSSION AF INTERVIEW OG OBSERVATION SOM METODE

Fordele og ulemper ved interview

De gennemførte interviews har i første omgang taget udgangspunkt i semi-strukturerede interviewguides, der i løbet af processen er blevet mere og mere specifikke. Spørgsmålene koncentrerer sig om overordnede emner som f.eks. en typisk arbejdsdag og personens arbejdsopgaver; hvilke personer og afdelinger, den pågældende samarbejdede med i sin hverdag; gode og dårlige oplevelser i forbindelse med samarbejde med kolleger osv. (For eksempler på interviewguides, se bilag 3). Semi-strukturerede interviews giver gode muligheder for at få indsigt i, hvad der rør sig blandt aktørerne f.eks. i forbindelse med samarbejdet med andre afdelinger. Vi har valgt at gennemføre samtlige interviews i interviewpersonens naturlige setting i arbejdssammenhæng, hvilket blandt andet har den fordel, at man spørger ind til fænomenerne i den kontekst, hvori de optræder og er relevante.

På den anden side kan interviewsituationen problematiseres af en række forhold, f.eks. forudsætter åbne og ærlige svar, at der er etableret et tillidsforhold mellem interviewperson og interviewer. Desuden er et 'ærligt' svar relativt, og interviewsituationer vil derfor i sig selv være forbundet med en say/do problematik, da der ofte vil være forskel på, det folk siger, de gør (ideel adfærd), og det de så rent faktisk gør (manifest adfærd) (Blomberg, 1993, p. 130). Herudover er mange aktiviteter, f.eks. samordningsarbejdet, kun vanskeligt artikulerbart, hvilket vanskeliggør konkrete spørgsmål til interviewpersonen. Interviews giver adgang til en mængde interessant information, men at hævde at interviews fungerer som 'et vindue til virkeligheden' kan være meget misvisende (Blomberg, 1993, p. 134). Ønsker man at forstå menneskelig adfærd, er det derfor fordelagtigt at inkludere observationer i sin empiriske indsamling.

Fordele og ulemper ved observationer

Observationer bidrager til en anden type forståelse end interviews, idet de muliggør diskret iagttagelse af aktørernes aktiviteter, da man får oplevelsen 'first hand'. De imødekommer derfor også i højere grad say/do problematikken, end interviews gør. Samtidig giver de

omfattende og meget detaljeret information om den pågældende setting, og bidrager derfor til en bedre forståelse af feltet. En forståelse der samtidig skaber et bedre fundament for senere interviews. Vi valgte at gennemføre observationerne en og en, for at opretholde så meget diskretion som mulig, og vi havde oprindeligt forestillet os at gennemføre 'fluen-på-væggen' observationer, hvor vi observerede så uforstyrrende som muligt (jf. Blomberg, 1993, p. 131). Virkeligheden ville det imidlertid anderledes og gav os mulighed for semi-deltagende observationer. Udstyret med hospitalstøj og et par hvide træsko ville vi falde mest naturligt ind på Fødegangen. Og da muligheden bød sig, vurderede vi, at vi fik mere ud af at følge den pågældende jordemoder rundt, ind og ud af stuer, op og ned af trapper, end at forblive passivt observerende i et hjørne i personalerummet. Denne semi-deltagende tilgang ligger godt i forlængelse af Heath og Pettinaris metodiske overvejelser, der pointerer, at det kan være særligt nyttigt at følge én person i forhold til aktiviteter, der finder sted på tværs af settings (Heath og Pettinari, p. 16). Denne fremgangsmåde gav således et godt indblik i samarbejdet på tværs.

Vi afviser imidlertid ikke, at denne semi-deltagende metode i forbindelse med observationerne ikke har konsekvenser. På den ene side får man adgang til oplevelserne 'first hand', men på den anden side er det vanskeligt at skrive omfattende noter imens. Bare tempoet og fagterminologien gjorde det til en udfordring at forsøge at skabe mening i aktiviteterne, mens de udfoldede sig. In situ interviews i forbindelse med observationerne kan have påvirket aktørernes aktiviteter eller måder at udføre dem på, fordi de pludselig bliver bevidste om deres handlinger, for eksempel journaludfyldningen. På den anden side var det nødvendigt for os at spørge ind til aktiviteter og begreber for at forstå aktørernes arbejde. En helt anden ulempe ved at gennemføre observationer er, at det er en langsommelig proces, både mens de står på og bearbejdningen af noterne efterfølgende. Observationerne er fordelt på fire forskellige dage, og det kan naturligvis diskuteres hvorvidt vi skulle have observeret på forskellige tidspunkter (vagter) og på forskellige dage.

Anlægger man en etnografisk tilgang, stiller man sig som forsker åben overfor feltets nuancer og perspektiver, hvilket samtidig betyder, at feltet får effekt på projektet og processen. En længere diskussion af subjektivitet versus objektivitet skal ikke udfoldes her, dog skal det nævnes, at alle forskningsprojekter må betragtes som subjektive og personafhængige (Andersen mfl., 1992, pp. 162-163). Det gør sig ikke mindst gældende i vores tilfælde, da vi i kraft af observationerne er kommet tæt både på aktørerne og på deres aktiviteter. Observationerne på Fødegangen har influeret os og vores studie, fordi vi har fået et langt mere indgående kendskab til praksiser her end andre steder. Vi har imidlertid forsøgt at imødekomme denne problematik ved netop at interviewe personer på andre afdelinger. Ideelt set skulle vi dog også have foretaget observationer andre steder end på Fødegangen.

2.4.3 ANDRE TILGANGE

Feltstudiet er kun én blandt flere metoder, og hvorvidt det er hensigtsmæssigt at anvende må afgøres i forhold til en række situationsfaktorer omkring det konkrete forskningsprojekt. Undersøgelsens formål og problemstilling, det teoretiske perspektiv, der arbejdes ud fra mv. (Andersen mfl., 1992 p. 25).

Der er imidlertid en række alternative tilgange, vi kunne have valgt: For eksempel kunne vi har valgt en kvantitativ frem for en kvalitativ tilgang. Ved hjælp af f.eks. spørgeskemaer kunne vi have henvendt os bredere til for eksempel både Rigshospitalet og Hvidovre, hvilket ville have givet større muligheder for at generalisere, en problematik vi vender tilbage til nedenfor. Den kvantitative fremgangsmåde alene er imidlertid ikke hensigtsmæssig til at besvare vores problemformulering, da den indbefatter en undersøgelse af samordningsarbejde, der blandt andet optræder som tavse og implicite aktiviteter. Den kvantitative tilgang problematiseres samtidig af undersøgelsens eksplorative aspekt, der har betydet, at der ikke har været fastlagt et stramt fokus fra starten, som man kan spørge ind til. Kvantitative metoder kunne dog anvendes som supplement til vores undersøgelser for at afprøve hypoteser i en bredere kontekst.

Vi kunne også have valgt at lave et litteraturstudie i stedet for et empiristudie. Dette ville dog kun give et billede af, hvorledes eksisterende undersøgelser har beskrevet problemstillingen. Det ville heller ikke have givet os muligheden for at belyse teori med praksis, hvilket vores problemformulering lægger op til, idet vi ønsker at nuancere Schmidts begrebsapparat på baggrund af vores empiriske resultater.

Valg af tilgang handler altså om at vælge mellem forskellige forskningsstrategier og hver metode har sine fordele og ulemper. Vi har fundet den kvalitative tilgang med inspiration fra det etnografiske feltstudie mest hensigtsmæssig i forhold til at besvare dette speciales problemformulering.

2.5 VALIDITET, RELIABILITET OG RELEVANS

Ovenfor fremhæver vi, at der ikke findes én måde at lave empiriske undersøgelser på, ligesom der heller ikke findes perfekte rationelle forløb.

Nogle relevante spørgsmål der rejser sig, ikke bare undervejs, men også når studiets resultater foreligger, er resultaternes validitet og dermed generaliserbarhed. Spørgsmålet er, om vi på baggrund af vores analyse og resultater er i stand til at udtale os om samordningsarbejdet omkring patientforløb *generelt*? Kan vi på baggrund af vores studier udtale os om, hvordan denne samordning finder sted på andre hospitaler eller omkring andre patientforløb? I forlængelse heraf er det nødvendigt at stille spørgsmålstejn ved svangerforløbet som case for patientforløb. På den ene side kan man opstille den kritik, at svangerforløbet ikke er et decideret patientforløb, på den anden side indeholder det mange

af de generelle problematikker som patientforløb indeholder som f.eks. at der er mange forskellige aktører og afdelinger involveret og at det forløber over en længere periode.

Her er det vigtigt at fremhæve, at der er forskel på at skulle generalisere statistisk i forhold til andre hospitaler og analytisk i forhold til en bredere teori (Yin, 1994 p. 10). I lyset heraf kan vi ikke, på baggrund af den indsamlede empiri, udtale os generelt om, hvordan samordningsarbejdet optræder inden for andre hospitaler eller omkring andre patientforløb.

Vi kan derfor heller ikke drage statistiske generaliseringer. Vi kan derimod godt udtale os om samordningsarbejdet omkring svangerforløb på Obstetrisk Klinik, og på denne baggrund kan vi drage analytiske generaliseringer om dele af resultaterne i forhold til en bredere teori. Denne teori skal efterfølgende afprøves i praksis. Nye, tilsvarende feltstudier om samordning af patientforløb må nødvendigvis gennemføres, hvis det skal være muligt at udtale sig om fænomenet mere generelt.

Vores analyse og vores resultater kan bruges som indikationer på vilkår for og aspekter af samordning af patientforløb. Vores studie bidrager dermed til diskussionen omkring digitalisering af sundhedssektoren og kaster lys over aktuelle problemstillinger inden for debatten om sammenhængende patientforløb, som det vil være muligt at gå videre med for eksempel for HIT.

I forlængelse af diskussionen af validitet og reliabilitet, er det relevant at påpege, at der ofte vil være en afvejning mellem et studies relevans og dets reliabilitet, eller det, Donald Schön betegner som dilemmaet mellem relevans og rigiditet, og som han på billedlig vis beskriver i sin bog om den reflekterende praktiker (Schön, 1983):

“Shall the practitioner stay on the high, hard ground where he can practice rigorously, as he understands rigor, but where he is constrained to deal with problems of relatively little social importance? Or shall he descend to the swamp where he can engage the most important and challenging problems if he is willing to forsake technical rigor?” (Ibid., p. 42).

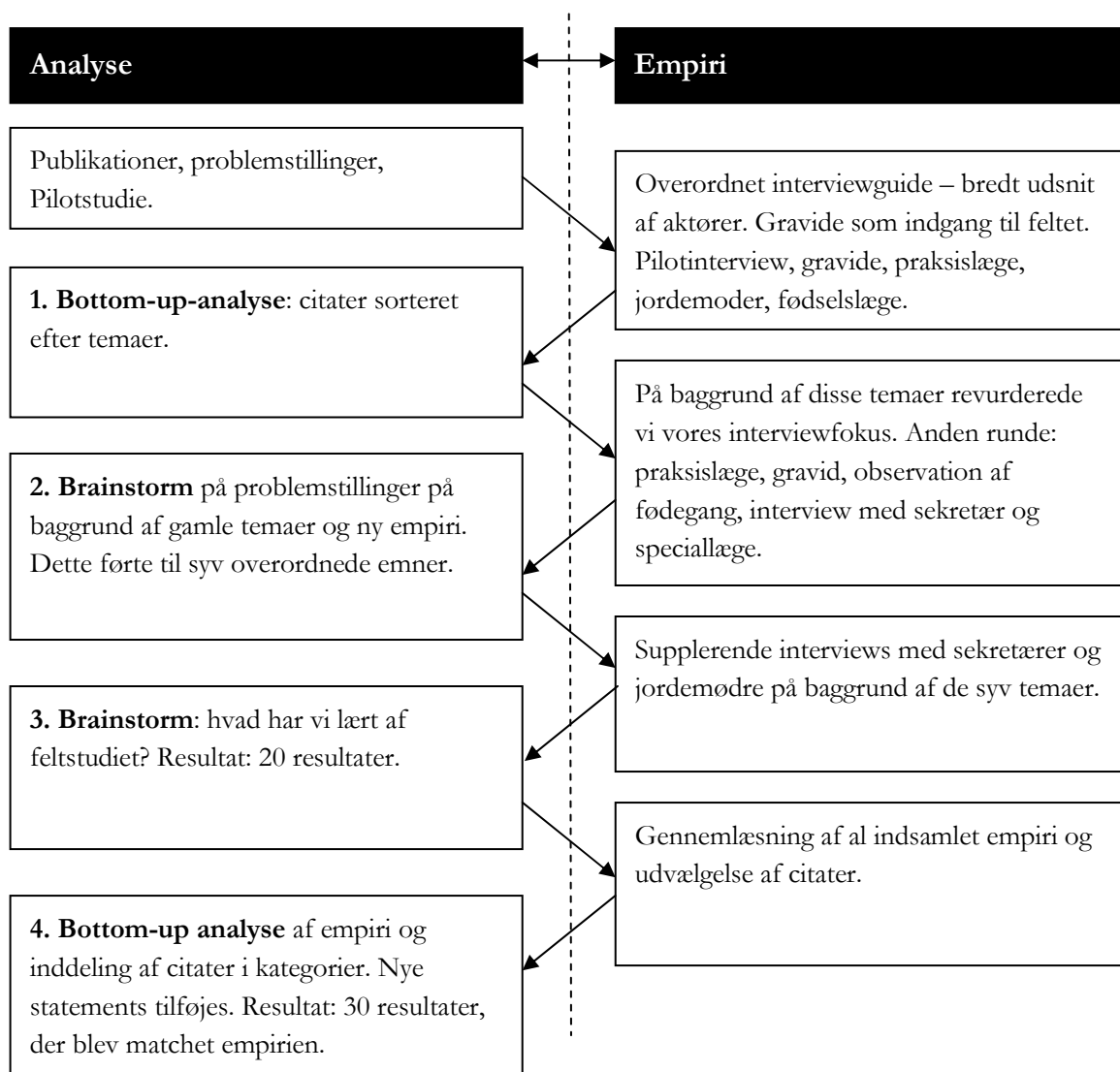
Vi har valgt at kaste os ud i sumpen og således prioritere studiets relevans frem for dets reliabilitet, men har dog gennem omhyggelige metodiske overvejelser forsøgt at lave et så pålideligt studie, som det er muligt inden for kvalitative studier – forstået på den måde, at en anden forsker med sandsynlighed *kan* nå frem til samme eller lignende konklusioner inden for samme sociale felt. Denne pålidelighed (eller reliabilitet) har vi blandt andet søgt at opnå gennem en omhyggelig databehandling.

2.6 DATABEHANDLING OG FORMIDLING

Fremgangsmåden for specialiets proces kan i grove træk opdeles i 1) en Forberedelsesfase, 2) en Undersøgelsesfase og 3) en Analyse og skrivefase (jf. Andersen mfl., 1992).

En klar adskillelse mellem de forskellige faser er imidlertid svær at opretholde i praksis, og der forekommer således gråzoner f.eks. mellem den forberedende og den undersøgende fase. Samtidig har vi efterstræbt en, så vidt mulig, parallel undersøgelses- og analysefase, hvilket uddybes nedenfor. Overordnet fremstår processen lineær, hvilket synes relevant nok, idet enhver proces er en fremadskridende bevægelse. På den anden side er specialets proces, i kraft af en pragmatisk tilgang, samspillet mellem de tre felter og ikke mindst en vekselvirkning eller balance mellem divergens og konvergens i problemformuleringen, i høj grad karakteriseret ved en iterativ proces i modsætning til en lineær. Heath og Pettinari lægger netop vægt på, at etnografiske studier er iterative processer, hvor analyse ”informs the shape of the successive stages and focus on data collection” (Heath og Pettinari, 1998, p. 10).

Modellen nedenfor illustrerer processens vekselvirkning mellem analyse og empiri, der dog kun svært lader sig illustrere, idet der snarere foregik en *kontinuerlig* vekselvirkning, også under selve den empiriske indsamling, hvor analytiske overvejelser og modifikationer fandt sted konstant.



I en iterativ proces lod vi os inspirere af indtryk og impulser, der tilsammen langsomt dannede et billede af tingenes tilstand, men kun for igen, inspireret af nye inputs, at lade sig forstyrre af nye idéer og veje at gå. Illustrationen viser dog, hvordan fokus – gradvist – er indsnævret gennem denne vekselvirkning mellem analyse og empiri.

Behandling af data og udvælgelse af analysetemaer

Undervejs har vi, som nævnt i forbindelse med den sekventielle analyse, søgt at bearbejde de indkomne indtryk. Vores forholdsvis omfattende studie, hvad angår antallet af aktører og differentieringen iblandt dem, har ført en del resultater og interessante temaer med sig, formentlig stof til flere specialer. Vi har dog gennem nøje analyse af materialet udvalgt nogle centrale temaer, som analysen siden hen beskæftiger sig med. Udvalgelsesprocessen for de centrale temaer skitseres kort her.

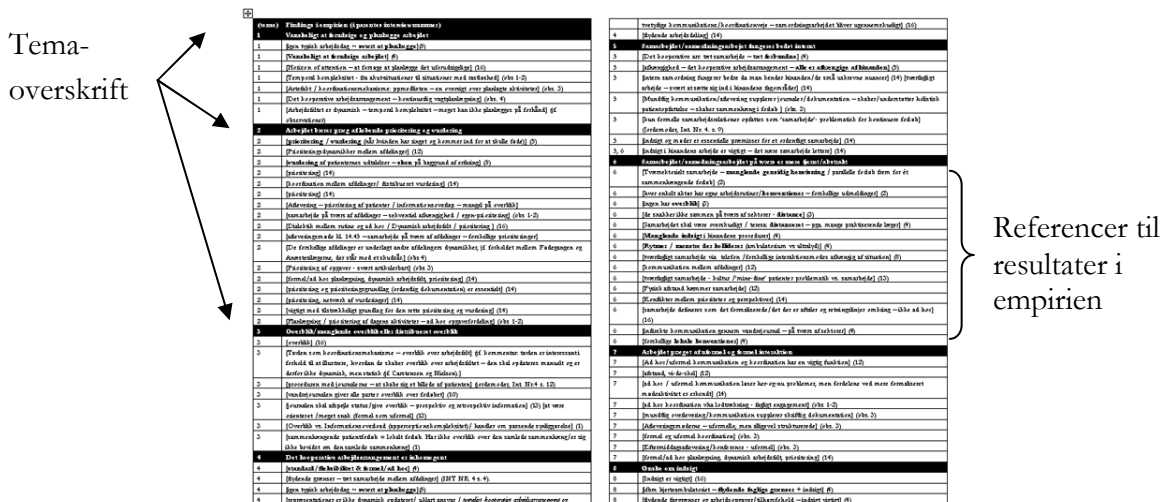
Analysen er foregået løbende på baggrund af transskriberinger af samtlige interviews samt omfattende observationsnoter¹⁷. Som illustreret i modellen ovenfor har vi afholdt flere analyseworkshops, hvor vi har foretaget brainstorm og bottom-up analyser, der er inspireret af affinitetsdiagrammer, som er en induktiv metode til sortering og kategorisering af data (Beyer & Holtzblatt, 1998, pp. 154-163). Bottom-up analyserne har således været anvendt i forbindelse med analyse af de transskriberede interviews og observationsnoterne.

Den første workshop var en decideret bottom-up analyse, hvor vi gennemgik al datamateriale for interessante citater, der efterfølgende kategoriseredes under forskellige temaer. På baggrund af disse temaer revurderede vi vores interviewfokus og fortsatte med flere interviews og gennemførte observationer på Fødegangen. Efterfølgende, i forbindelse med den anden workshop, foretog vi en brainstorm på problemstillinger på baggrund af gamle temaer og ny empiri, specielt havde observationerne affødt mange nye interessante problemstillinger. Denne brainstorm førte til en afgrænsning af syv overordnede emner vi kunne gå videre med. Disse emner dannede efterfølgende udgangspunkt for flere interviews og observationer.

Efter de sidste uddybende interviews afholdt vi en tredje workshop, der havde til hensigt at indsnævre vores endelige analytiske fokusområder, og vi kombinerede derfor både bottom-up og brainstorm. Dels gennemførte vi, med udgangspunkt i problemformuleringen, en fri brainstorm, over hvad vi mente at have lært (ud fra empirien), hvilket i første omgang resulterede i 20 interessante temaer, som det var muligt at gå videre med (jf. bilag 5a). Dels foretog vi en efterfølgende bottom-up analyse, idet vi læste samtlige transskriberinger og observationsnoter igennem og klippede interessante passager ud. Hver passage fik en

¹⁷ De gennemførte interviews er transskriberet løbende, så det ene interview var bearbejdet før vi gik videre med næste. På denne måde fungerede selve transskriberingen også som en slags analytisk aktivitet, der førte til en iteration af interviewguiden før næste interview.

overskrift, og disse overskrifter, eller resultater samlede vi i et separat dokument, som vi siden sammenholdt med og sorterede under de 20 temaer.



Figur 2: Udpluk af oversigtsdokumentet (se bilag 6). Hver pointe eller resultat blev sorteret under et tema, eller en overskrift, og på denne måde kunne vi hurtigt få et overblik over hvilke temaer, der var referencer på. På baggrund af dette samt andre kriterier kunne vi indsnævre specialets endelige analytiske fokusområder.

Når en pointe ikke passede ind under et eksisterende tema, blev et nyt tema oprettet og afslutningsvis havde vi et dokument med samtlige resultater og 30 overordnede temaer (se bilag 5b).

Denne databehandling, specielt den tredje workshop, gjorde det muligt, ud fra forskellige kriterier, at sammensætte nogle hovedtemaer, der skulle danne afsæt for specialets analyse med henblik på at besvare problemformuleringen. Dette blev til de seks hovedtemaer, eller aktiviteter, *planlægning, prioritering, arbejds- og ansvarsfordeling, orientering* samt *integration af perspektiver*, der senere behandles i analysen.

Formidling af empiriske data gennem scenarie

Behandlingen af data har været en omfattende proces, hvilket udvælgelsen af de centrale emner vidner om. Ét er, hvordan data behandles, noget andet er, hvordan de præsenteres.

Vi har valgt at præsentere vores data i form af en neutral caseintroduktion, der indleder analysen og fremlægger de centrale aktører; deres position i forbindelse med patientforløbet, samt de centrale artefakter. I forlængelse af denne introduktion følger et scenarie¹⁸, der samtidig danner afsættet til analysen. I scenariet følger vi jordemoderen Trine, der har dagvagt på Fødegangen. Scenariet har til hensigt at give læseren mulighed for

¹⁸ Scenariet, der i stigende grad anvendes inden for systemdesign (jf. for eksempel Beyer og Holtzblatt, 1998 og Bødker, Kensing og Simonsen, 2000), er kort fortalt en fortælling, hvis grundelementer i princippet er en hovedperson, et sted, et forløb og et mål.

indlevelse i aktørenes hverdag, omgivelser og opgaver, og dermed introducere læseren for centrale aspekter af casen og de forskellige problemstillinger, som analysen efterfølgende koncentrerer sig om. Scenariet er funderet på faktiske observationer på Fødegangen og formidler en sammenfatning af observerede hændelser. Scenariet er suppleret med viden indhentet via interviews og for at sikre scenariets sandsynlighed er det blevet revideret af relevante kontaktpersoner på Rigshospitalet.

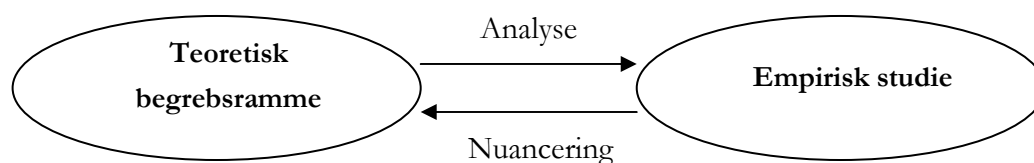
Centrale episoder fra scenariet uddybes i analysen, der endvidere suppleres med andre data fra empirien (citater fra interviews og betragtninger fra observationer), hvilket sker med henblik på at illustrere vores analytiske pointer.

Før vi præsenterer vores feltstudie i form af en caseintroduktion, vil vi skitsere den teoretiske begrebsramme, der anvendes som ramme for selve analysen.

3 TEORETISK BEGREBSRAMME

I dette afsnit præsenteres den teoretiske begrebsramme, der danner grundlag for analysen af det empiriske materiale, og som vi senere i specialet vil nuancere. Der er tale om en række grundlæggende og centrale begreber inden for CSCW, der samlet udgør det vi refererer til som Schmidts begrebsramme. Denne begrebsramme repræsenterer én tilgang til feltet og baserer sig på Schmidts egne studier (Schmidt & Bannon, 1992; Schmidt, 1994) og bygger videre på studier gennemført af Strauss (1985), Woods (1988), Gerson og Star (1986) og Star (1989). Det er væsentligt at understrege, at denne begrebsramme (Schmidt, 1994) således hviler på flere forskellige forskere og studier, og at den med sit fokus på udviklingen af et rammeværk med henblik på analyse af kooperative arbejdsarrangementer og samordningsarbejde repræsenterer én tilgang til feltet. Store dele af CSCW-forskningen har siden hen kredset om begreberne præsenteret i denne begrebsramme.

Schmidts begrebsramme danner grundlag for analysen af det empiriske materiale, ligesom selv samme begrebsramme på baggrund af analysen nuanceres med henblik på i højere grad at kunne imødekomme tilsvarende analyser fremover.



3.1 TEORETISK POSITIONERING

Som vi anså i indledningen har de sidste årtier været præget af hurtige teknologiske og organisatoriske ændringer, der har ført til et stigende antal komplekse arbejdssettings. Komplexiteten er ofte en konsekvens af højt specialiserede aktører, der, ofte på trods af geografisk distribution, skal samarbejde omkring løsning af komplicerede opgaver. For at imødekomme denne nye type opgaver bliver arbejdsaktiviteterne tilsvarende komplekse. Forskningsfeltet CSCW (*Computer Supported Cooperative Work*) opstod i kølvandet på denne udvikling med henblik på at undersøge, hvordan samarbejdsaktiviteter og koordinationen af disse kan understøttes ved hjælp af it. CSCW forskningen voksede frem, ikke mindst som en konsekvens af en række it-fiaskoer, der bekræftede behovet for at udvikle mere holdbare måder at identificere krav til komplekse systemer, end den hidtidige konventionelle HCI-forskning (*Human Computer Interaction*)¹⁹ kunne præstere:

¹⁹ Human Computer Interaction er kort sagt en disciplin, der beskæftiger sig med design, evaluering og implementering af interaktive computersystemer og interaktionen mellem menneske og maskine (ACM SIGCHI, 1992, p. 7).

”There is a growing recognition that what are unfortunately classified as ‘non-functional requirements’ need to be taken seriously, and that ‘human factors’ consist of more than a concern with the interface between an individual and a workstation, but may involve the social and the organizational.” (Heath og Luff, 2000, p. 3.)

I den tidlige CSCW forskning, tog man dog, i forbindelse med udvikling af konventionelle computersystemer, udgangspunkt i at udvikle effektive systemer baseret på traditionelle metoder, teknikker og værktøjer inden for systemudvikling. Til trods for at systemerne blev designet til samarbejds miljøer, var der imidlertid ikke rettet opmærksomhed mod selve det samarbejde mellem aktørerne, som systemet skulle understøtte (Schmidt, 1994, p. 5).

Schmidt og Bannon foreslår senere, at CSCW skal opfattes som en disciplin, der bestræber sig på at forstå egenskaberne og karakteristikaene ved et samarbejde, med det formål at designe adækvate computerbaserede teknologier (Schmidt & Bannon, 1992). I forlængelse heraf distancerer de sig fra et hidtidigt fokus på (understøttelse af) gruppearbejde (group work) i snæver forstand og lægger vægt på behovet for at forstå kooperativt arbejde i en bredere forstand:

“CSCW should be conceived of as an endeavor to understand the nature and requirements of cooperative work with the objective of designing computerbased technologies for cooperative work arrangements. The fact that multiple individuals, situated in different work settings and situations, with different responsibilities, perspectives and propensities, interact and are mutually dependent in the conduct of their work has important implications for the design of computer systems intended to support them in this effort.” (Schmidt og Bannon, 1992, p. 11)

Dermed tillægges samarbejdet mellem aktørerne og den måde hvorpå de er gensidigt afhængig af hinanden en væsentlig betydning i forhold til design af it-systemer. Formålet med CSCW, der primært placerer sig som en designdisciplin, er altså via it at understøtte samarbejdet mellem forskellige aktører, der interagerer på mange forskellige måder i en kompleks organisatorisk kontekst (Greenbaum & Kyng, 1991).

Forskningsfeltet er dermed langt fra et homogent felt, og det diskuteres stadig hvilke overordnede forskningsspørgsmål, der er centrale for feltet (jf. f.eks. Carstensen og Schmidt, 1999). Blandt andet peger Carstensen på syv centrale dimensioner inden for CSCW: Arkitektur og platforme, design af asynkrone systemer (workflow systems mm), design af synkrone systemer, evaluering af CSCW systemer i brug, konceptualisering af kooperativt arbejde, udvikling af metodologier, studier af kooperativt arbejde (Carstensen, 1996, p. 30). Med andre ord hersker der en sådan diversitet i CSCW-feltet at opstillingen af en samlet CSCW-begrebsramme forekommer yderst vanskelig.

Centralt for Schmidts begrebsramme, der præsenteres nedenfor, er begrebsparrene dels *arbejdsfelt* og *kooperativt arbejdsarrangement* dels *samordningsarbejde* og *kooperativt arbejde*, samt artefaktens og procedurernes betydning for samordning af kooperativt arbejde.

3.2 ARBEJDSFELTET OG DET KOOPERATIVE ARBEJDSARRANGEMENT

Et centralt begrebspar er *arbejdsfeltet* og *det kooperative arbejdsarrangement*, der her introduceres hver for sig, så vidt det er muligt.

Arbejdsfeltet (the field of work) er genstandsfeltet for samarbejdet, f.eks. et softwareudviklingsprojekt samt dertilhørende processer og objekter (jf. Foss Electric, Carstensen og Sørensen, 1996). Arbejdsfeltet er det, som man gennem det kooperative arbejde ændrer status af. Det er: "*The part of the world that is affected (controlled or transformed) by the work of the actors*" (Schmidt, 1994 p. 59). Schmidt fremhæver i sin definition, at arbejdsfeltet ikke er en ting, men en konceptuel struktur, som hjælper os med at analysere og begrebsliggøre udformningen og samordningen af det kooperative arbejde (Schmidt, 1994 p. 15).

Arbejdsfeltet består af et konglomerat af gensidigt interagerende objekter og processer, som aktørerne i fællesskab transformerer og kontrollerer.

"The *common field of work*: the constellation of interlaced processes and interlinked objects, actual or anticipated, physical or social, which constitute the part of the world upon which the given cooperative work arrangement is operating as well as the interfaces to these processes and objects, such as sensors, effectors, tools, and representations" (Schmidt, 2002 p. 20)".

Objekterne og processerne som udgør arbejdsfeltet er interrelaterede, hvilket medfører, at aktørerne, der agerer i relation til et givent arbejdsfelt, bliver gensidigt afhængige af hinanden.

Det kooperative arbejdsarrangement (the cooperative work arrangement) skal netop forstås som samlingen af indbyrdes afhængige aktører i relation til et givent arbejdsfelt, der samarbejder om at ændre tilstanden i arbejdsfeltet. I forlængelse af ovenstående eksempel udgøres det kooperative arbejdsarrangement i relation til softwareudviklingsprojektet af samtlige involverede aktører, dvs. designere, programmører, ingeniører mv.

Schmidt understreger, at det er vigtigt at være opmærksom på, at fordi flere aktører samarbejder, konstituerer de ikke nødvendigvis et kooperativt arbejdsarrangement.

"While work is always socially situated and socially organized, the very work process is not always cooperative in the sense that it requires and involves multiple actors who are thus interdependent in their work" (Schmidt, 1994, p. 7).

Det er altså essentielt, at aktørerne er gensidigt afhængige af hinanden for at få deres arbejde udført. Det kooperative arbejdsarrangement opstår for at facilitere enten: *Øget kapacitet* f.eks. i forbindelse med fysisk arbejde, der kræver at flere samarbejder for at løse opgaven. *Differentiering og kombination* af specialfærdigheder, som er nødvendige for arbejdets fuldførelse. *Gensidig kritisk vurdering* for at sikre balancerede og objektive beslutninger i komplekse miljøer eller *Kombination af forskellige perspektiver* for at matche arbejdsfeltets mangeartede egenskaber (Schmidt, 1994 p. 8).

Ifølge Schmidt konstitueres det kooperative arbejdsarrangement af gensidig afhængighed og som ovenstående illustrer, opstår denne afhængighed af en række grunde.

Schmidt tilføjer desuden, at det kooperative arbejdsfelt skal ses som en dynamisk formation, der opstår for at imødekomme specifikke udfordringer fremsat af arbejdsfeltet, ligesom det forsvinder igen, når dette behov ikke længere er til stede:

”...cooperative work arrangements are transient formations, emerging contingently to handle specific requirements – in response to the requirements of the current situation and the technical and human resources at hand – merely to dissolve again when there is no need for multiple actors and their coordinated effort to handle situations...That is, cooperative work arrangements arise from and dissolve into individual work” (Schmidt, 1994 p. 11).

Et kooperativt arbejdsarrangement skal således altid forstås i forhold til et bestemt arbejdsfelt, og de bør derfor ansues som et begrebspar. Arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement både definerer og udelukker hinanden (Schmidt, 1994 p. 15).

Det kooperative arbejdsarrangement fremhæves desuden af Griesemer og Star som *heterogent*, idet det omfatter divergerende aktører, der tilgår den samme opgave ud fra forskellige traditioner og discipliner (Star og Griesemer, 1989, p. 387). Denne opfattelse suppleres af Carl Hewitt (1986), der refererer til kooperative arbejdsarrangementer ud fra metaforen *open systems*²⁰.

”The internal consistency of an open system cannot be assured, due to its very character as open and evolving. The information in an open system is thus heterogeneous, that is, different locales have different knowledge sources, viewpoints, and means of accomplishing tasks based on local contingencies and constraints.”
(Star, 1989 p. 45)

²⁰ *Open Systems* defineres ud fra seks fundamentale karakteristika: (1) concurrency, (2) Asynchrony, (3) Decentralized, (4) Inconsistent Information, (5) Arm'+length relationships og (6) Continuous operation (Hewitt, 1986 p. 272).

Som følge af geografisk distribution og stor heterogenitet vil det kooperative arbejdsarrangement ofte karakteriseres som kompleks.

3.3 ARBEJDSFELTETS KOMPLEKSITET

Arbejdsfeltet kan i sin natur være mere eller mindre komplekst. David D. Woods, som Schmidt bygger videre på, påpeger, at der er fire kompleksitetsdimensioner der definerer de krav et givent arbejdsfelt fremsætter: 1) Dynamik (*Dynamism*), 2) Antallet af parter og omfanget af forbindelser (*interconnections*) mellem parterne og variableerne (*Many highly interacting parts*), 3) Usikkerhed (*Uncertainty*) og 4) Risiko (*Risc*). Et arbejdsfelt karakteriseret som komplekst vil score højt på samtlige af disse dimensioner, fremhæver Woods (Woods, 1988 p. 130).

På baggrund af en diskussion af Woods' kompleksitetsbegreb udleder Schmidt tre typer af kompleksitet, relateret til arbejdsfeltet: *Strukturel kompleksitet* (structural complexity), *Temporal kompleksitet* (temporal complexity) og *Apperceptionskompleksitet* (apperception complexity) (Schmidt, 1994 p. 17).

Arbejdsfeltet er præget af strukturel kompleksitet, når medarbejderne i et kooperativt arbejdsarrangement interagerer gennem og i relation til et arbejdsfelt, hvor beslutningsprocessen kræver forskellige repræsentationer og konceptualiseringer. Arbejdsfeltet er præget af temporal kompleksitet, når aktørerne interagerer i relation til et arbejdsfeltet, der er kendetegnet ved dynamisk adfærd, hvor processerne hænger indbyrdes sammen og eventuelt er tidskritiske. Apperceptionskompleksitet optræder, når aktørerne, i forsøget på at forstå arbejdsfeltets tilstand, konfronteres med en række udfordringer f.eks. i form af utilstrækkelig information, larm, dårligt udsyn eller lignende (ibid.).

I en senere artikel (Schmidt, 2002) lægger Schmidt i højere grad vægt på kompleksitetens kilder og taler om: *Structural sources of complexity*, *Intensity of interdependencies* og *Apperceptive sources of complexity*. Vi mener dog ikke, at denne tilgang tilfører forståelsen af kompleksitetsbegrebet meget nyt og tager derfor afsæt i Schmidts oprindelige definition.

Dette suppleres imidlertid med Anselm Strauss' tanker om interaktionskompleksitet, der på den ene side uddyber Schmidts' strukturelle kompleksitet, og på den anden side henfører kompleksitetskilden mere specifikt til interaktionen mellem aktørerne involveret i det kooperative arbejdsarrangement (Strauss, 1985). Strauss identificerer to grundlæggende arbejdsmønstre eller typer af samarbejde, der enten er kendetegnet ved at være tætte (*closely collaborative*) eller fjerne (*harshly conflictful*). Sidstnævnte skal ses som udfordrende frem for direkte konfliktfuldt. Han fremhæver, at hvert arbejdsmønster hviler på en række grundlæggende interaktioner og referer til den samlede mængde, eller gestalt, af interaktioner som *the interactional style of the working team*, der i øvrigt ikke er stabil men kan variere undervejs. Interaktionsstilen kobles desuden til forskellige interaktionsmåder:

Nonverbal (skriftlig) eller verbal (mundtlig) afhængig af, hvad aktørerne primært gør brug af. Således vil det fjerne samarbejde primært være afhængig af medieret og skriftlig interaktion, mens det tætte samarbejde, kan understøttes af verbal interaktion, idet det involverer aktører, der arbejder mod fælles mål, stoler på hinanden og kommunikerer åbent.

3.4 KOOPERATIVT ARBEJDE OG SAMORDNINGSARBEJDE

Et andet begrebspar er *det kooperative arbejde* (the cooperative work) og *samordningsarbejdet* (articulation work), hvor det kooperative arbejde refererer til det egentlige arbejde, f.eks. softwareudvikling. Samordningsarbejde refererer til en række sekundære aktiviteter forbundet med at koordinere og integrere de individuelle aktiviteter, der er forbundet med at udføre det kooperative arbejde.

” [...] cooperating actors, being mutually dependent in their work, have to *articulate* (divide, allocate, coordinate, schedule, mesh, interrelate, etc.) their individual activities: Who is doing what, where, when, how, by means of which, under which constraints?”
(Schmidt, 1994, p. 18)

Samordningsarbejdet er nødvendigt for at få det kooperative arbejde til at fungere. Samordningsarbejdet handler derfor om at få overblik over (1) hvilke *aktører*, der er relevante for arbejdsopgaven, herunder hvem, der er tilgængelige, (2) hvem der har *ansvar* for hvad, (3) hvilke *opgaver* de skal udføres og i hvilken rækkefølge, (4) hvilke *aktiviteter* er i gang, hvad gør andre, hvad er gjort og hvad skal gøres, (5) hvordan klassificeres *konceptuelle strukturer* (kategorier, klassifikationer, definitioner, vokabularer) og (6) hvem har adgang til hvilke *ressourcer*? (Er de tilgængelige for alle eller kun enkelte aktører?) (Schmidt, 1994, pp. 18-19).

Samordningsarbejdet opstår som en række aktiviteter, der er nødvendige for at håndtere det kooperative arbejdes distribuerede natur. Med distribueret henviser Schmidt til aktørerne som semi-autonome, i forhold til at de hver især lokalt konfronteres med unikke situationer og problemstillinger, som de håndterer individuelt (Schmidt, 1994 p. 21). Distributionen bestemmes af graden af strukturel og temporal kompleksitet, fordelingen af aktiviteterne i tid og rum, apperceptionskompleksiteten, antallet af aktører og graden af deres specialisering osv., og denne distribution nødvendiggør altså samordningsarbejdet (ibid.).

Når arbejdet kræver, at en omfattende mængde gensidigt afhængige aktiviteter håndteres, stiger kompleksiteten i forbindelse med en koordination af disse aktiviteter tilsvarende (Carstensen & Schmidt, 1999 p. 2). Jo mere aktiviteterne i det kooperative arbejdsarrangement er distribuerede, desto mere kompleks bliver samordningsarbejdet af aktiviteterne (Schmidt, 1994 p. 22).

3.5 FORMALISERET KOORDINATION: PROCEDURER, KONVENTIONER OG ARTEFAKTER

Aktører der indgår i et kooperativt arbejde agerer i relation til det samme arbejdsfelt og de er derfor afhængige af at kunne holde sig orienterede om arbejdsfeltets tilstand "the state of affairs in the field of work" (Carstensen & Schmidt, 1999 p. 12). For at kunne koordinere og integrere deres individuelle aktiviteter er det nødvendigt, at aktørerne kan aflæse og indhente information om arbejdsfeltets status.

Arbejdsfeltets tilstand kan aflæses ved umiddelbar eller simpel overvågning og ved hjælp af ad hoc kommunikation. Denne aflæsning af arbejdsfeltet indebærer, at de involverede aktører på den ene side forsøger at gøre opmærksom på egne handlinger og disses betydning eller konsekvenser for arbejdsfeltet og på den anden side er opmærksomme på de andre aktørers handlinger. I litteraturen henvises til denne gensidige opmærksomhed som awareness (Schmidt, 1994 p. 60). Awareness anses som en afgørende forudsætning for etableringen af en gensidig forståelse af arbejdsfeltet og dets tilstand, blandt de involverede aktører.

Den gensidige opmærksomhed omkring arbejdsfeltet på baggrund af umiddelbar eller simpel overvågning såvel som ad hoc kommunikation udfordres imidlertid i komplekse arbejdssammenhænge, hvor det kooperative arbejdsarrangement i høj grad er distribueret. Samordningsarbejdet problematiseres i sig selv af selv samme grund.

I komplekse arbejdssammenhænge bliver det altså nødvendigt at forsøge at reducere noget af samordningsarbejdets kompleksitet. Derfor introduceres ofte *symbolske artefakter* så som formularer, skemaer og klassifikationsskemaer ofte ledsaget af skriftlige organisatoriske procedurer, som foreskriver anvendelsen af artefakterne. Ved at foreskrive og formidle samordningen af distribuerede aktiviteter er disse artefakter således med til at reducere en del af samordningsarbejdets kompleksitet (Carstensen & Sørensen, 1996, Schmidt, 1994 p. 65).

Koordinationsmekanismer er specialiserede symbolske artefakter, der udvikles med henblik på at understøtte specifikke aspekter af samordningsarbejdet, f.eks. en patientjournal, der foreskriver arbejdet mellem de forskellige aktører eller instanser inden for sundhedsvæsenet. Koordinationsmekanismer er altså ikke generelle informationsobjekter, som f.eks. telefoner og kalender, der optræder som allestedsnærværende på arbejdspladser, men specialiserede artefakter der imødekommer specifikke behov (ibid.).

Når aktiviteterne udføres separeret i tid og rum, kan der ligeledes være behov for strukturer, klassifikationer og konceptualiseringer, der reflekterer relevante strukturer i arbejdsfeltet og arbejdsarrangementet.

“When the number of mutually interdependent actors involved in a project exceeds the limit of a few, they need to examine the state of affairs in the field of work. This is however, impossible to do by means of ad hoc modes of interaction only. More formalized structures, procedures and artifacts are required.” (Carstensen & Sørensen, 1996, p. 407)

Samordningen af det kooperative arbejdsarrangements distribuerede aktiviteter kræver altså interaktion baseret på symbolske artefakter, eller koordinationsmekanismer, der reducerer dets kompleksitet. Der er tale om *mekanismer* i den forstand, at de er objekter (eksplicite, artificielle) og i en eller anden forstand er determinerende eller giver nogenlunde forventede, stabile resultater, hvis de anvendes i overensstemmelse med deres forskrivelse (Schmidt, 1994 p. 65).

Schmidts begrebsramme, der hermed er præsenteret, danner afsæt for den følgende analyse. Centrale begreber der primært anvendes i analysen er: *Arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement* samt *samordningsarbejde*. Artefakter og koordinationsmekanismer behandles kun sporadisk i analysen, da en detaljeret analyse af disse ligger uden for specialets fokus.

Udover Schmidts begrebsramme gøres der i analysen brug af Strauss (1985) og hans syn på interaktionskompleksitet, som han udleder på baggrund af studier af arbejdsdeling blandt sundhedsfaglige aktører. Herudover suppleres analysen af Dourish og Reddy (2002), der diskuterer, hvilken rolle temporale mønstre eller rytmer spiller for de sundhedsfaglige aktørers mulighed for at koordinere deres kooperative aktiviteter.

I det følgende præsenteres vores feltstudie i en neutral caseintroduktion. Denne omfatter en indføring i svangerforløbet og de centrale aktører og instanser involveret heri, samt de primære artefakter og koordinative aktiviteter aktørerne gør brug af i forbindelse med samordning af svangerforløbet. Efterfølgende analyseres svangerforløb ud fra den præsenterede begrebsramme.

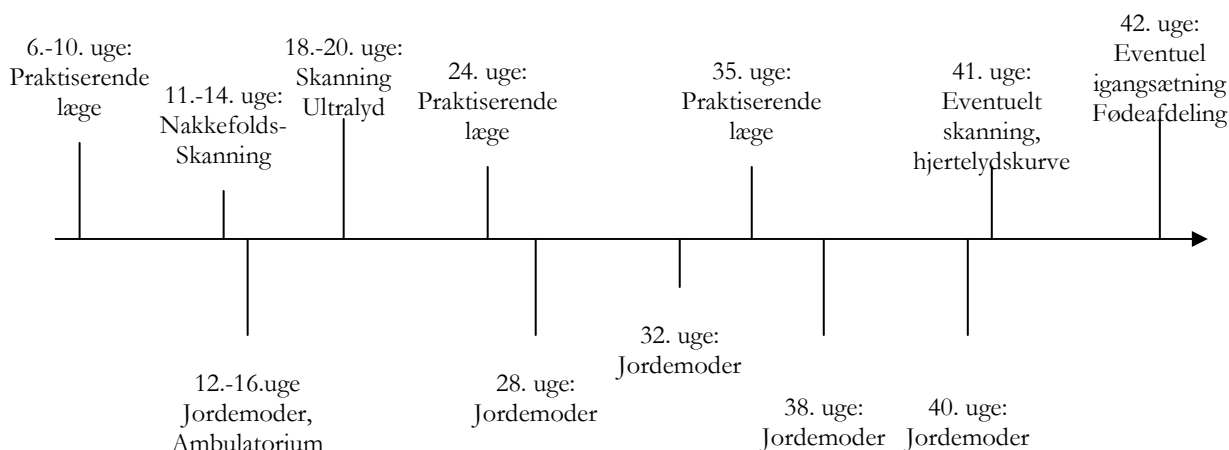
4 CASE INTRODUKTION OG SCENARIO

I dette afsnit introduceres vores empiriske case, herunder de centrale aktører og instanser involveret i svangerforløbet, de centrale artefakter, som disse bruger til koordination af svangerforløbet²¹ internt (f.eks. på Fødegangen), semi-internt (f.eks. mellem Svangreambulatoriet og Fødegangen inden for samme klinik), semi-eksternt (på tværs af afdelinger som f.eks. eksempel Fødegangen og Ultralydsklinikken) og eksternt (på tværs af primær og sekundærsektoren).

4.1 CENTRALE AKTØRER I SVANGERFORLØBET

De centrale aktører i svangerforløbet er den gravide selv, hendes praktiserende læge i primærsektoren, og i sekundærsektoren hendes jordemoder i Svangreambulatoriet og jordemødre og eventuelt fødselslæger (obstetrikere) på hospitalets Fødeafdeling.

Graviditetsforløbet tager udgangspunkt hos den praktiserende læge, som kvinden tager kontakt til, når hun har formodninger om, at hun er gravid. Undervejs i forløbet ser den gravide skiftevis sin praktiserende læge og en jordemoder i Svangreambulatoriet på Hospitalet (medmindre der er tale om eksterne klinikker i lokalområdet). Den gravide tilbydes skanninger undervejs, og Ultralydsklinikken, der forestår skanningerne, spiller derfor en central rolle for den gravide. Ifølge interviews med gravide er det ofte i forbindelse med skanningerne, at graviditeten virkeliggøres, fordi det er muligt at se fosteret. I forbindelse med fødslen henvender den gravide sig til Fødegangen eller Fødeafdelingen, der dermed også spiller en central rolle for kvinden. Et normalt graviditetsforløb kan groft skitseres således:



Figur 3: Illustration af de konsultationer, den gravide går til, under et normalt, ukompliceret graviditetsforløb. Skanningerne frem til fødslen foregår på Ultralydsklinikken, mens skanning og eventuelt igangsætning i uge 41 og 42 foregår på Fødegang eller Fødeafdeling. Kilde: Hvidovre Hospitals hjemmeside. Ved fødslen vil hun enten føde på fødeafdeling (klinik eller fødegang) eller alternativt hjemme.

²¹ Dette kapitel bygger dels på information hentet fra Rigshospitalets hjemmeside: (www.rh.dk og www.gravid.rh.dk) samt fra vores empiriske materiale (fra interviews og observationer)

I det følgende introduceres de aktører og instanser eller afdelinger, som repræsenterer vores empiriske materiale. I forbindelse med præsentationen af Obstetrisk Klinik introduceres kun de aktører og afdelinger, hvor empirien er indsamlet. For samtlige aktører gælder det at deres arbejdsopgaver i relation til svangerforløbet kort gennemgås ligesom de centrale artefakter og koordinative aktiviteter præsenteres.

4.1.1 DEN PRAKTISERENDE LÆGE

Den praktiserende læge er borgernes ”port” til sundhedsvæsenet. Det er her kvinden henvender sig, når hun har en formodning om, at hun er gravid. Den praktiserende læge konstaterer graviditeten, opretter en journal (vandre- og svangerskabsjournalen behandles senere) og henviser herefter den gravide til sekundærsektoren, det vil sige til det hospital den gravide har valgt at føde på.

I forhold til sekundærsektoren har den praktiserende læge rollen som ankerperson eller ”gatekeeper”. Han vurderer patienterne og deres helbredstilstand og henviser dem til hospitaler eller speciallæger i de tilfælde, hvor diagnoserne stiller krav til behandlinger eller undersøgelser, der ligger uden for hans regi. I forhold til speciallægerne varetager den praktiserende læge i højere grad en generalistfunktion.

4.1.2 OBSTETRISK KLINIK PÅ RIGSHOSPITALET

Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet, hvor store dele af det empiriske materiale er hentet, er placeret under Juliane Marie Centret, der samler de lægelige specialer, der vedrører kvinder, børn og forplantning²².

Obstetrisk Klinik er højt specialiseret, og den kliniske virksomhed er, udover normale graviditetsforløb, i høj grad præget af relativt lange og komplekse patientforløb som f.eks. gravide med sukkersyge, hjertesygdomme og andre alvorlige medicinske og kirurgiske sygdomme. For at varetage denne type komplekse patientforløb, er samarbejde med andre specialafdelinger og centre på Rigshospitalet påkrævet. Obstetrisk Klinik samarbejder derfor blandt andet med Ultralydsklinikken, Børnekirurgisk Afdeling og Anæstesi- og operationsenheden.

Obstetrisk Klinik fordeler sig på fem afsnit: Svangreambulatoriet, Fødeklinikken, Fødegangen, Svangreafsnittet (herunder Svangreambulatoriet), og Barselsafsnittet. Fødslerne varetages af jordemødre på hhv. Fødeklinikken og Fødegangen, der samlet varetager 3100 fødsler årligt. Jordemødrene cirkulerer mellem enkelte af afsnittene. Jordemødrene, der varetager fødsler på Fødegangen, har således vagter i ambulatoriet en

²² Rigshospitalet er organiseret i centrene: Abdominalcenteret, Diagnostisk Center, Finsencentret, Hjertecenteret, Hovedortocenteret, Neurocenteret og Juliane Marie Centeret, der hver især rummer en række klinikker, som hver undersøger eller behandler patienter med sygdomme inden for ét eller flere lægefaglige specialer og ekspertområder (for en oversigt se bilag 7).

gang ugentlig. Udover jordemødre er der obstetrikere (fødselslæger), jordemødre, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere, sekretærer og servicemedarbejdere. Der er i alt omkring 170 medarbejdere på Obstetrisk Klinik.

4.1.3 SVANGREAMBULATORIET

Jordemødrene i Svangreambulatoriet varetager de ambulante konsultationer i forbindelse med svangerforløbet, hvor den gravide og fosteret løbende undersøges. Jordemoderen undersøger barnets vækst i livmoderen, barnets hjertelyd, foretager blodtryk, urinprøver, undersøger væskeophobninger i kroppen og den gravides vægt. Den gravide tilses af en jordemoder i Svangreambulatoriet 5-6 gange i løbet af sin graviditet og Svangreambulatoriet varetager årligt 25.000 graviditetsbesøg. Da det er et ambulatorium, er det kun åbent i dagtimerne, på Rigshospitalet fra 8.00-15.00.

Der er omkring 4-5 jordemødre dagligt på Svangreambulatoriet og 1-2 læger. Indtil hun skal føde, har den gravide primært kontakt til jordemødrene i Svangreambulatoriet, den praktiserende læge og en sygeplejerske i Ultralydsklinikken, medmindre der opstår komplikationer undervejs, der gør det nødvendigt at foretage undersøgelser, der ikke kan foretages ambulat.

Jordemødrene i Svangreambulatoriet er samtidig tilknyttet Fødegangen eller Fødeklubben og veksler altså mellem vagter på disse og konsultationer i ambulatoriet.

4.1.4 FØDEGANGEN

Fødeafdelingen på Obstetrisk Klinik består af Fødeklubben, forbeholdt de ukomplicerede fødsler, og Fødegangen primært forbeholdt de komplicerede og vanskelige fødsler. Gravide, der forventes at få et ukompliceret fødselsforløb, henvises som regel til at føde på Fødeklubben. Fødeklubben er en forholdsvis lille afdeling, der døgnet rundt passes af to jordemødre og en sygehjælper. I dagtimerne er der desuden en afdelingsjordemoder og en sekretær.

Fødegangen er, i modsætning til Fødeklubben, en akut fødeafdeling, der primært er forbeholdt fødende med mere eller mindre komplicerede forløb. Fødegangen er hele døgnet bemannet med 3 jordemødre, 1 sygehjælper/social- og sundhedsassistent samt en jordemoder i 24-timers rådighedsvagt, der kan tilkaldes hjemmefra, hvis nødvendigt. Jordemødrene på Fødegangen varetager alle typer fødsler og i tilfælde af komplikationer ved en fødsel tilkaldes en vagthavende læge. Der er to vagthavende obstetrikere tilknyttet Fødegangen hele døgnet, en for- og en bagvagt, hvor sidstnævnte altid er en overlæge med stor erfaring og kompetence, mens forvagten er en mindre erfaren læge evt. under uddannelse.

Når en gravid kommer ind for at føde, modtages hun af en jordemoder, der foretager en række undersøgelser af f.eks. barnets hjertelyd, hvor meget livmodermunden har åbnet sig, hvor langt barnet er kommet ned i fødselsvejen, samt veerne. På baggrund heraf tager hun stilling til, hvorvidt kvinden er i fødsel. Derudover er der tilfælde, hvor den gravide tilbydes forskellige former for smertestillende behandling og i den forbindelse samarbejder aktørerne på Fødegangen med Anæstesi-læger fra Anæstesi- og operationsenheden.

4.1.5 ULTRALYDSKLINIKKEN

Ultralydsklinikken er ikke en del af Obstetrisk Klinik, men hører under Juliane Marie Centeret. Ultralydsklinikken spiller imidlertid en central rolle i forbindelse med svangerforløbet, da sygeplejersker her varetager nakkefoldsskanninger og ultralydsskanninger. I 11.-14. uge af graviditeten tilbydes den gravide en nakkefoldsskanning af fosteret. Denne skanning indgår i vurderingen af risikoen for, om fostret har den kromosomfejl, der giver Downs syndrom. I 18.-20. uge af graviditeten tilbydes den gravide en ultralydsskanning med henblik på at beregne termin, undersøge for tvillinger, moderkagens placering og om fosteret er normalt udviklet. Derudover modtager Ultralydsklinikken akutte patienter, i tilfælde hvor en jordemoder eller læge har mistanke om komplikationer i forløbet.

Ultralydsklinikken modtager 80-100 patienter dagligt og har dermed et meget højt patientflow. Skanningerne udføres typisk af læger og sygeplejersker og mange af skanningerne, herunder nakkefoldsskanningen, varetages af specialuddannede sygeplejersker. Andre skanninger varetages udelukkende af læger, det drejer sig blandt andet om skanninger på speciel indikation, hvor patienten er henvist til udvidet misdannelsesskanning eller fosterherteskanning.

4.1.6 CENTERET FOR GRAVIDE MED HJERTESYGDOMME

Center for gravide med hjertesygdomme er etableret med henblik på at imødekomme gravide med hjertesygdomme, der befinder sig i en risikogruppe. Initiativet er et tværfagligt samarbejde, der går på tværs af to centre: Obstetrisk Klinik, under Juliane Marie Centeret og Kardiologisk Klinik, under Hjertecenteret. Der er tale om et ”murstensløst” center der i alt involverer to obstetrikere, to kardiologer (hjertespecialister) og, når det vurderes nødvendigt, en anæstesi-læge. Herudover er to jordemødre, der har fået yderligere oplæring indenfor hjertesygdomme, involveret. Disse varetager de ambulante konsultationer (i Svangreambulatoriet) og indgår derudover i den almindelige jordemoderbemanding på Fødegangen. Desuden er der tilknyttet sygeplejersker fra Kardiologisk Klinik, der har fået supplerende oplæring inden for obstetrik, så de er i stand til at varetage de gravide, hvis de eventuelt indlægges på hjertemedicinsk afdeling efter fødslen.

De involverede aktører mødes én gang ugentligt, hvor de tilser de gravide og har herudover en månedlig konference, hvor samtlige gravide, ofte 5-6 stykker, diskuteres. De involverede

sundhedsfaglige aktører er primært tilknyttet deres respektive afdelinger, mens de er involveret i Centeret for gravide med hjertesygdomme sekundært.

4.2 CENTRALE ARTEFAKTER

Det er uden for specialets genstandsfelt at behandle artefakter dybdegående, men disse spiller en stor rolle for samordningsarbejdet på tværs af patientforløbet, og vi vil referere til dem løbende i analysen. Vi har valgt at skitsere de mest centrale artefakter for koordination af patientforløb og den følgende artefaktbeskrivelse er struktureret efter de typer af relationer de primært understøtter. Det vil sige eksternt mellem den praktiserende læge (primærsektoren) og speciallægerne eller jordemødrene (sekundærsektoren), semi-eksternt mellem f.eks. Ultralydsklinikken og Fødegangen og internt på Fødegangen. I forlængelse af artefaktbeskrivelsen behandles kort nogle centrale koordinative aktiviteter mellem de pågældende relationer.

- Koordination mellem primær og sekundær sektor (eksternt)
- Koordination mellem afdelinger på Rigshospitalet (semi-eksternt)
- Koordination internt på en afdeling (internt)

4.3 KOORDINATION MELLEM PRIMÆR OG SEKUNDÆR SEKTOR

Koordinationen mellem primær og sekundær sektor, herunder præciseringen af hvem der varetager og har ansvar for hvilke undersøgelser, fremgår af Sundhedsstyrelsens retningslinjer for Svangreforsorgen²³. Heraf fremgår således også, hvilke undersøgelser henholdsvis den praktiserende læge og jordemoderen skal foretage, hvilke journaler der skal udfyldes og hvordan. For koordination mellem primær og sekundær sektor er de centrale artefakter Svangerskabsjournalen, Vandrejournalen og Svangerskabskalenderen.

Svangerskabsjournalen

Svangerskabsjournalen²⁴ oprettes af den praktiserende læge ved den første konsultation, hvor graviditeten konstateres. Den udgør en samlet oversigt over den gravides helbredsmæssige tilstand og danner grundlag for en obstetrisk risikovurdering. Den indeholder oplysninger om den gravides civiltilstand og sociale baggrund, evt. tidligere aborter, samt anamnese (sygdomshistorie). En kopi af svangerskabsjournalen sendes til fødestedet efter 1. konsultation. Jordemødrene på Svangreambulatoriet placerer således en kopi af svangerskabsjournalen i Obstetrisk Journal, som de gør brug af internt på Obstetrisk Klinik. Svangerskabsjournalen fungerer som henvisning af den gravide fra primærsektor til sekundærsektor (visitation).

²³ <http://www.sst.dk/publ/Publ2001/Svangreomsorg/index.html>

²⁴ Se bilag 8a for et billede af Svangerskabsjournalen.

Vandrejournalen

Vandrejournalen oprettes, ligesom svangerskabsjournalen, af den praktiserende læge ved kvindens første konsultation. Vandrejournalen er det centrale artefakt i det løbende samarbejde mellem den praktiserende læge og jordemødrene i Svangreambulatoriet. Vandrejournalen er trykt på gennemslagspapir, og kvinden får selv udleveret originalen, mens den praktiserende læge beholder en kopi og fremsender en kopi til Svangreambulatoriet. Den gravide medbringer selv vandrejournalen til undersøgelser hos hhv. den praktiserende læge og jordemoder. I forbindelse med konsultationen noterer lægen og Jordemoderen på deres egne kopier oven på originalen med gennemslagspapir, således at originalen altid er opdateret med al information. Vandrejournalen indeholder information om den gravides tilstand samt resultater af prøver og undersøgelser i løbet af selve graviditeten. På vandrejournalen noteres i skematisk oversigtsform resultaterne fra de undersøgelser, der foretages i løbet af graviditeten hos den praktiserende læge og hos jordemoderen på Svangreambulatoriet. Den indeholder oplysninger om f. eks. symfyse-fundus mål²⁵, blodtryk, urintal, fosterskøn mm.

Personlige data på patienten
(navn, adresse mm.)

Resultater: symfyse-fundus
mål, blodtryk, urintal osv.

The form is titled 'Vandrejournal' and contains sections for patient data, pregnancy status, and a table for recording results. The table has columns for 'Dato', 'Symfyse-fundus mål', 'Blodtryk', 'Urintal', 'Fosterskøn', 'Fosterens størrelse', 'Fosterens placering', and 'Fosterens vægt'. The bottom of the form includes checkboxes for 'Udfyldes af jordemoderen' and 'Individuel/Gruppe'.

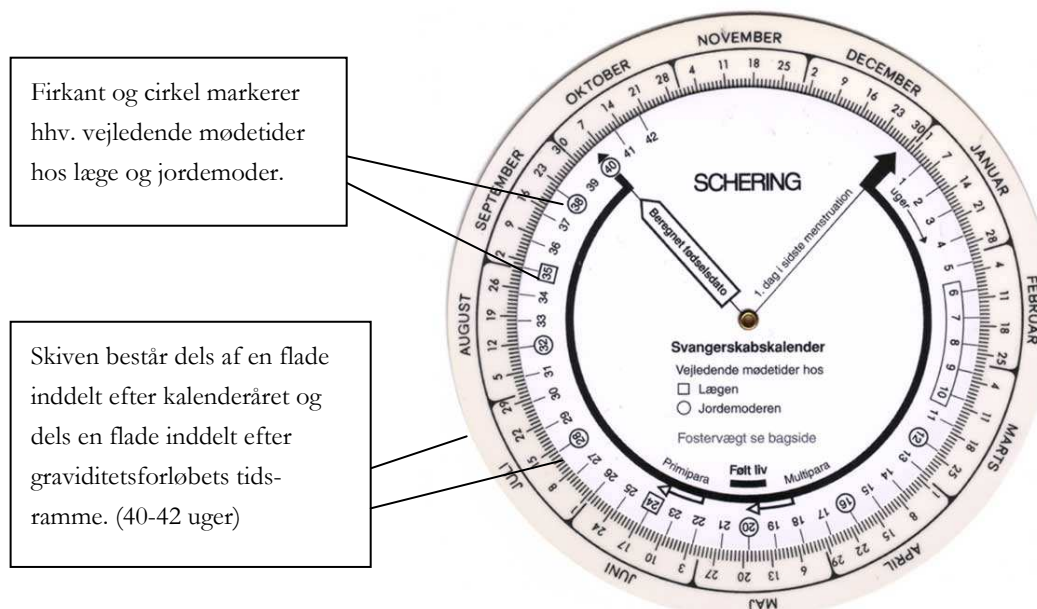
Figur 4: Vandrejournal, for større gengivelse, se bilag 8b.

Svangerskabskalenderen

Svangerskabskalenderen anvendes til beregning af termin, og på baggrund af denne fastlægges efterfølgende tidspunkterne for de undersøgelser, som den gravide skal have foretaget undervejs i forløbet. Kalenderen består af en rund drejeskive med to flader: dels en flade, der repræsenterer kalenderåret og dels en flade, der repræsenterer graviditetsforløbet inddelt i 42 uger. Denne flade kan drejes, således at den indstilles efter den præcise dato for 1. dag i graviditetsforløbet. Herefter kan lægen eller jordemoderen

²⁵ Symfyse-fundus mål er afstanden fra toppen af skambenet (symfyse) til toppen af livmoderen (fundus).

af læse en overordnet tidsplan for forløbet. På den måde fungerer kalenderen som en slags protokol for et normalt graviditetsforløb, dvs. at den fungerer som en slags referenceramme struktureret efter en tidsmæssig indeksering af den forventede udvikling i forløbet.



Figur 5: Svangerskabsjournalen: Ved at indstille den indre flade (der repræsenterer graviditetsforløbet) efter kalenderåret (ud fra den præcise dato for 1. dag i graviditetsforløbet, dvs. den første blødningsdag i sidste menstruation) kan læge og jordemoder aflæse en overordnet tidsplan for forløbet – herunder vejledende mødetider hos hhv. praktiserende læge og jordemoder. For større gengivelse, se bilag 8c.

4.4 KOORDINATION MELLEM AFDELINGER PÅ RIGSHOSPITALET

Koordinationen mellem afdelinger på Rigshospitalet f.eks. mellem Obstetrisk Klinik og Ultralydsklinikken refereres til som semi-ekstern koordination, idet de forskellige afdelinger er administrativt adskilt og dermed har egen ledelse, egne systemer og journaler. Den semi-eksterne koordination mellem afdelingerne understøttes af henvisninger og journalnotater.

Henvisninger

Henvisninger benyttes hver gang en afdeling henviser en patient til undersøgelse eller behandling på en anden afdeling, uanset om der er tale om en rutineundersøgelse eller en akut undersøgelse. Får en jordemoder på Fødegangen f.eks. mistanke om misdannelser ved fosteret, kan hun henvise den gravide til akut skanning på Ultralydsklinikken ved hjælp af en Ultralydshenvisning. Af henvisningen fremgår det, hvad den gravide skal skannes for, og der kan eventuelt tilføjes, i hvor høj grad skanningen er akut. Skal den f.eks. foretages samme dag eller i løbet af et par dage? Der kan også opstå situationer, hvor jordemoderen via fax henviser den gravide til Kardiologisk Klinik, hvor sekretæren på klinikken efterfølgende reserverer en tid.

Henvisninger benyttes også på tværs af sektorer, når f.eks. den praktiserende læge henviser den gravide til et ambulatorium. I forbindelse med svangerforløbet sker denne henvisning ved hjælp af vandrejournalen.

Journalnotater

Udover henvisninger gør det sundhedsfaglige personale internt på Rigshospitalet brug af journalnotater, der understøtter kommunikationen og koordinationen på tværs af afdelinger. Det gør sig f.eks. gældende i forbindelse med samarbejde mellem obstetrikere på Obstetrisk Klinik og kardiologer på Kardiologisk Klinik.

Hver afdeling har sin egen journal, der eksisterer således både en Obstetrisk Journal (der uddybes nedenfor) og en Kardiologisk Journal. Journalerne forbliver inden for samme afdeling, og ved samarbejde der går på tværs af afdelingerne, er det derfor nødvendigt at supplere informationen i egne journaler med information på baggrund af undersøgelser foretaget på andre afdelinger. I forbindelse med det tværfaglige samarbejde Center for Gravide med hjertesygdomme udarbejdes der et fælles notat vedrørende den gravide, og dette notat printes efterfølgende ud i to eksemplarer og placeres i både den Obstetriske og den Kardiologiske Journal.

4.5 KOORDINATION INTERNT PÅ OBSTETRISK KLINIK

Koordinationen internt på en enkelt afdeling foregår via den pågældende afdelings journal, på Obstetrisk Klinik altså via Obstetrisk Journal. I daglig tale refereres der blot til 'Journalen'.

Obstetrisk Journal

Når den gravide er blevet henvist til sekundærsektoren oprettes en journal (Obstetrisk Journal), hvis hun er førstegangsfødende, eller hendes gamle journal findes frem og lægges i Svangreambulatoriet. Det er denne, der er central for arbejdet internt på Obstetrisk Klinik. Journalen følger patienten rundt inden for samme klinik, dvs. jordemødrene i Svangreambulatoriet bruger den i løbet af graviditeten, ligesom jordemødrene på Fødeklubben eller Fødegangen bruger den i forbindelse med fødslen.

Journalerne bliver brugt til at samle al central information om den gravide og dennes helbredstilstand. Den indeholder journalnotater, continuationer²⁶ og diverse diagrammer fra f.eks. hjertelydsstrimmel mv. Aktørerne skriver efter hver "ydelse"²⁷ en continuation, dvs. en beskrivelse af hvilke ydelser, der er foretaget, hvornår og af hvem.

²⁶ Continuation er betegnelsen for en skriftlig dokumentation (her et stykke papir i journalen) af de forskellige undersøgelser og behandlinger, som en pågældende aktør har foretaget siden sidste continuation.

²⁷ "Ydelse" er de sundhedsfaglige aktørers betegnelse for en behandling, en undersøgelse eller lign.

Andre interne artefakter

Udover journalen udfylder lægerne og jordemødrene en række andre papirer, særligt efter fødslen. Det drejer sig blandt andet om en Fødselsanmeldelse, som jordemoder udfylder når barnet er født, og som sekretæren efterfølgende sender til sognepræsten eller kirkekontoret. I samme forbindelse udfyldes Barnets Journal, der indeholder oplysninger om barnets vægt, længde, reflekser mv. De nybagte forældre får denne journal med sig, når de forlader hospitalet.

På Fødegangen har man for nylig etableret et Standard Sectio, der er et dokument med standardfelter, som skal udfyldes af lægerne efter hvert kejsersnit (sectio). Det er blevet udarbejdet for at lette arbejdsgangen, da lægerne skal udfylde de samme oplysninger ved hvert kejsersnit.

Et andet artefakt er pp-medlisten, der er en oversigt over planlagte aktiviteter, der skal foregå i løbet af en given vagt, som f.eks. kejsersnit og igangsættelser af fødsler. Der er kun planlagte aktiviteter fra mandag til fredag i forbindelse med dagvagterne.

Journalkabinettet og tavlen

Journalkabinettet hænger inden for døren i personalerummet på Fødegangen. Det er et gennemsigtigt kabinet med plads til journalerne. Den er inddelt i to kolonner, hvor den ene side er til journalerne på de gravide, der allerede er ankommet, mens den anden side indeholder journaler på de gravide, der ventes at komme (hhv. markeret med skiltene ”er kommet” og ”kommer”). Hvert rum i kabinettet er desuden markeret med stuenummer.

Ved siden af journalkabinettet hænger en tavle, der understøtter intern koordination på Fødegangen. Der hænger en tilsvarende tavle i personalerummet på Fødeklubben, og lignende tavler anvendes på flere forskellige afdelinger efter samme princip. Tavlen formidler en oversigt over hvilke gravide der er indlagte (på hvilken stue), og hvilken jordemoder, der er tilknyttet den pågældende, samt baggrundsinformation om den gravide, f.eks. hvor langt hun er henne, om hun er førstegangsfødende eller hvor mange fødsler hun har haft tidligere osv. Derudover noteres løbende forskellige informationer, der indikerer status på den gravides aktuelle fødselsforløb (veer, udvidelser).

Der er et separat felt til notering af hvad der sker netop nu (f.eks. ”Epidural”, der betegner, at den gravide er ved at få lagt en epiduralblokkade, dvs. en rygmærvsbedøvelse), som den tilknyttede jordemoder skal sørge for at opdatere.

STUE (1)	PT (2)	GRAV/ PARA (3)	UGE (4)	(5)	VAND/ VEER (6)	COLL/ ORIF (7)	JOM (8)
MODT 1	Signe A	1/1	40+3	epidural	+/+	2/7	KSS
MODT 2							
2							
4							
6	Anne B	1/1	42+1	Igangsættelse	+/+	0/0	TJ
8							
10							
12							
A B							
C D							

Figur 6 – gengivelse af tavlen på Fødegangen

1) Stue: Hvilken stue ligger patienten på, 2) PT: Patientens navn, 3) Grava/para: hhv. hvilken graviditet og fødsel patienten har: f. eks. 1. graviditet og 1. fødsel – patienten kan også have 2. graviditet og 1. fødsel, hvis hun for eksempel har aborteret. 4) Uge: hvilken uge (+ dage) er den gravide i? 5) Her skrives diverse stikord – f. eks. hvis der lige er lagt epiduralblokkade 6) Vand/Veer: Her markeres med plus eller minus om den gravide hhv. har haft vandafgang og har fået veer. 7) COLL/ORIF: (udvidelse) 8) JOM: Hvilken jordemoder har ansvaret for den gravide.

4.6 ANDRE KOORDINATIVE AKTIVITETER

Ud over de ovenfor beskrevne artefakter gør aktørerne brug af en lang række koordinerende aktiviteter. Nedenfor er beskrevet et udpluk af de mest centrale for vores studie, og disse uddybes endvidere efterfølgende i analysen.

Afleveringsmøder

Afleveringsmøder er et eksempel på en koordinerende aktivitet internt på en afdeling. De finder sted i forbindelse med hvert vagtskifte, hvor det afgående team af jordemødre på Fødegangen så at sige afleverer de fødende til det indkomne team. På Fødegangen afleverer jordemoder til jordemoder, mens afdelingsjordemoder afleverer til afdelingsjordemoder og afleveringen af patienterne tager som regel udgangspunkt i journalerne samt informationerne på tavlen, der formidler en oversigt over antallet af fødende og deres status. Herudover gør jordemødrene brug af pp-medlisten. Afleveringerne på Fødegangen involverer som regel omkring en 6-7 jordemødre, og derudover er for- og bagvagten ofte til stede. Møderne varer 10-15 minutter. Vagtskifterne fordeler sig således: Dagvagt (07.00 – 15.00), Aftenvagts (15.00 – 23.00) og Nattevagt (23.00 – 07.00) og afleveringerne finder således sted kl. 07.00, 15.00 og kl. 23.00. Udover disse vagter er der altid én jordemoder i 24-timers rådighedsvagt, der kan tilkaldes hjemmefra.

Konference og mødeaktiviteter

Lægerne på Obstetrisk Klinik, både obstetrikere og gynækologer, afholder hver morgen fra kl. 08.00 – 08.30 lægekonference eller morgenkonference. Heri ligger dels et afleveringsaspekt, ligesom jordemødrene afrapporterer det afgående vagthold til det indkomne, dels et konfererende aspekt, hvor enkelte patienter diskuteres. Lægerne, der har haft nattevagt (både for- og bagvagten), afrapporterer fra de forskellige afdelinger, f.eks. fra Fødegangen og i denne forbindelse afrapporterer også afdelingsjordemoderen, der har været i nattevagt. Proceduren er, at afdelingsjordemoderen, efter at have afleveret til den indkomne afdelingsjordemoder kl. 07.00, følger med den obstetriske for- og bagvagt (der har haft nattevagt på Fødegangen) med op på Lægegangen kl. 08.00 for at afrapportere.

På konferencen snakker lægerne altså om, hvad der er sket det sidste døgn, hvilke patienter, der bliver indlagt den dag, og om der er patienter, det er nødvendigt at være særlig opmærksomme på. Konferencen samler omkring 11-12 læger i alt.

Der er også andre formaliserede mødeaktiviteter, der i højere grad går på tværs af fagligheder. Obstetrikere samles f.eks. med børnelæger hver tirsdag morgen, og onsdag eftermiddag prøver obstetrikere, børnelægerne, ultralydslægerne, kirurgerne og patologerne at samles til et koordinerende møde.

Telekommunikation

Sidst men ikke mindst foregår en stor del af koordinationen internt og på tværs af afdelinger og sektorer, gennem telefonisk kontakt. De vagtbærende læger, for- og bagvagten, samt afdelingsjordemoderen har en telefon på sig så de kan tilkaldes. F.eks. kan det være nødvendigt for en (menig) jordemoder at ringe til afdelingsjordemoderen efter assistance, og det kan være nødvendigt for afdelingsjordemoderen at ringe til enten for- eller bagvagten. Telefonen benyttes dog også til kommunikation mellem afdelinger, når en obstetiker f.eks. har brug for en kirurg ringer han til kirurgisk bagvagt, ligesom den praktiserende læge ringer til hospitalet, hvis henvisningen af en gravid skal ske akut. Telefonen imødekommer netop aktørernes behov for hurtig kontakt uanset tid og sted.

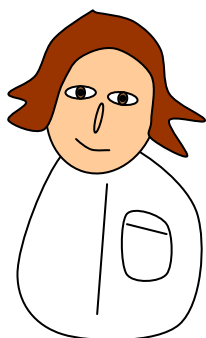
Hermed er vores feltstudie introduceret ved hjælp af en neutral caseintroduktion, der har beskrevet de centrale aktører og instanser involveret i svangerforløbet samt de mest centrale koordinative artefakter og aktiviteter.

I det følgende omsættes denne neutrale beskrivelse i et scenarie, der har til hensigt at give et mere levende indtryk af livet som det udspiller sig på Fødegangen. Scenariet udspiller sig over en dagvagt på Fødegangen (07.00 – 15.00), hvor vi følger jordemoderen Trine.

4.7 SCENARIO

I forlængelse af ovenstående caseintroduktion præsenteres her et scenarie, der danner indirekte afsæt til den efterfølgende analyse. Scenariet udspiller sig over en dagvagt på Fødegangen med jordemoderen Trine i hovedrollen.

Trine, Jordemoder, Obstetrisk Klinik



Trine er 35 og jordemoder på Obstetrisk Klinik på Rigshospitalet. Hendes arbejdsopgaver er fordelt i Svangreambulatoriet og på Fødegangen. Hun varetager konsultationer i Svangreambulatoriet en gang om ugen og har ellers vagter på Fødegangen. Hun har både dagvagter, aftenvagter og nattevagter. Det sker også, at hun har døgnvagt, hvor hun står 'stand by' hjemmefra og kan tilkaldes. Disse vagter er 24-timersvagter.

Trine er glad for sine konsultationer i ambulatoriet, hvor hun følger sine gravide op til fødslen, men hun synes også, at det er rart at være med til selve fødslerne på Fødegangen. Arbejdet på Fødegangen er dog en del mere hektisk end hendes faste vagter fra 8-15 i ambulatoriet, men det er jo, som hun siger, også det, der gør arbejdet spændende.

Kl. 06.45 – Morgen afleveringsmøde og morgenkonference

Det er tidlig morgen, og Trine har dagvagt på Fødegangen. Hun møder op på Fødegangen og skifter tøj i omklædningsrummet, inden hun går ind i personalerummet, hvor hendes kolleger fra natholdet sidder, der er kun omkring 3-4 stykker. Klokkeren er 6.45, så der er et kvarter til afleveringen går i gang, så hun kan lige nå en kop kaffe sammen med de andre, inden natteholdet går hjem. En sygehjælper (social- og sundhedsassistent) støder til og desuden de tre andre jordemødre, der skal i dagvagt. To møder ind til en 'menig' jordemodervagt, mens den tredje, Yvonne, møder ind til en afdelingsjordemodervagt. Herudover er Kirsten mødt ind, hun har, i modsætning til de andre jordemødre, altid helt faste vagter mandag til fredag (08.00 – 16.00), hvor hun står for de planlagte aktiviteter; igangsættelser, blodtryksmålinger og kejsersnit.

Både natholdet og dagholdet er samlet, herunder også de obstetrikere (fødselslæger), der har haft nattevagt på Fødegangen. Der bliver snakket, drukket kaffe, spist morgenmad og natmad alt afhængig af, om man netop er kommet eller er på vej hjem for at sove. Klokkeren bliver 7.00 og afleveringen går i gang. Jordemødrene fra natholdet afrapporterer om nattens forløb, dvs. de gennemgår, hvad der er sket i løbet af vagten; om der er kommet nye fødende, hvordan situationen for de indlagte fødende ser ud; er de i fødsel og i så fald hvor langt, går alt planmæssigt, har de født mv. Afleveringen varer typisk omkring 10-15

minutter, så er det nye vagthold klar til at overtage de fødende og de forskellige opgaver. Telefonen ringer flere gange gangen under afleveringen. Det er blandt andet henvendelser fra fødende, der er usikre på, hvorvidt de skal komme ind. Efter afleveringen genoptager jordemødrene kortvarigt den private snak. Nogle jordemødre fra natholdet bliver hængende lidt, andre rejser sig for at tage hjem, mens de nye jordemødre gør klar til dagens aktiviteter. Trine har fået ansvar for en fødende, der er meget langt i fødslen, og hun rejser sig derfor for at tilse og hjælpe hende med det samme. ”Jeg går ind og føder med Anne” siger hun til de andre og går ind på Fødestuen ved siden af.

I forlængelse af afleveringen går Hanne, afdelingsjordemoderen som har været i nattevagt og som Yvonne skal afløse, sammen med de to læger, der har været i nattevagt, op på Lægegangen, hvor Klinikledelsen har deres kontorer. Hanne skal afrapportere om nattens forløb på Fødegangen til obstetrikere og gynækologer, inden deres konference går i gang kl. 8.00. Hanne afrapporterer og går derefter ned i personalerummet på Fødegangen igen. De to læger, for- og bagvagten, der har haft nattevagt på Fødegangen afrapporterer ligeledes og efterfølgende konfererer lægerne om dagens patienter og aktiviteter.

Til konferencen gennemgås hvad der er sket i løbet af natten, hvilke patienter der er kommet ind, og hvordan deres tilstand er. Nye patienter eller patienter med forværret tilstand fremlægges med udgangspunkt i journalen, og på baggrund heraf vurderer den ene af overlægerne, Niels, hvad der i løbet af den kommende vagt skal ske med de forskellige patienter. Både de fødende på Fødegangen, men også patienter, f.eks. kræftpatienter, der hører under gynækologernes område. Niels tager stilling til, om konkrete initiativer skal sættes i gang som for eksempel fødsler eller kejsersnit. Lægerne drøfter også en fødende, der er overført fra Roskilde Sygehus, fordi hun er gået i fødsel kun 28 uger henne i sin graviditet. Pludselig ringer bagvagtens telefon. Han rejser sig og forlader konferencerummet. Lægerne er vant til denne type afbrydelser og fortsætter konferencen.

En af lægerne fra natholdet gør opmærksom på, at kommunikationen med urologerne²⁸ har været lidt anspændt i løbet af natten. Urologerne havde ringet tre gange i løbet af natten, fordi de havde overtaget en patient som først havde været under behandling på Obstetrisk Klinik. Urologerne mente, at obstetrikere i deres behandling af patienten, havde bevæget sig ind på deres område, hvilket de fandt uhensigtsmæssigt i forhold til den videre behandling af patienten.

Niels fremlægger efterfølgende, hvad der skal ske på Obstetrisk Klinik, herunder Fødegangen i løbet af vagten. Han meddeler, at der på Fødegangen er to planlagte kejsersnit, der starter kl. 9.00, og at der desuden er en fødende, der har diabetes og at

²⁸ Urologerne beskæftiger sig med urinvejsrelaterede sygdomme, og deres arbejdsområde kan derfor i visse tilfælde overlappe obstetrikernes.

lægerne, der skal i vagt her, i øvrigt skal være opmærksomme på, at hun har haft en traumatisk oplevelse med sugekop i forbindelse med sin første fødsel. Niels fordeler efterfølgende vagtens opgaver mellem de læger, der er mødt ind på dagvagten. Det vil sige hvem der går stuegang, hvem der tager lægeambulatoriet og hvem, der passer Fødegangen. Niels' telefon ringer et par gange under konferencen, men forespørgslerne kan klares telefonisk, og han venter derfor med at gå indtil konferencen med de andre læger er afsluttet.

De to obstetrikere, for- og bagvagten, der skal passe Fødegangen, går ned i personalerummet, hvor Yvonne briefer dem. Trine sidder og udfylder en journal og de andre jordemødre er inde på fødestuerne og har derfor heller ikke tid til at deltage i briefing. Afdelingsjordemoderen afrapporterer til de to læger om hvad, der er sket i løbet af den sidste time, siden jordemødrene havde deres aflevering kl. 7.00. Blandt andet fortæller hun, at endnu en fødende er kommet til, der er derfor lidt mere at se til, og hun gør opmærksom på, at kvinden med diabetes er i fødsel. De planlagte aktiviteter gennemgås med udgangspunkt i pp-medlisten; de to kejsersnit samt en igangsættelse. Det har været nødvendigt at sætte to kejsersnit på programmet. Der er ikke tale om rutinekejsersnit, og de er derfor ikke sat på om onsdagen, hvor man ellers er begyndt at samle kejsersnittene. Det ene kejsersnit skal foretages på en gravid, der har haft et forfærdeligt graviditetsforløb og netop har fået besked om, at der er konstateret vand i barnets hjerne. Den gravide er, ikke overraskende meget bekymret, og der skal derfor tages de nødvendige hensyn overfor hende. Den anden kvinde skal have foretaget kejsersnit, fordi barnet er meget lille og ikke vokser længere.

Der er for nylig indgået en tværfaglig samarbejdsaftale med operationslægerne, narkoselægerne og børnelægerne om at reservere onsdagen til rutinekejsersnit. Det refereres til som det elektive sectio team – et tværfagligt sammensat team, der den dag udelukkende foretager kejsersnit. Kejsersnit er ressourcekrævende operationer, der lægger beslag på flere forskellige afdelinger, så ved at samle kejsersnittene kan de gennemføres langt mere effektivt, og det bliver samtidig også lettere for de enkelte afdelinger at lægge planer og afsætte ressourcer, og der er stor tilfredshed med initiativet såvel blandt personalet som blandt de fødende.

Kl. 8.30 - Epiduralblokade

Afleveringsmødet er gået i opløsning, og folk er forsvundet hver til sit. Telefonen ringer, Trine tager den. Det er en kollega fra Fødeklubben. Hun har en gravid med mange smerter, som ikke er særlig langt i fødslen. Hun har forsøgt med lattergas, men det har ikke haft den tilsligtede virkning, og hun sender hende derfor over på Fødegangen, så hun kan få

lagt en epiduralblokade²⁹. Formelt set skal jordemødrene spørge en læge til råds, men i princippet ordinerer de selv epiduralblokader, der dog skal lægges af en anæstesi-læge. Trine gør klar til den fødende på en af fødestuerne og ringer til anæstesi-lægen. Han er imidlertid travlt optaget af et traume – en større ulykke – der pludselig har lagt beslag på en stor del af deres ressourcer. Han forventer dog, at der vil kunne være en narkoselæge på Fødegangen i løbet af 45 minutter. Der kommer én efter 30 minutter, og Trine assisterer hende i at lægge epiduralblokaden. De fleste af smerterne lindres, og Trine er godt tilfreds med effekten.

Kl. 10.15 - kejsersnit

Så er det tid til det ene af de to kejsersnit. Kvinden, der har haft et vanskeligt graviditetsforløb og netop har fået besked på, at der er konstateret vand i barnets hjerne, sidder på briksen i operationsstuen, hvor hun er ved at få lagt lokalbedøvelse. Operationsstuen er placeret på Fødegangen, og de involverede er ved at indfinde sig: En anæstesi-læge, en anæstesisygeplejerske, en operationssygeplejerske og en operationssygehjælper, en obstetrikere og to jordemødre. Normalt er der to obstetrikere og én jordemoder, men på grund af underbemanding blandt lægerne har det været nødvendigt for jordemødrene at træde til i stedet. De to jordemødre har på forhånd aftalt, hvem der varetager hvad, og det er aftalen, at Trine skal tage imod barnet. Operationslægen, der skal foretage kejsersnittet, er blevet tilkaldt lidt i forvejen, så hun har mulighed for kort at snakke med kvinden, der er meget nervøs. Operationen forløber planmæssigt, barnet er velskabt og bekymringerne om vand i hjernen viser sig at være ubegrundede.

Akutte kejsersnit er helt anderledes, idet de skal foretages på under 10 minutter inklusiv bedøvelse. Trine husker et akut kejsersnit, der fandt sted i forrige uge. En kvinde var indlagt til observation, fordi barnets hjerterytme var faldende og ikke rettede sig op. Barnet skulle ud hurtigst muligt, og kvinden blev derfor kørt akut på operationsstuen. Operations- og anæstesi-lægen kom løbende, ligesom obstetrikere, sygeplejersker og jordemødre kom til så hurtigt, de kunne. Børnelægen kom først, da de var gået i gang. Kejsersnittet blev foretaget på under 10 minutter inklusiv fuld narkose. Trine husker situationen som hektisk, men vellykket, specielt fordi samarbejdet fungerede så godt og var effektivt.

Efter kejsersnittet skal forløbet dokumenteres i journalerne. Trine sætter sig ind i personalerummet sammen med børnelægen og operationslægen. Der ligger bunker af papirer på store dele af bordet, og det er tydeligt på bunkerne, at det er en travl dag med masser at lave. Trine går i gang med at udfylde en fødselsanmeldelse, børnelægen udfylder 'barnets journal', og operationslægen et sectio standard. Dokumentationen skal gerne være på plads så hurtig som muligt efter kejsersnittet er foretaget. Desuden skal de snart i gang med det næste, så de har ikke meget tid.

²⁹ En epiduralblokade er en lokalbedøvelse, der foretages ved at placere et kateter i den nederste del af rygsøjlen mellem de hinder, der omslutter rygmarvskanalen. Blokaden bevirker, at nerverne til underlivet bedøves. (www.rh.gravid.dk)

En sekretær kommer ind i personalerummet. En praktiserende læge har ringet og har henvist en gravid til Fødegangen, som er på vej. Sekretæren giver jordemødrene beskeden og placerer samtidig en post-it note på bordet, hvoraf den gravides navn, personnummer og tilstand fremgår. En af social- og sundhedsassistenterne tilbyder at tage journalen med op fra Svangreambulatoriet, da hun alligevel er på vej derned. Den gravide kommer: Hun har for tidlig vandafgang og havde i første omgang ringet til sin praktiserende læge, der med det samme havde opfordret hende til at tage ind på Fødegangen. Trine tager imod hende og ringer efter en af lægerne for at få ham til at foretage en skanning af barnets hovedstilling. Lægen har imidlertid travlt og overtaler Trine til selv at gøre det, selvom det egentlig er hans opgave. Han vurderer imidlertid, at Trine har tilstrækkelig erfaring og overlader det til hende, fordi han selv er optaget. Da denne form for skanning ikke er kompliceret, kan de selv foretage den på Fødegangen. I andre mere komplicerede og alvorlige tilfælde må de sende den gravide til akut undersøgelse på Ultralydsklinikken.

Det er en hektisk dag i dag. Trine har talt med afdelingsjordemoderen Yvonne flere gange i løbet af dagen, og hun har travlt med løbende at vurdere, hvordan ressourcerne skal prioriteres, og hvornår der for eksempel er brug for assistance på Fødeklivnikken. Det er hele tiden en afvejning af, hvor mange ressourcer de selv kan undvære på Fødegangen, hvis de skal håndtere deres gravide optimalt. Afdelingsjordemoderen går løbende rundt, for at få et overblik over situationen de forskellige steder og for at se, om folk kan få tingene til at hænge sammen. Pludselig bliver Yvonne ringet op af en af jordemødrene, der gerne vil have hendes assistance ved en fødsel. Yvonne skynder sig ned på fødestuen.

Kl. 13.20 – en kompliceret fødsel

Kvinden med diabetes, som Niels gjorde opmærksom på om morgenen, er gået i fødsel, men der er ikke længere progression i fødslen, og den forløber derfor ikke planmæssigt. Barnet ligger uhensigtsmæssigt med ansigtet op, det er en 'stjernekygger', og det kan blive svært for den fødende at føde barnet naturligt. Yvonne går ind i personalerummet for at få fat i en læge. Her er det nye aftenvagthold ved at samles, blandt andet er den nye forvagt kommet. Yvonne vurderer imidlertid, at forvagten er for uerfaren og ikke har den fornødne kompetence, og hun går derfor direkte til bagvagten, der har en langt større erfaring. Hun opridses i korte træk den gravides tilstand, så han ved, hvad det drejer sig om. En anden jordemoder, der er til stede, har hørt andre tale om, at kvinden tidligere har haft en traumatisk oplevelse med en sugeskop og derfor er angst for at en sådan skal bruges igen. Hun fornemmer imidlertid, at den nyindkomne læge ikke har fået denne besked, og det er væsentligt, at han ved det, før han går ind til kvinden. Hun bryder kortvarigt ind i samtalen og sætter lægen ind i situationen.

Efter den korte briefing følger bagvagten med ind på fødselsstuen. Forvagten følger også med, dog blot for at observere. Lægen gør det klart overfor kvinden, at det kan blive

nødvendigt at tage barnet ved kejsersnit, og at hun derfor må gøre sit bedste for at samarbejde. En børnelæge tilkaldes for at tage sig af barnet, så snart det kommer ud. Stemningen er intens og koncentreret, men pludselig går det hurtigt, og en sund og velskabt dreng kommer til verden. Kejsersnit blev ikke nødvendigt, men de blev nødt til igen at gøre brug af sugekop. Denne gang var det dog mindre traumatisk for kvinden.

14.55 – eftermiddags aflevering

Klokken nærmer sig 15.00, og det er tid til det nye vagtskifte og dermed også et nyt afleveringsmøde. Jordemødrene fra dagvagten indfinder sig, og de nye, aftenholdet, støder til. Nogle jordemødre afleverer inde på stuen, fordi de skal 'aflevere' en fødende, der er så langt i fødselen, at det ikke er hensigtsmæssigt at gå derfra, til trods for vagtskiftet. De andre jordemødre samles i personalerummet og afleverer til hinanden. Trine afleverer tre patienter til de to nye jordemødre, og de fordeler selv opgaverne imellem sig. Der er ikke nogen planlagte aktiviteter som f.eks. igangsættelser, fordi det nye vagthold møder ind til en aftenvagt. Den nye afdelingsjordemoder møder ind og Yvonne afleverer til hende.

Trine er godt mør efter sådan en dag. Hun tjekker vagtskemaet inden hun går hjem. Hun skal først have vagt igen på søndag, hvilket passer hende fint oven på nogle hårde vagter. Weekendvagterne plejer at være lidt mere fredelige end hverdagsvagterne, godt nok er der mindre bemanning, men der er heller ingen planlagte aktiviteter som f.eks. kejsersnit og igangsættelser.

5 ANALYSE

Dette afsnit udgør analysen af vores empiriske feltstudie og danner samtidig fundamentet for den efterfølgende nuancering af Schmidts begrebsramme. Analysen besvarer således problemformuleringens første del: Hvad karakteriserer samordningsarbejdet omkring patientforløb (eksemplificeret ved svangerforløb), herunder hvilke vilkår er det underlagt?

Analysen falder i to dele: Første del omfatter en kort analyse af patientforløbet som *arbejdsfelt* og det tilhørende *kooperative arbejdsarrangement* samt de vilkår for samordningsarbejdet, der kan udledes på baggrund heraf. Anden del fokuserer på konkret analyse af *samordningsarbejdet* omkring patientforløbet. Denne del er struktureret ud fra seks temaer, der gennem omfattende arbejde med det empiriske materiale, er identificeret som centrale for samordning af patientforløb. De seks samordningsaktiviteter er: *Planlægning*, *Prioritering*, *Arbejdsdeling*, *Ansvarsfordeling*, *Orientering* samt *Integration af perspektiver*. Analysens andel del vejer tungest, idet disse temaer gennemgås detaljeret med henblik på at påvise, hvordan samordningen kan karakteriseres.

Schmidt lægger netop vægt på, at CSCW-analyser skal identificere de grundlæggende vilkår, der eksisterer for samordningsarbejdet i en given setting, med henblik på at analytikerens eller forskerens på baggrund heraf kan undersøge samordningsarbejdet detaljeret:

“Identifying the urgencies and constraints under which actors act and coordinate and integrate their activities only provides the groundworks of the analysis. What is then required is to investigate, in detail, the strategies and techniques, the procedures and routines, the categories and classifications, the criteria and indicators, the artifacts and notations actors use in their actual routine coordinative practices” (Schmidt, 2002 p. 16).

Analysen bevæger sig dermed på to niveauer; et generelt, der udgør analysens grundsten og et mere specifikt, der efterfølgende går i dybden med, hvordan aktørerne håndterer samordningsarbejdet.

5.1 ARBEJDSFELTET OG DET KOOPERATIVE ARBEJDSARRANGEMENT

Analysens første del har til hensigt at præsentere de grundlæggende vilkår for samordningsarbejdet, der er identificeret i den organisatoriske setting omkring patientforløb. Det sker ud fra en analyse af arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement omkring svangerforløb, der præsenteres i det følgende.

5.1.1 ARBEJDSFELTET

Arbejdsfeltet udgøres i vores case af svangerforløbet, dvs. den svangre samt de processer, artefakter og omgivelser, der indgår i diagnosticering, behandling og pleje af hende. Arbejdsfeltet er strukturelt komplekst, i kraft af de indbyrdes afhængige processer, der er relateret til forløbet.

Af caseintroduktionen fremgik det, at den gravide i løbet af sin graviditet har kontakt til flere forskellige sundhedsfaglige aktører som f.eks. hendes praktiserende læge og jordmoderen. Det betyder, at svanger- eller patientforløb er geografisk distribueret og på én gang udgør arbejdsfeltet for en række forskellige aktører, som både er fordelt i primær- og sekundærsektoren.

Samtidig er det distribueret i tid, dels overordnet, fordi der er tale om et forløb, der strækker sig over 42 uger, og dels fordi det forandres dynamisk i løbet af disse 42 uger. Svangerforløbet har en immanent spontan foranderlighed, der gør det vanskeligt fuldstændig at forudsige, hvad der sker undervejs. Desuden kan u håndgribelige faktorer som f.eks. smerter og symptomer give arbejdsfeltet et abstrakt præg. Det resulterer i et komplekst arbejdsfelt, hvilket forstærkes af, at patientforløb eller svangerforløb ikke kan betragtes isoleret. Aktørerne er således ikke kun involveret i et patientforløb eller svangerforløb ad gangen, men i flere forløb parallelt. Arbejdsfeltet udgøres altså af flere gravide på én gang, hvilket gør det relevant at tale om arbejdsfeltet som et *netværk* af forløb. I praksis betyder det, at arbejdsfeltet ikke er en afgrænset og statisk, men dynamisk størrelse. Forstået på den måde, at det er forskelligt, hvor mange gravide, der kommer, hvordan deres tilstand er, og hvornår de kommer. Det svarer til, hvad Schmidt refererer til som *temporal kompleksitet*:

”The world is dynamic, problem-solving incidents unfold in time and are event-driven...there can be time pressure, task can overlap, sustained performance is required, the nature of the problem to be solved can change...” (Schmidt, 1994 p. 17).

Aktørerne må således indordne sig eksterne styringsfaktorer eller dynamikker, da det ligger udenfor deres kontrol, f.eks. hvor mange gravide, der er indlagt, og hvordan deres tilstand er. Vi anvender begrebet *Arbejdsfeltets egendynamik*, der referer til den spontane foranderlighed og uforudsigelighed i den gravides tilstand.

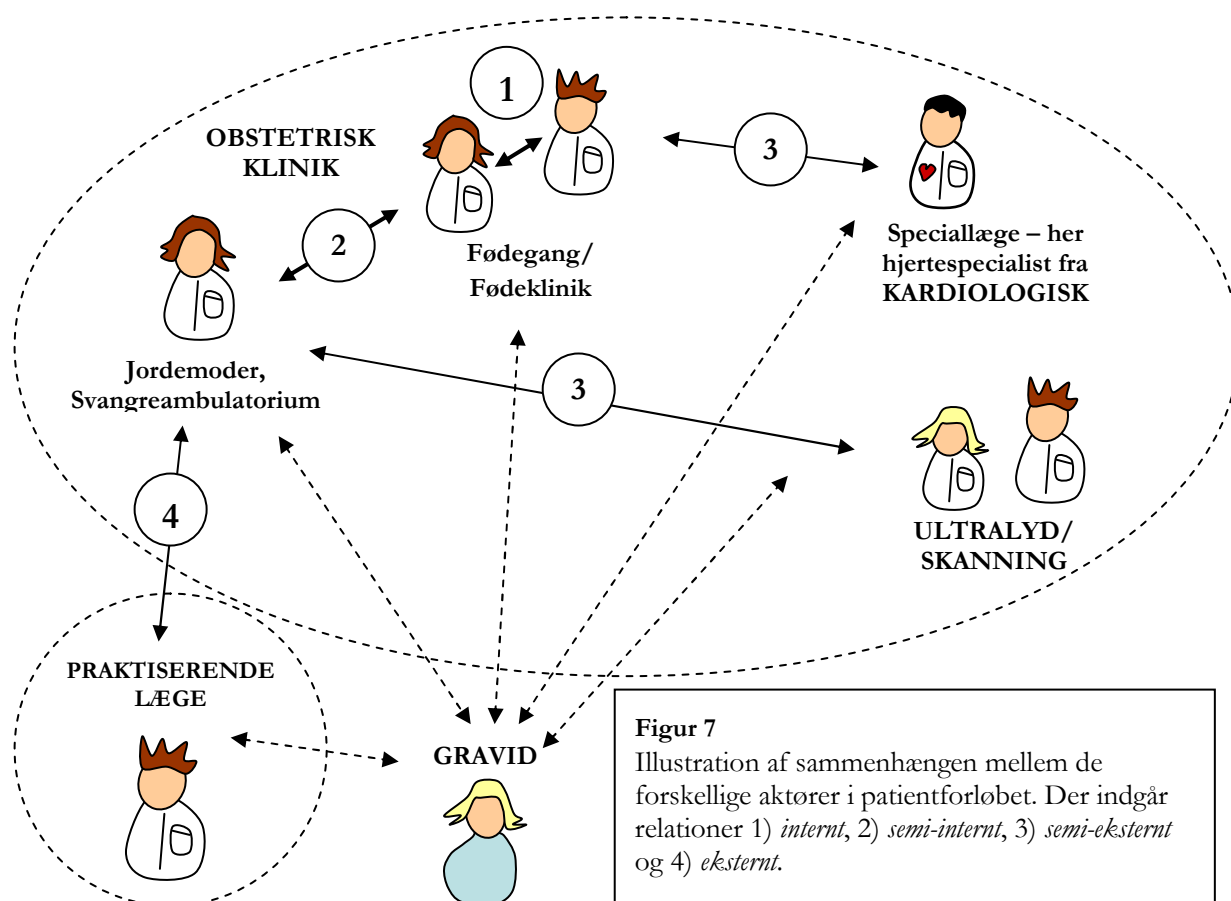
I forbindelse med diskussionen uddybes forståelsen af arbejdsfeltet, men vi fastholder foreløbigt arbejdsfeltet som det samlede netværk af svangerforløb.

5.1.2 DET KOOPERATIVE ARBEJDSARRANGEMENT

Som tidligere anført i den teoretiske begrebsafklaring, definerer arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement hinanden gensidigt. Og ligeledes så vi, at gensidig afhængighed blandt aktørerne er essentielt, da denne netop konstituerer det kooperative arbejdsarrangement. Hvis definitionen af arbejdsfeltet er det samlede netværk af svangerforløb, er det kooperative arbejdsarrangement den samlede mængde aktører involveret i disse forløb.

Af caseintroduktionen fremgik det, hvordan en række af specialiseringer er påkrævet for at varetage behandling, pleje og diagnosticering af patienten optimalt. Det kooperative arbejdsarrangement omkring patientforløbet er derfor præget af stor faglig heterogenitet³⁰. På Obstetrisk Klinik består de involverede aktører af forskellige faggrupper, som f.eks. jordemødre, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sekretærer og af læger med forskellige specialiseringer som f.eks. obstetrikere, anæstesilæger, gynækologer og børnelæger. Den stigende faglige specialisering medfører en høj grad af fysisk distribution blandt de sundhedsfaglige aktører, der dels er distribueret i sektorer, dels i afdelinger afhængig af specialer. Patient- og svangerforløb er komplekse størrelser, der stiller krav til omfattende samarbejde for de involverede aktører, både på tværs af faggrupper og specialer og på tværs af sektorer. De sundhedsfaglige aktører bliver dermed gensidigt afhængige af hinandens kompetencer og færdigheder for at udføre deres arbejde i relation til arbejdsfeltet.

I relation til et geografisk distribueret kooperativt arbejdsarrangement sker samarbejdet og dermed samordningsarbejdet tilsvarende som distribuerede aktiviteter.

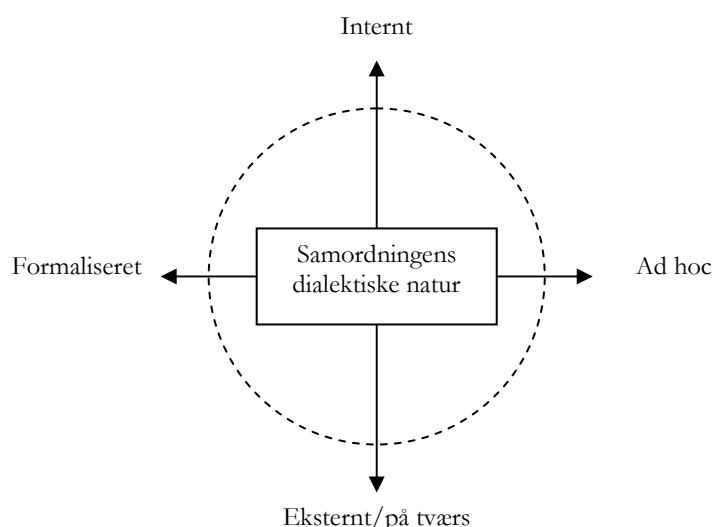


Figur 7
Illustration af sammenhængen mellem de forskellige aktører i patientforløbet. Der indgår relationer 1) *internt*, 2) *semi-internt*, 3) *semi-eksternt* og 4) *eksternt*.

³⁰ Vi anvender betegnelsen *faglig heterogenitet*, svarende til Schmidts anvendelse af *faglig distribution*. Distribution anvender vi udelukkende om forhold, der berører fysisk og tidslig distribution.

Vi refererer til samordningsarbejdet som *internt* (eventuelt på tværs af fagligheder), *semi-internt* (mellem to beslægtede afdelinger som f.eks. Fødeklinikken og Fødegangen), *semi-eksternt* (på tværs af specialer eller klinikker som f.eks. Obstetrisk Klinik og Hjertecenteret) og *eksternt* (på tværs af sektorer).

De grundlæggende vilkår for aktørernes samordningsarbejde omkring patientforløb kan, på baggrund af karakteristika i arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement, overordnet siges at være karakteriseret ved *en særlig dialektisk natur*. Denne dialektiske natur består af to helt centrale vekselvirkninger, som aktørerne er underlagt i deres arbejde. Dels en vekselvirkning mellem formaliseret og ad hoc samordning som konsekvens af arbejdets temporale kompleksitet og egendynamik. Dels en vekselvirkning mellem samordning internt på en enkelt afdeling og samordning, der rækker ud over denne interne samordning på f.eks. Fødegangen og som foregår på tværs af afdelinger (semi-internt), på tværs af klinikker/centre (semi-eksternt) eller på tværs af sektorer (eksternt). Samordningens dialektiske natur kan illustreres således:



Figur 2. Illustration af samordningens dialektiske natur. På den ene side en dialektik mellem formaliseret og ad hoc samordning som konsekvens af den temporale kompleksitet. På den anden side en dialektik mellem intern og ekstern samordning på tværs af interne afdelinger som konsekvens af arbejdsfeltets strukturelle kompleksitet og distribuerede natur.

Opsummering på arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement

De grundlæggende vilkår for aktørernes samordningsarbejde omkring patientforløb er identificeret ud fra en analyse af arbejdsfeltet og det tilhørende kooperative arbejdsarrangement. Det er nødvendigt at forstå disse vilkår for senere at kunne forstå samordningsarbejdet.

Arbejdsfeltet, netværket af patient- eller svangerforløb, er i sin natur unikt i kraft af dets uhåndgribelige og abstrakte natur, og det er samtidig karakteriseret ved en høj grad af *strukturel* og *temporalt kompleksitet*. Sidstnævnte fordi arbejdsfeltet i kraft af sin *egendynamik*

afleder uforudsigelige og spontane hændelser, som pludselig opståede komplikationer, jf. for eks. det akutte kejsersnit i scenariet. Det er således tidskritisk, idet det i situationer kan være et spørgsmål om liv og død. Fødegangen er netop en akutafdeling og pga. arbejdsfeltets temporale kompleksitet og egendynamik, er det svært for aktørerne på forhånd at vide, hvor mange gravide der er, hvad deres tilstand er, og hvor mange der kommer ind i løbet af en vagt.

Arbejdsfeltet, patient- eller svangerforløbet, er distribueret geografisk idet flere forskellige aktører er involveret i forløbet. Kompleksiteten i arbejdsfeltet afspejles således direkte i det kooperative arbejdsarrangement. Det kooperative arbejdsarrangement er højt specialiseret og udgør samlet set en heterogen gruppe og aktørerne er geografisk distribuerede som følge af den omfattende specialisering. Arbejdsfeltet stiller imidlertid krav til omfattende samarbejde på trods af heterogeniteten og den geografiske distribution, og aktørerne er dermed gensidigt afhængige af hinanden for at varetage patienten optimalt. Samarbejdet og samordningsarbejdet forekommer internt, semi-internt, semi-eksternt og eksternt, og sker enten direkte eller medieret, hvilket medfører en høj grad af interaktionskompleksitet. Heraf afledes samordningens dialektiske natur. For det første en dialektik mellem formaliseret og ad hoc samordning som konsekvens af den temporale kompleksitet. For det andet en dialektik mellem intern og ekstern samordning på tværs af interne afdelinger som konsekvens af arbejdsfeltets strukturelle kompleksitet og distribuerede natur

De grundlæggende vilkår for aktørernes samordningsarbejde omkring patientforløb kan sammenfattes i det vi kalder *samordningsarbejdets dialektiske natur*, og i det følgende, i analysens anden del, ser vi nærmere på de udfordringer, som denne dialektiske natur medfører i forhold til aktørernes konkrete samordningsarbejde.

5.2 SAMORDNING PÅ TVÆRS

Analysens første del bidrog til en forståelse af de grundlæggende vilkår samordningsarbejdet omkring patientforløb er underlagt. I det følgende analyseres samordningsarbejdet ud fra seks temaer eller aktiviteter, der gennem arbejdet med det empiriske materiale er identificeret som centrale for samordning af patientforløb.

- Planlægning
- Prioritering
- Arbejdsdeling
- Ansvarsfordeling
- Orientering
- Integration af perspektiver

Disse seks temaer hænger indbyrdes sammen og kan ikke i praksis ses som isolerede størrelser. I det følgende vil vi dog af hensyn til formidlingen beskrive dem adskilt.

I analysen af de seks samordningsaktiviteter påvises, hvorledes den dialektiske natur optræder som et grundlæggende vilkår for samordningen af patientforløb.

5.2.1 PLANLÆGNING

Planlægning er en central samordningsaktivitet og omfatter groft sagt den overordnede vagtskemaplanlægning, planlægning af aktiviteterne på den pågældende vagt samt planlægning af patientforløb. Sidstnævnte omfatter både kortsigtet planlægning – hvordan håndterer aktørerne de enkelte gravide her og nu, mens de er på Fødegangen? – og mere langsigtet patientforløbsplanlægning, f.eks. i forbindelse med mere komplekse graviditets- eller sygdomsforløb. Planlægning er en samordningsaktivitet, der altså forekommer på forskellige niveauer og optræder internt såvel som på tværs.

I det følgende præsenteres en række formaliserede planlægningsaktiviteter, som aktørerne gør brug af til intern samt tværgående planlægning. I forbindelse hermed illustreres samtidig, hvordan denne formalisering kommer til kort og må suppleres med uformel og ad hoc baseret kommunikation og planlægning, som følge af den temporale og strukturelle kompleksitet.

Vagtskemaplanlægning

Den interne planlægning på Fødegangen omfatter dels planlægning af vagtskemaet, dels planlægning af aktiviteterne i forbindelse med den pågældende vagt, så vidt det er muligt. Vagtskemaplanlægningen er et essentielt initiativ, der forsøger at sikre, at det nødvendige personale er til rådighed på en given vagt, både i forhold til antal og differentiering i faglighed. Sammensætningen af vagtskemaet sker ud fra en *forventning* om, hvor travl vagten bliver, og hvor mange aktører, der er nødvendige for at imødekomme dette. På grund af arbejdsfeltets egendynamik, er det imidlertid umuligt fuldstændigt at forudsige dette, da det er usikkert, hvor mange gravide der er indlagt på den pågældende vagt, hvad deres tilstand er, og hvor mange der f.eks. kommer ind i løbet af vagten, udover dem der i forvejen er på Fødegangen. Tilrettelæggelsen af vagtskemaet er altså et eksempel på en formaliseret aktivitet, der søger at strukturere arbejdet overordnet.

Planlægning af vagten

Den interne planlægning af aktiviteterne i forbindelse med en given vagt understøttes af et par formaliserede initiativer; afleveringsmøderne, konferencerne, samt ét centralt artefakt, pp-medlisten.

Afleveringsmøderne og konferencerne er koordinerende aktiviteter, der understøtter planlægning af aktiviteterne for den pågældende vagt. Få aktiviteter kan planlægges på forhånd, f.eks. nogle typer af kejsersnit eller igangsættelser. Disse fremgår af pp-medlisten, der således kan give en indikation om, hvor meget der vil være at lave på en given vagt. Udover selvfølgelig det, der kommer ind løbende og netop ikke kan planlægges.

Planlægningen af dagens aktiviteter finder sted i forbindelse med jordemødrenes afleveringsmøder og lægernes morgenkonferencer. På baggrund af statusfremlæggelsen fra det afgående vagthold, vurderer hhv. afdelingsjordemoderen og overlægen, hvad der skal gøres på den pågældende vagt. Det bestemmes af arbejdsfeltets status: Hvor mange fødende er indlagt? Hvor langt er de fødslen? Er der opstået komplikationer i forbindelse med nogle af fødslerne?

Indtil nu fremstår planlægningen af aktiviteterne for den pågældende vagt udelukkende som en intern planlægningsaktivitet. Det er imidlertid ikke tilfældet, idet forskellige aktiviteter, bl.a. kejsersnit, involverer aktører fra andre afdelinger og specialer.

På baggrund af arbejdsfeltets status, som det fremlægges til afleveringen, kan overlægen, som vi så det i scenariet, beslutte, at det f.eks. kan være nødvendigt at gennemføre to kejsersnit, selvom der normalt kun foretages ét. Denne planlægning bliver dermed en tværgående planlægningsaktivitet, idet den involverer anæstesilæger, børnelæger og operationslæger. Planlægningen på Obstetrisk Klinik får dermed indflydelse på planlægningen på de andre afdelinger, fordi planlægningen lægger beslag på deres ressourcer. Jordemødrenes arbejdsdag og deres planlægning må indordne sig denne beslutning, hvilket også gælder for lægerne og sygeplejerskerne på de andre involverede afdelinger.

Beslutningen om to planlagte kejsersnit eksemplificerer i øvrigt, hvordan der sker afvigelser fra de normale procedurer, der i dette tilfælde foreskriver gennemførelsen af ét planlagt kejsersnit pr. vagt. I den normale procedure er altså indlejret en grad af fleksibilitet, der f.eks. imødekommer pludselig opståede situationer og eventuelt akutte kejsersnit. Situationen med de to planlagte kejsersnit illustrerer dermed, hvordan den formaliserede eller strukturerede planlægning løbende revurderes og justeres ad hoc, i tilfælde hvor aktørerne anser det for nødvendigt.

Planlægning af patientforløb

Planlægning omfatter også planlægning af patientforløb, og aktiviteterne kan i den forbindelse have kortsigtet eller langsigtet karakter. Kortsigtet planlægning af patientforløb refererer til, hvordan den gravide håndteres, mens hun f.eks. er på Fødegangen. Det kan være planlægning af, hvad der skal ske i forbindelse med fødslen, skal hun f.eks. have smertestillende behandling og i så fald hvad og hvornår? Denne kortsigtede planlægning sker primært internt, men kan, hvis der er behov for det f.eks. i forbindelse med smertelindring, involvere andre specialer. Den tværgående planlægning og samarbejdet med andre afdelinger vil som regel ske i relation til en specifik kortvarig situation, som f.eks. smertestillende behandling eller kejsersnit.

Langsigtet planlægning af graviditets- eller patientforløb forekommer imidlertid også, som regel i forbindelse med mere komplekse forløb som f.eks. gravide med diabetes, stofskiftesygdomme eller hjertesygdomme. Planlægningsaktiviteterne i forbindelse med denne type gravide er mere eller mindre formaliserede, men går ofte på tværs af specialer. Centeret for gravide med hjertesygdomme er netop et formaliseret tværfagligt og tværspecialiseret initiativ, der søger at imødekomme en mere langsigtet planlægning af patientforløbet. Planlægningen sker, hvis det er muligt, allerede inden kvinden bliver gravid, og undervejs dokumenteres beslutningerne udførligt i en overordnet plan for forløbet og fødslen. Planen skal f.eks. i forbindelse med fødslen kunne fungere som en detaljeret køreplan, som det vil være muligt for andre aktører at følge, i tilfælde af at den gravide kommer ind for at føde på et tidspunkt, hvor aktørerne involveret i Center for gravide med hjertesygdomme ikke er i vagt.

Center for gravide med hjertesygdomme er et enestående eksempel på et tværfagligt formaliseret initiativ, der specifikt understøtter sammenhæng i patientforløbet. Det er imidlertid ikke repræsentativt for den tværfaglige planlægning, der primært foregår omkring patientforløb. Forskellige formaliserede initiativer er dog iværksat, om end det i praksis er en udfordring at få det til at fungere:

”Vi prøver at mødes hver onsdag eftermiddag for at holde sådan et koordinerende møde med børnelægerne, og ultralydslægerne og kirurgerne og os som fødselslæger og faktisk også patologerne, nu er vi ovre i det lidt mere dramatiske, for det er dem, der typisk kigger på de døde børn... Så det er et vigtigt forum. Men det er også noget, hvor vi hele tiden kæmper med at få det til at fungere, fordi vi alle sammen har frygteligt travlt. Det er et møde, der starter hver onsdag eftermiddag kl. halv tre, men det er ofte sådan, at aaah, vi kan ikke helt nå det til kl. halv tre, og så bliver klokken kvart i, og vi kan ikke nå det vi ville, det er sådan en daglig struckle, men sådan er det.” (Overlæg, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 13)

Fora af denne type har til hensigt at etablere og styrke tværgående samarbejdsrelationer og planlægning, og understøttes ved hjælp af journaler og henvisninger. En formalisering eller strukturering af det sundhedsfaglige arbejde lader sig imidlertid kun vanskeligt gøre i praksis, som følge af det temporalt komplekse arbejdsfelt. Det betyder samtidig, at den interne planlægning er lettere at overskue og har lettere vilkår, bl.a. fordi den nemmere understøttes af ad hoc samordningsaktiviteter end den tværgående, der er mere ressourcekrævende, fordi den kræver formalisering, faste aftaler, mødetidspunkter og lignende.

Den eksterne planlægning omkring patientforløb optræder på et mere overordnet niveau i form af retningslinjer og procedurer. Svangreprofylaksen er et eksempel på en sådan overordnet retningslinje, der foreskriver, hvad der i forbindelse med graviditetsforløbet skal gøres, og hvilke opgaver hhv. primær og sekundærsektor skal varetage. Således er det

sundhedsfaglige arbejde overordnet struktureret eller planlagt i overensstemmelse med disse retningslinjer. Et andet artefakt, der indirekte anvendes til planlægning på tværs af sektorer, er svangerskabskalenderen, der anvendes som referenceramme for planlægningen af de undersøgelser, kontroller og skanninger, som kvinden skal have foretaget i forbindelse med graviditeten. Ekstern planlægning omkring patientforløb er altså i høj grad formaliseret og understøttes af mere eller mindre avancerede og udførlige artefakter.

Opsummering af *Planlægning*

Planlægning omfatter en række aktiviteter, der på hver deres niveau søger at strukturere arbejdet. Ud over den interne vagtskemaplanlægning drejer det sig om planlægning af aktiviteterne på den pågældende vagt samt kort- og langsigtet planlægning af patientforløb, der begge optræder internt og semi-ekstern. Planlægning af vagten tager udgangspunkt i få fastlagte aktiviteter og sker ellers ad hoc i forhold til de nye situationer, som arbejdsfeltet løbende afføder. Denne planlægning rækker somme tider ud over det interne.

Obstetikerens beslutning om at gennemføre to kejsersnit i løbet af en vagt er dels en afvigelse fra den overordnede plan, dels får det konsekvenser for planlægningen på andre afdelinger. Situationen viser, hvordan der, for at imødekomme det temporalt komplekse og egendynamiske arbejdsfelt, er indlejret en grad af fleksibilitet i de normale procedurer, og det illustrerer, hvordan den formaliserede eller strukturerede planlægning løbende revurderes og justeres ad hoc, i tilfælde hvor aktørerne anser det for nødvendigt.

I forbindelse med planlægning af patientforløb er der identificeret to niveauer af planlægning; kort- og langsigtet planlægning. Den kortsigtede relaterer sig til her og nu planlægning eller håndtering af en given patient, hvilket kan involvere andre afdelinger. Planlægningen og samarbejdet med andre afdelinger vil som regel ske i relation til en specifik kortvarig situation, som f.eks. smertestillende behandling eller kejsersnit. Langsigtet planlægning af patientforløb relaterer sig til længere og komplekse forløb og vil som regel altid involvere flere specialer. Disse aktiviteter er som regel ikke formaliserede, men månedlige møder på tværs af specialer søger at understøtte bedre samarbejdsrelationer med henblik på integreret planlægning af patientforløb. Center for gravide med hjertesygdomme er et enestående eksempel på et formaliseret initiativ, der understøtter langsigtet planlægning af patientforløb på tværs af specialer og dermed sammenhængende patientforløb. Herudover skal det tilføjes, at de tværgående planlægningsaktiviteter pålægger aktørerne større udfordringer end de interne, fordi de i højere grad stiller krav til formaliseret understøttelse, f.eks. i form af fastlagte møder, eller procedurebeskrivelser, som det gør sig gældende i den overordnede planlægning mellem primær- og sekundærsektor. Formalisering problematiseres imidlertid samtidig af arbejdsfeltet og dets egendynamik, der gør det sundhedsfaglige arbejde uforudsigeligt, og i mange tilfælde lægger op til ad hoc planlægning. Ad hoc planlægning er dog problematisk for de tværgående planlægningsaktiviteter, hvor aktørerne bl.a. er geografisk distribuerede.

5.2.2 PRIORITERING

Arbejdsfeltets temporale kompleksitet og dets egendynamik skaber ikke blot et overordnet behov for at planlægge og forsøge at strukturere dagens aktiviteter. Det fører også til et behov for løbende prioritering, i løbet af den pågældende vagt. Prioritering refererer til, hvordan her og nu situationer håndteres, hvilket indebærer en løbende vurdering af, hvilken aktivitet man skal engagere sig i, og hvilke er mest presserende (hvad skal jeg gøre her og nu?). Prioriteringen er ikke kun afhængig af den enkelte person og kan ikke ses som en aktivitet, som den enkelte aktør foretager isoleret fra de andre aktører – det kooperative arbejdsarrangement. Prioritering bliver dermed en del af samordningsarbejdet, eller sagt på en anden måde, selve prioriteringen skal samordnes, og som vi skal se sker dette på flere niveauer: Internt på en afdeling, men også semi-internt og semi-eksternt på tværs af afdelinger. Nedenfor vil vi gennemgå en række faktorer, der spiller ind for aktørernes prioritering.

Som vi så det i det foregående afsnit om planlægning, er arbejdsfeltets egendynamik centralt for de sundhedsfaglige aktørers arbejde, og denne egendynamik er i høj grad en faktor for prioritering. Det er ofte denne, der gør, at aktørerne må prioritere, og som en jordemoder på Fødegangen beskriver det:

”Vi venter ikke på at folk [de gravide] kommer [ind på Fødegangen], så selv om hun har fået at vide, at kom du bare, så kan det godt være, at når hun kommer, så ligger der fire, der skal føde derude. Så vi prøver ligesom at vurdere det i forhold til hvem står i døren og hvem skal først have hjælp.” (Jordemoder på Fødegangen, interview 5 s. 6-7)

Men hvordan håndterer aktørerne denne konstante prioritering? Aktørerne trækker på deres faglige erfaringsgrundlag, som når jordemoderen vurderer, at den gravide, der ankommer til Fødegangen har mange smerter og derfor må prioriteres højt. Eller når sygeplejersken på Ultralydsklinikken prioriterer den syge gravide frem for den raske, fordi hun vurderer, at den syge gravide har et større behov for hurtig behandling end de raske:

”*Hvordan håndterer I dem [de akutte tilfælde] oveni et fuldt program?*

Ja, det er jo et rigtig godt spørgsmål. Vi prøver at gøre det så patientvenligt som muligt, men der er ikke tvivl om, at det ikke lykkes lige godt altid, fordi det er oveni alt muligt andet, men vi prøver at prioritere de syge til fordel for de raske... hvis vi har en rutinegennemskanning, hvor det hele forløber fint, så bliver hun måske loget lidt hurtigere ud af døren end hun normalt ville, hvis jeg ved, at der står på programmet, at der kommer en fra fødegangen, som har det skidt og dårligt. På den måde må man jo hele tiden prioritere, og man prøver at prioritere den syge så vidt som overhovedet muligt. Og de andre bliver så måske lige skippet af lidt hurtigere, end jeg i grunden synes er rimeligt.” (Sygeplejerske, Ultralyd, interview 14, s. 3-4.)

Men den enkelte aktør er samtidig afhængig af andre aktørers prioriteringer og må i nogle situationer forhandle og tilsidesætte sine egne prioriteter, som f.eks. når jordemoderen prioriterer kvinden med smerter, mens lægen prioriterer andre patienter, som han vurderer har mere brug for hans ekspertise. Af scenariet fremgår det netop, hvordan jordemoderen på et tidspunkt må vente tredive minutter på anæstesi-lægen, der må prioritere et akut traume højere end den gravide med smerter. Den enkelte aktørs afhængighed af andres prioriteringer optræder på flere niveauer og fremgår også af et interview med lægesekretæren på Kardiologisk Klinik, der må prioritere sine opgaver i forhold til lægernes prioriteringer:

”Hvordan planlægger du din arbejdsdag og dine forskellige opgaver i løbet af en dag?”

Det planlægger jeg faktisk ikke – jeg tager det altid fra en ende af. Selvfølgelig er der nogle rutiner, jeg skal gøre, men ellers er det jo meget sådan, at så tager man det sådan som det kommer. Så kommer der nogle ting, der haster, fra lægerne, og dem må man jo tage først, og så er der altid patienter, der ringer, og ting, der skal ordnes med det samme, og ellers er det jo bare at tage fra en ende af i ambulatoriet og skrive de notater, der er på de patienter, og nogle af dem haster, fordi de skal indlægges inden for kort tid, og andre haster måske ikke så meget, for de skal bare komme igen om fem år, men derfor skal de jo skrives alligevel og væk fra min hylde, så jeg har plads til næste uges ambulatorier. Og derfor er der jo hele tiden et eller andet, men man må jo prøve at se sådan hen ad vejen lærer man jo at prioritere hvad der er vigtigt og hvad der godt kan ligge lidt.” (Sekretær, Kardiologisk Klinik, Interview 16, s. 4)

Denne ad hoc erfaringsbaserede prioritering udgør en basal prioritering, der konstant finder sted i det sundhedsfaglige arbejde.

Derudover forsøger aktørerne, som vi også så det i forbindelse med planlægning, på afdelingsniveau at systematisere deres prioritering gennem planlægning af dagens aktiviteter. På Fødegangen udgør pp-medlisten udgangspunktet for prioritering af dagens opgaver. I forlængelse heraf gør aktørerne (internt på en afdeling) brug af vante rytmer som ramme for deres planlægning og prioritering.

Dourish og Reddy (2002) taler netop om sådanne rytmer eller mønstre som redskab til informationssøgning og -håndtering, koordination og organisering af arbejdet:

”...By rhythm, we mean the broad temporal pattern of the work iterated over time. The most important feature of the unit’s working rhythms is that multiple temporal patterns characterize the work in the unit. These rhythms can be more or less regular, and operate on a large or a small scale. Many different rhythms contribute to the regular temporal organization of work in the SICU.” (Dourish og Reddy, 2002, p. 348).

Rytmer kan være vagtskifte, morgenrunder, ankomst af patienter fra operationsstuen på bestemte tidspunkter, laboratorieresultater, medicinadministration og medicinens

virkningstid (Dourish og Reddy, 2002, pp. 348-350). På Fødegangen udgøres sådanne rytmer af vagtskifte, konferencer og afleveringsmøder, planlagte kejsersnit, der placeres på bestemte dage, laboratoriesvar og smertestillende medicins virkningstid osv. Rytmerne bruges som ressource til at strukturere og prioritere arbejdsopgaverne og indgår i samordningen af arbejdet indbyrdes på afdelingerne. Det fremgår ligeledes af Dourish og Reddys studier:

“In our investigation in the SICU, we found that medical practitioners must continually balance and integrate medical and organizational information in decision-making; that the processes of seeking and providing information are seamlessly interwoven with other working activities; and that they are coordinated in part through the set of working rhythms that provide a resource to interpret and manage work.“ (Ibid, p. 352)

På Fødegangen ved jordemoderen f.eks., hvornår lægen kommer til afleveringsmøde og har sine sædvanlige runder, og hvis hun har behov for at konsultere en læge, kan hun enten vælge at opsøge ham, eller hun kan vente til hun ved, han kommer forbi, hvis det altså vel at mærke er inden for en acceptabel tidshorisont. Men de enkelte rytmer kan også kolliderer med hinanden, hvilket Dourish og Reddy også pointerer:

“The different work rhythms of the nurses and physicians also can cause problems in coordinating the work activities of the two groups... As Zerubavel [32] states, “Many [rhythms] run independently of one another, and since there is not any attempt to coordinate them, conflicts arise”... ” (Ibid., p. 351)

På denne måde kan f.eks. sygeplejerskernes arbejdsrytme kolliderer med lægernes arbejdsrytme, hvilket skaber problemer for koordinationen af deres arbejde (Ibid., p. 351).

Dourish og Reddy påpeger, uden tvivl, langt hen ad vejen nogle interessante ting omkring rytmernes rolle for informationsøgning og koordination internt på en afdeling. I forbindelse med vores case har vi imidlertid identificeret nogle centrale aspekter, som de ikke tager op til overvejelse. For det første hvorledes arbejdsfeltets egendynamik påvirker de interne rytmer på en afdeling, og for det andet hvorledes rytmerne inden for én afdeling i en større sammenhæng har betydning for andre afdelinger og aktører, der er involveret i det samlede arbejdsfelt og kooperative arbejdsarrangement omkring patientforløb.

Den enkelte afdeling er ikke kun underlagt egne rytmer og prioriteter, men også dels arbejdsfeltets egendynamik og dels andre afdelingers rytmer og prioriteter. Dette fører til en ekstern mekanisme eller dynamik, som vi har valgt at betegne *prioriteringsdynamik*.

Prioriteringsdynamik

Det interne kooperative arbejdsarrangementes prioriteringer på en enkelt afdeling kan kolliderer med andre afdelingers prioriteringer. De andres prioritering bliver dermed en

faktor for ens egen prioritering. Dette illustreres i scenariet, hvor jordemoderen forsøger at tilkalde assistance, men anæstesiologen er optaget af et traume. Anæstesiologerne er nødt til at prioritere traumet, og denne prioritering får indvirkning på jordemødrenes prioritering. Dette sker som konsekvens af arbejdsfeltets egendynamik, der påvirker anæstesiologernes prioritering og dermed også indirekte Fødegangens prioritering. Egendynamikken bevirker, at afdelinger må afvige fra formaliserede planer og rytmer (for eksempel normen om ét planlagt kejsersnit pr. vagt) og omprioritere for at imødekomme patienterne. Denne omprioritering har oftest konsekvenser for andre afdelinger, som vi så det i scenariet, hvor operations- og børnelægerne bliver overbebyrdet, da overlægen på Obstetrisk Klinik beslutter, at der af hensyn til patienterne skal gennemføres to kejsersnit på én vagt.

Et eksempel på hvordan de forskellige afdelingers rytmer bliver en faktor for hinanden, er f.eks. i situationer, hvor jordemoderen i Svangreambulatoriet omkring middagstid må opgive at bestille tid til de gravide, da Ultralydsklinikken holder lukket for telefonerne mellem kl. 12 og 13. Oftest udgøres prioriteringsgrundlaget for aktørerne af en synergi mellem formaliserede rytmer på de forskellige afdelinger og uforudsigelige hændelser og egendynamik. Som den ledende sekretær på Obstetrisk Klinik beskriver det:

"Hvordan prioriterer du så dine opgaver i løbet af sådan en dag?"

Jeg prioriterer dem på den måde, at jeg, altså jeg har sådan et system med at jeg siger, at jeg om formiddagen, der registrer jeg, for der er fred og ro. Jeg møder meget tidligt, jeg kommer når klokken er ti minutter over syv, så på det tidspunkt og indtil klokken otte, der registrerer jeg, for der er der fred og ro til den slags ting, og så kan jeg... Jeg skriver faktisk også nogle journaler stadigvæk fra vores diabetesambulatorium, hvor der er patienter mandag og torsdag, og de journaler, dem skriver jeg så også de dage, ikke, og der prioriterer jeg det fra morgenstunden faktisk. Og de der ting, der kommer ind efterhånden, jamen dem... hvis det er noget, der haster selvfølgelig, så prioriterer jeg det, ikke?" (Sekretær, Obstetrisk Klinik, interview 12, s. 6-7)

Hun prioriterer sin dag dels ud fra andre aktørers og afdelingers formaliserede rytmer (det er roligt om formiddagen, diabetespatienter kommer mandag og torsdag), og dels ud fra arbejdsfeltets egendynamik (det der kommer ind efterhånden og som haster). På denne måde placerer prioriteringen sig i spændingsfeltet mellem på den ene side formaliserede rammer og rutiner og på den anden side ad hoc opgaver og dermed behovet for fleksibilitet. Et spændingsfelt, der også gjorde sig gældende i forbindelse med planlægningen.

Den samlede mængde af interne prioriteringer på afdelingerne udgør, tilsammen med arbejdsfeltets egendynamik, en prioriteringsdynamik, som aktørerne på tværs af afdelinger må navigere i forhold til.

Asymmetrisk afhængighed i forbindelse med prioriteringer

Desuden har vi observeret det, vi betegner som asymmetrisk afhængighed i forbindelse med prioriteringerne. Der kan opstå situationer, hvor den ene afdeling, f.eks. jordemødrene og lægerne på Fødegangen, er mere afhængig af anæstesilægen eller kirurgerne, end omvendt. Det er netop det forhold, der gør sig gældende i situationen med traumet, hvor jordemoderen, for at hjælpe den gravide, er afhængig af anæstesilægen.

Det asymmetriske afhængighedsforhold gør sig også gældende i forhold til faggrupper. Grundlæggende betyder den hierarkiske struktur, at jordemoderen typisk er afhængig af lægen og ikke omvendt. Jordemoderens situation kan f.eks. være bestemt af en kvinde, hvis tilstand forværres. Efter faglig sparring med andre jordemødre tilkalder hun lægen, der umiddelbart vurderer, at hun selv må tage sig af situationen, da han har mere akutte patienter at tage sig af, som vi så det i scenariet, hvor jordemoderen selv må tage sig af skanningen af den gravide.

Asymmetrisk afhængighed er et vilkår, fordi det relaterer sig til et dynamisk arbejdsfelt, der hele tiden skifter status, hvilket skaber forskellige prioriteringer lokalt, der ikke nødvendigvis harmonerer med hinanden på tværs.

Opsummering på *Prioritering*

Der hersker altså en konstant prioritering både internt på aktør- og afdelingsniveau, men også semi-internt og semi-eksternt på tværs af afdelinger. Aktørerne er både indordnet arbejdsfeltets egendynamik, som er uden for deres kontrol, og interne rytmer lokalt på deres afdelinger. Der kan være tale om rytmer inden for en faggruppe eller inden for en afdeling. Disse rytmer understøtter og komplicerer på én gang samordningen, idet den rækker udover den enkelte afdeling, og rytmerne derfor indgår i en større sammenhæng og kolliderer med hinanden. Vi har set eksempler på, hvordan en afdelings rytmer og prioriteringer har konsekvenser for en anden afdeling eller aktørs rytme og prioritering. Dette udgør i samspil med arbejdsfeltets egendynamik den samlede *prioriteringsdynamik*. Denne dynamik komplicerer samordningen både internt og eksternt på tværs af afdelinger. Vi så også, hvorledes prioriteringsdynamikken i nogle situationer fører til asymmetriske afhængighedsforhold, hvilket vi ser nærmere på i diskussionen.

Der er ingen specifikke artefakter for prioritering. I stedet prioriterer aktørerne på baggrund af de indlejrede informationer i omgivelserne; egne erfaringer, rytmer, informationer om andre aktører og afdelingers tilgængelighed og prioritering. Prioritering foregår dels ad hoc, og dels formaliseret i forbindelse med planlægning af dagens aktiviteter, jf f.eks. Ultralydsklinikken og Fødegangens pp-medliste.

5.2.3 ARBEJDSDELING

Arbejdsdeling er en central del af samordningsarbejdet omkring patientforløbet og fordelingen af arbejdet, blandt aktørerne involveret i det givne patientforløb, sker enten formaliseret dels dynamisk. Den formaliserede arbejdsdeling vedrører den overordnede fordeling af arbejdet mellem fagligheder, specialer og sektorer og knytter sig til arbejdsopgaver, der kan konkretiseres og udspecificeres. Den dynamiske og ad hoc baserede arbejdsdeling vedrører de aktuelle arbejdsopgaver, der opstår i relation til det praktiske arbejde med en given patient. Den dynamiske og ad hoc baserede arbejdsdeling optræder som en nødvendig supplerende aktivitet til den formaliserede, og den imødekommer det temporalt komplekse og egendynamiske arbejdsfelt med de udfordringer, det løbende fremsætter for aktørerne. Den dynamiske arbejdsdeling knytter sig altså til fordelingen af arbejdet på detailniveau, når der opstår et specifikt behov. Vekselvirkningen mellem en klar, udspecificeret arbejdsdeling og en uklar arbejdsdeling, har Strauss også identificeret i sine studier:

“Certain types of work are formulated more distinctly, even spelled out in legal or other official documents...in hospitals only surgeons open and close the body. But some aspects of the total arc involve types of work not spelled out so clearly in terms of who shall do them – or who only may do them.” (Strauss, 1985 p. 11).

Arbejdsdelingen sker i en vekselvirkning mellem den formaliserede og den dynamiske, og optræder på flere niveauer: Internt, semi-internt, semi-eksternt og eksternt.

Formaliseret arbejdsdeling

Opgaverne relateret til den overordnede varetagelse af patienten, i sundhedssektoren, er i høj grad formaliseret. Der er tale om en formaliseret arbejdsdeling, der relaterer sig til aktørernes faglighed, dvs. deres uddannelse. Jordemødrene varetager således en række opgaver, sygeplejerskerne en anden og lægerne en tredje på baggrund af fagligheder og specialiseringer.

Arbejdsdelingen mellem primær og sekundærsektor sker med udgangspunkt i det profylaktiske arbejde omkring patientforløb, og er altså formaliseret i form af overordnede retningslinjer og procedurer, der foreskriver arbejdsdelingen og arbejdet i sig selv. Dette eksemplificerer også, hvordan visse aspekter af arbejdsdelingen ”are formulated more distinctly, even spelled out in legal or other official documents” (ibid.). Svangreprofylaksen foreskriver arbejdet og arbejdsdelingen mellem primær og sekundærsektor i relation til svangerforløbet og er med tiden blevet indarbejdet som gældende normer for arbejdet. I praksis understøttes denne arbejdsdeling desuden af vandrejournalen, der altså fungerer som medierende artefakt mellem primær og sekundær sektor og foreskriver, hvem der varetager hvilke undersøgelser.

Formaliseret arbejdsdeling optræder også i form af rollefordeling, der medfører at udvalgte aktører pålægges bestemte beføjelser. Afdelingsjordemoderen har flere beføjelser end den 'menige jordemoder', og overlægen har ansvaret for arbejdsdelingen i forbindelse med konferencerne, mens reserve- eller uddannelseslægen må indordne sig dennes beslutninger. Skellet mellem for- og bagvagter illustrerer ligeledes, hvordan erfarings- og kompetenceniveau, udtrykt i titlen medfører en formaliseret arbejdsdeling.

Den overordnede arbejdsdeling medfører ofte større eller mindre overlap i arbejdsområderne, fordi det på dette niveau ikke er muligt at tage højde for nuancerne i arbejdet. I praksis optræder der derfor gråzoner eller overlap mellem arbejdsopgaverne relateret til fagligheder (internt og semi-internt), specialer (semi-eksternt) og i mindre omfang til sektorerne (eksternt).

Eksternt forekommer der overlap f. eks. mellem jordemoderens og den praktiserende læges arbejde i relation til svangerforløbet, idet begge varetager nogle af de samme undersøgelser, dog med flere ugers mellemrum. Af interviews med praktiserende læger og jordemødre fremgår det imidlertid, at svangreprofylaksen er meget veludbygget, hvorfor det i praksis sjældent fører til en uklar arbejdsdeling mellem primær og sekundær sektor.

Arbejdsdelingen kan imidlertid forekomme mere problematisk på det semi-eksterne niveau, hvor to specialafdelinger behandler den samme patient og altså dermed indgår i en form for arbejdsdeling. Af observationerne fremgik det således, hvordan der var opstået uenighed mellem obstetrikeren og urologerne omkring varetagelsen af en patient, herunder hvem (hvilken afdeling) der skulle gøre hvad og hvornår. I praksis vil dette i visse tilfælde kunne føre til en uklar arbejdsdeling. De gråzoner, der her optræder som følge af den formaliserede arbejdsdeling i relation til specialerne, må imødekommes af en ad hoc arbejdsdeling på detailniveau, når situationerne opstår.

Dynamisk arbejdsdeling

Den formaliserede eller overordnede arbejdsdeling, foreskrevet af retningslinjer og procedurer samt af strukturer i form af f. eks. fagligheder, specialiseringer og roller forekommer internt, semi-internt, semi-eksternt og eksternt. I praksis er denne overordnede arbejdsdeling imidlertid utilstrækkelig.

Den formaliserede arbejdsdeling siger ikke noget om, hvordan arbejdsopgaverne skal fordeles på detailniveau, f. eks. fordeling af arbejdet mellem jordemødrene på en given vagt, i relation til arbejdsfeltets status (antallet af patienter og deres tilstand).

Afdelingsjordemoderen har i sidste ende det overordnede ansvar for at fordele opgaverne, så omfanget og kompleksitetsgraden af disse matches til jordemødrenes erfaring og kompetenceniveau. I praksis sker arbejdsdelingen på detailniveau imidlertid ofte ved, at jordemødrene selv fordele arbejdet mellem sig, bl.a. på baggrund af interesser og

præferencer. Dette sker som en kontinuerlig forhandlingsproces, hvilket også Strauss påpeger på baggrund af sine studier:

“...tasks can be imposed; they can be requested; also they can just be assumed without request or command; but they can also be delegated or proffered, and accepted or rejected. Often they are negotiated.” (Strauss, 1985 p. 6)

Denne forhandlingsproces illustrerer, hvordan arbejdsdelingen på detailniveauet optræder dynamisk og ad hoc, når der er behov for det. På den ene side har aktørerne deres egne opgaver, men på den anden side må de hele tiden være villige til at påtage sig nye. Forhandlingen af begge typer opgaver sker kontinuerligt, som en jordemoder påpeger:

”Folk har deres faste opgaver og hvis der opstår noget finder vi jo ud af hvad vi gør. Når noget skal aftales, snakker vi bare lige sammen på gangen.” (Jordemoder, Fødegangen interview 4 s. 6)

Den dynamiske arbejdsdeling finder sted på gangen, jf. citatet, i personalerummet og i mere formaliseret grad i forbindelse med afleveringsmøderne og sker altså internt, primært ved face-to-face interaktion, eller ved hjælp af telefonen, der er en yderst central artefakt for de sundhedsfaglige aktører. Den imødekommer netop behovet for hurtig kontakt, uafhængigt af tid og sted og understøtter således også den tværgående arbejdsdeling.

Den dynamiske arbejdsdeling refererer ligeledes til, hvordan det i praksis kan være nødvendigt at omgå den formaliserede arbejdsdeling, f.eks. internt i forhold til for- og bagvagt. Af scenariet fremgik det, hvordan de, afhængig af deres vurdering af den pågældende situation, ofte vælger at tilkalde bagvagten direkte og ikke, som proceduren foreskriver, forvagten. Den dynamiske arbejdsdeling imødekommer samtidig de situationer, hvor den formaliserede arbejdsdeling relateret til faglighed og speciale (jordemødre, læger, sygeplejerske) er svær at opretholde i det konkrete arbejde med patienten, som vi også så det i forbindelse med diskussionen mellem obstetrikere og urologerne. Hver faggruppe og aktør varetager specifikke opgaver, men i virkeligheden er denne adskillelse ikke så entydig, hvilket også Strauss påpeger:

“...nurses will certainly engage much more in comfort work than physicians, social workers, or respiratory therapists; on the other hand, none of the staff ever know when they will get drawn into, or feel they should do, some bit of comfort work for a patient.” (Strauss, 1985 p. 12)

Observationerne har således fremvist flere eksempler på, hvordan aktørerne i en række situationer må træde til og hjælpe hinanden, specielt på tværs af fagligheder (jordemoder/læge), internt og semi-internt, hvorved der opstår gråzoner mellem faglighederne. Således får underbemanding blandt lægerne på Obstetrisk Klinik

konsekvenser for jordemødrene på Fødegangen, der må overtage pladsen for en af lægerne og assistere ved kejsersnit. Den flydende arbejdsdeling, mellem sundhedsfaglige aktører med overlappende arbejdsområde, optræder også blandt andre faggrupper f. eks. sekretærene:

”For mig er det ligegyldigt hvad jeg laver. Jeg har også siddet ude i et sengeafsnit, ikke! Og dét genererede mig altså ikke. Eller gå ind med blomster til en patient eller noget andet. Det er sådan lidt... man kan se, at hun har travlt, den der sygeplejerske, så gør jeg det lige. Jeg har aldrig sådan lagt mig så fast på mine grænser” (Sekretær, Obstetrisk Klinik interview 12 s. 18)

Eksemplet viser vanskeligheden ved i praksis at opretholde klare faglige skel og en klar arbejdsdeling bl.a. som følge af arbejdsopgavernes uspecificerede karakter og af arbejdsfeltets omskiftelighed og egendynamik. Der opstår altså gråzoner mellem faglighederne og arbejdsområderne som konsekvens af, at den overordnede formaliserede arbejdsdeling ikke kan tage højde for nuancerne i det praktiske arbejde.

Ovenstående eksempler har koncentreret sig om, hvordan den dynamiske arbejdsdeling finder sted internt på Fødegangen. Semi-ekstern og ekstern arbejdsdeling er i højere grad formaliseret, men også her finder ad hoc og dynamisk arbejdsdeling sted. Af nedenstående udsagn fra et interview med en læge involveret i Center for gravide med hjertesygdomme, fremgår det hvorledes ad hoc arbejdsdeling kan være nødvendigt på tværs af sektorer i forbindelse med mere komplicerede forløb, hvor det ikke er praktisk muligt at opretholde arbejdsdelingen mellem primær og sekundær sektor. Gravide involveret i disse forløb skal til en lang række af kontroller, og lægerne vurderer i de enkelte tilfælde om, og i hvilket omfang den praktiserende læge kan spille en rolle i forløbet:

”Og så er der nogle af dem [de gravide] der bor lidt langt væk, f.eks. i Korsør, hvor vi siger, at her er vi nød til at have egen læge på banen, fordi afstanden er for stor og dét, at vi har et ambulatorium én gang om ugen er ikke nødvendigvis nok, fordi der kan være behov for at følge hende endnu tættere. Så ringer vi op til dem og siger: ’vi har hende her’ og der er de her problemer, kunne du ikke være med på banen her? Og de vil jo gerne være med, men det er klart, at de jo ikke er klædt på til det, så vi er jo nød til at ringe og snakke med dem og sige det er dét her, der er problemet, og hvis du kunne hjælpe med de og de ting - så vil de jo gerne. Men man kan jo ikke bare lægge det over til dem, for det ligger langt ud over, hvad de normalt skal tage stilling til. Det kan man ikke forvente af dem, at de skal løse, men i samspil kan det sagtens gå.”
(Overlæge, Kardiologisk Klinik, interview 13 s. 8)

Dette eksemplificerer, hvordan det er muligt at tale om en dynamisk arbejdsdeling, på tværs af både faglighed og sektorer, som følge af et specifikt opstået behov.

Samarbejdsrelationer

Arbejdsdeling bør i realiteten ses i et bredere perspektiv som ét samarbejde mellem aktører internt eller på tværs; semi-internt, semi-eksternt eller eksternt, idet det involverer både en modtager og en afsender. Der er imidlertid forskel på, hvad aktørerne forbinder med samarbejde, og for mange konnoterer samarbejde formaliserede aftaler som f. eks. Center for gravide med hjertesygdomme.

”Det er faktisk kun obstetrikere vi har et samarbejde med - vi samarbejder ikke rigtig med andre afdelinger. Jeg tror faktisk også kun det er Hjertecenteret der har et så tæt samarbejde med en anden afdeling.” (Sekretær, Kardiologisk Klinik, interview 16 s. 6)

Det betyder samtidig, at den daglige ad hoc interaktion mellem to afdelinger ikke nødvendigvis på tilsvarende måde opfattes som et samarbejde (fordi det er meget løst i sin karakter). Denne opfattelse samt det forhold, at det tværgående samarbejde sker på tværs af geografisk distribuerede aktører, betyder, at det semi-eksterne og eksterne samarbejde har sværere vilkår end det interne. Den personlige kontakt mellem aktørerne er en afgørende faktor for etableringen af konstruktive tværgående relationer:

”Jeg tror da det er utrolig vigtigt, at man har en nærmest personlig relation til folk, at man ved, hvordan de ser ud, at det ikke bare er nogen, man har snakket med i telefonen, for at sådan et samarbejde skal køre optimalt, men det er jo en utrolig kompleks opgave i sådan et stort sygehus.” (Overlæge, Obstetrisk klinik, interview 6 s. 12-13).

Samarbejdet problematiseres ved fraværet af den personlige kontakt, ligesom det kan være uklart, hvem der fra den anden side gør hvad og hvordan.

”Det er jo en sekretær derovre, der får faxen, og *jeg vil tro*, at hun har ansvar for at det kommer i journalen” (*I: Det er ikke en du kender?*) ”Nej, jeg har ikke noget sådan samarbejde med én specielt derovre fra. Det kunne jeg måske egentlig godt have tænkt mig at der var. En eller anden, hvor man kunne sige, at *hun* står for det. Derovre fra regner de også med at jeg står for det med de journaler... Det havde været mere praktisk hvis der også var en derovre som havde ansvaret for at putte faxerne i journalen.” (Sekretær, interview 16 s. 3).

Tværgående samarbejde, herunder arbejdsdeling, optræder mere abstrakt og diffust, som følge af den manglende personlige kontakt. Samarbejdet, eller samarbejdsrelationerne, bliver tvetydige, når man ikke kender modtageren for sine aktiviteter. Den tætte relation mellem aktørerne er netop afgørende for at samarbejdet gensidigt forpligter og aftaler overholdes:

”Hvis folk ikke gør det, man beder dem om, så kan man - hvis man mødes med dem hver morgen - kigge dem dybt i øjnene og sige, vil du ikke godt være sød at huske på det? Men de her mennesker [kirurgisk afdeling], dem ser jeg ikke så tit, så det er

sværere - hvad det angår, der er jeg nok lidt mindre optimistisk omkring et samarbejde. Jeg kender dem ikke.” (Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 15)

Det tværgående samarbejde er derfor en større udfordring for aktørerne end det interne samarbejde.

Opsummering på *Arbejdsdeling*

Arbejdsdeling forekommer på forskellige niveauer og formaliseres overordnet ved hjælp af fagligheder og specialiseringer, retningslinjer og procedurer, som i det profylaktiske arbejde, og i form af roller. Umiddelbart tegner der sig således et billede af en nogenlunde klar og overskuelig arbejds- og opgavefordeling internt såvel som på de eksterne niveauer. Den overordnede formaliserede arbejdsdeling siger imidlertid ikke meget om, hvordan de konkrete situationer i relation til arbejdet med en given patient skal håndteres, og er desuden utilstrækkelig i relation til et temporalt komplekst og egendynamisk arbejdsfelt. Dynamisk eller ad hoc arbejdsdeling, der omfatter arbejdsdeling på detailniveau, er derfor en nødvendig supplerende aktivitet og forløber som en kontinuerlig forhandlingsproces blandt aktørerne. Vekselvirkningen mellem det formaliserede og det dynamiske og ad hoc baserede er nødvendig for at imødekomme arbejdsfeltet og det enkelte patientforløb, der ikke på forhånd kan forudsiges. Gråzoner mellem fagligheder og specialer opstår som en konsekvens heraf og kan gøre arbejdsdelingen tvetydig og uklar. Samtidig fremgår det, at det interne samarbejde har lettere forudsætninger end det tværgående, der vanskeliggøres af den fysiske distribution og den deraf manglende personlige relation og kontakt mellem aktørerne. Det tværgående samarbejde lider af, at det kan være tvetydigt for aktørerne, hvem de samarbejder med, undtagen når der er tale om et decideret tværfagligt formaliseret samarbejde, som f.eks. Center for gravide med hjertesygdomme. Som en konsekvens af disse ting får det tværgående samarbejde en mere abstrakt og diffus karakter.

5.2.4 ANSVARSDDELING

Arbejdsdeling hænger nøje sammen med ansvarsdeling, da varetagelsen af en specifik opgave samtidig indebærer et ansvar. Parallelt med arbejdsdelingen sker altså en tilsvarende dynamisk og distribueret ansvarsdeling ikke bare internt på en afdeling, men også på tværs, dvs. semi-internt, semi-eksternt og eksternt.

Den formaliserede arbejdsdeling, i form af retningslinjer og procedurer, placerer indirekte et ansvar, f. eks. foreskriver svangreprofylaksen, hvad den praktiserende læge henholdsvis jordmoderen har ansvar for at varetage i relation til patienten og dennes forløb. Men ligesom den dynamiske arbejdsdeling kan føre til gråzoner, mht. hvem der påtager sig opgaven og hvornår, problematiserer den også ansvarsplaceringen, der bliver tilsvarende dynamisk og uklar.

Generaliseret og aktuelt ansvar

Frem for at tale om et ansvar eller *ansvaret* dokumenterer det empiriske materiale, at det i stedet er nødvendigt at tale om forskellige typer af ansvar. I relation til et givent svanger- eller patientforløb optræder således to typer af ansvar: *Et generaliseret ansvar* og *et aktuelt ansvar*.

Det generaliserede ansvar refererer til, at alle aktører, involveret i et givent patientforløb, har et fælles ansvar for patienten. Det må nødvendigvis være tilfældet, når patientforløbet er distribueret på flere aktører. Ansvaret er imidlertid dynamisk og følger patienten, hvilket fremgår af nedenstående citat, der også eksemplificerer, at det er den personlige kontakt til patienten (omfanget af besøg/undersøgelser), der er bestemmende for, hvem der primært har ansvaret:

”Den der har hovedansvar er primært den praktiserende læge, men selvfølgelig når du kommer længere hen i svangerskabet er det jo jordemoderen, der følger hende og de læger der er ude på hospitalet, der følger hende med scanninger og blodprøver – alle har vi et fælles ansvar. Det er ikke centreret omkring én person den er gudskelov fordelt så alle er med til at bibeholde den høje standard.” (Praktiserende læge, interview 8 s. 6)

Den praktiserende læge har i forhold til ethvert patientforløb et generelt og helhedsorienteret ansvar for patientens samlede forløb. I forhold til svangerforløbet har jordemoderen i Svangreambulatoriet et tilsvarende generaliseret ansvar for de gravide. I afsnittet om arbejdsdeling så vi, hvordan hjertespecialisten i forbindelse med Center for gravide med hjertesygdomme tog særskilt kontakt til den praktiserende læge for at inddrage ham aktivt i arbejdet. Den praktiserende læge engagerer sig naturligvis, idet han påtager sig et ansvar for patienten, også selvom denne i en periode primært behandles i sekundærsektorens regi. I det generaliserede ansvar ligger der altså, at involverede aktører har (eller bør have) en fælles interesse for patienten og dennes forløb ud fra et helhedsorienteret perspektiv.

Det aktuelle ansvar henviser til her og nu arbejdet med patienten, dvs. det faktiske ansvar som foreligger i det konkrete arbejde med den gravide, f.eks. mens hun er på Fødegangen, eller når hun er i konsultation hos sin praktiserende læge. Jordemødrene og lægerne, der er involveret i fødslen, har i den pågældende situation det aktuelle ansvar, mens den praktiserende læge til gengæld har et generaliseret ansvar. Ansvaret, eller ansvarsfølelsen, er således lokalt forankret. Jordemødrene, der varetager den gravide og ’føder med hende’, som de udtrykker det, påtager sig det fulde ansvar for hende, mens hun er i deres hænder. I modsætning til et generaliseret ansvar, der er relativt diffust, er det aktuelle ansvar konkret, idet aktørerne står med patienten her og nu.

Disse to typer af ansvar afhænger altså af hvordan den enkelte aktør er involveret i forløbet, men også på hvilket niveau involveringen sker. Involveringen kan ske på flere niveauer, afhængig af om der er tale om *primære aktører* eller *sekundære aktører*. De primære

aktører påtager sig i højere grad et generaliseret ansvar end de sekundære aktører. I forbindelse med svangerforløbet er den praktiserende læge og jordemoderen primære aktører, mens personalet på Ultralydsklinikken spiller en sekundær rolle, fordi de ikke i samme omfang varetager den gravide. De primære aktører vil i kraft af deres tætte kontakt til den gravide, føle et større ansvar og deres ansvarsfølelse veksler således mellem det generaliserede og det aktuelle. De sekundære aktører vil i mindre omfang engagere sig i et generaliseret ansvar, fordi deres fokus i langt højere grad ligger på de enkeltstående undersøgelser. De gennemfører skanningen og påtager sig det aktuelle ansvar for denne undersøgelse, men ikke for den gravides forløb som helhed. Dette antyder samtidig, at de primære aktører ser den gravide mere helhedsorienteret og nuanceret end de sekundære aktører. Af interviews fremgår det netop at personalet på Ultralydsklinikken, ikke overraskende, betragter patienterne som et flow i højere grad end som enkeltindivider:

”Det er en meget travl afdeling og patienterne kommer ind og ud hele tiden... Vi har 70-80-90 patienter igennem hver dag plus deres mænd... Det er nogle gange ligesom hovedbanegården” (Sygeplejerske, Ultralydsklinikken interview 14 s. 2).

Opfattelsen af de gravide set fra Ultralydspersonalets perspektiv adskiller sig således væsentligt fra jordemødrenes i Svangreambulatoriet, der betragter kvinden mere helhedsorienteret og nuanceret og af samme grund refererer til dem som *vores gravide*. ”Alle vores gravide, de er jo forbi der [Ultralydsklinikken] to gange i løbet af graviditeten.” (Jordemoder, Svangreambulatoriet, interview. 4 s. 4). At patienterne betragtes som *vores* henholdsvis *deres* er ikke udsædvanlig, hvilket også fremgår af et interview med en overlæge på Hjertemedicinsk Klinik:

”... bare lige at snutte de kirurgiske patienter hened, det gør man bare ikke. Der sidder jo nogle deroppe og siger: Hov, det er jo vores patienter! Du kan da ikke bare komme og tage vores forhave! Sådan ser folk på det. (Overlæge, Hjertemedicinsk Klinik, interview 13 s. 17)

Distinktionen mellem *vores/os* henholdsvis *deres/de andre* optræder også i forholdene mellem afdelingerne på hospitalet, fremgår det af et interview med sekretæren på Obstetrisk Klinik:

”... Jeg er blevet overrasket over, hvor dårlig en kommunikation, der kan være, bare mellem to afdelinger, der måske ligger lige over for hinanden. Det kan være helt vildt. Som helt to fremmede... Jeg tror det er et eller andet.. jeg ved ikke, om det er et spøgelse, der er på hospitalet. Du har hørt det der med, at det er de andre, ikke? Det er ”os” og ”de andre”. Man tror, at naboen ikke laver nær så meget, som man selv gør, vel?”. (Sekretær, Obstetrisk Klinik, interview 12 s. 13).

Citatet illustrerer, hvordan afdelingerne fungerer som mere eller mindre adskilte enheder, der er lukket omkring sig selv og sit arbejde. Denne opfattelse af *os* og *de andre* kan problematisere et generaliseret ansvar, der går på tværs, primært semi-eksternt. Ansvarsplaceringen problematiseres yderligere af, at primære og sekundære aktører har forskellige perspektiver på patienten, og at patienterne opfattes som henholdsvis *vores* eller

deres. Det er naturligt at antage at ansvarsfølelsen for *egne* patienter er større end for *andres* patienter, netop fordi ansvarsfølelsen er lokalt forankret.

For realiseringen af det sammenhængende patientforløb er det afgørende, at et generaliseret ansvar følger patienten og altså etableres på tværs af afdelinger, uanset om der er tale om primære eller sekundære aktører.

Det generaliserede ansvar problematiseres imidlertid i overleveringssituationer, når arbejdet går på tværs af afdelinger, og det kan være uklart, hvem der overtager patienten og dermed ansvaret.

”... det er jo typisk, at hvis der ikke er nogen, der tager ansvaret for en patient, så bliver forløbet meget bumpet. Når man hele tiden kommer et nyt sted hen, så skal der være én, der tager ansvar for hvad nu? Og hvad gør vi her? (Overlæge, Kardiologisk Klinik, interview 13 s. 13)

I overleveringssituationen ligger en latent konflikt, idet primære aktører overleverer til sekundære aktører og disse har forskellige perspektiver på patienten, og derudover fordi det kan være uklart både for den afleverende og for den modtagende part (aktør eller afdeling), hvem der påtager sig ansvaret for patienten. Den afleverende aktør afleverer patienten uden at vide, hvem der påtager sig ansvaret for hende og uden glidende overgange vil forløbet blive ’bumpet’, og mere sammenhængende patientforløb ville forblive en vision. Et generaliseret ansvar er afgørende for realisering af patientforløb, der er mere sammenhængende.

Opsummering på *Ansvar*

Et svangerforløb eller patientforløb involverer flere forskellige geografisk distribuerede aktører, hvilket bl.a. andet vanskeliggør en central ansvarsplacering af forløbet. Frem for at tale om et ansvar eller *ansvaret* dokumenterer det empiriske materiale, at det i stedet er nødvendigt at tale om forskellige typer af ansvar. I relation til et givent svanger- eller patientforløb optræder således to typer af ansvar: *Et generaliseret ansvar* og *et aktuelt ansvar*. Aktørerne involveret i et givent patientforløb har (eller bør have) et generaliseret ansvar – et generelt og helhedsorienteret ansvar for patientens samlede forløb, udover det aktuelle ansvar de påtager sig i det konkrete arbejde med patienten her og nu, f.eks. når den praktiserende læge eller jordemoderen har den gravide i konsultation. Afhængig af aktørernes involvering i patienten (omfanget samt antallet af undersøgelser) identificeres samtidig primære og sekundære aktører, f.eks. jordemoderen i Svangreambulatoriet overfor sygeplejersken på Ultralydsklinikken, hvor primære aktører i højere grad har tendens til at påtage sig et generaliseret ansvar. Opfattelsen af *vores* overfor *deres* patienter afspejles også i forholdet mellem afdelinger, hvor der er *os* og *de andre*. Afdelingerne fungerer dermed som mere eller mindre adskilte enheder, lukket omkring sig selv og sit eget arbejde. Denne opfattelse af *vores* og *deres* patienter samt *os* og *de andre* i forhold til andre afdelinger kan problematisere et generaliseret ansvar, der går på tværs, primært semi-eksternt. Det

generaliserede ansvar er imidlertid essentielt for mere sammenhængende patientforløb, idet det aktuelle ansvar, at varetage den enkelte patient her og nu, er utilstrækkeligt. I forbindelse med afleveringssituationer må der nødvendigvis være aktører, blandt aftagerne, der påtager sig ansvaret for det videre forløb med patienten (og dermed også sørger for at orientere sig om patientens hidtidige forløb). Det er kun muligt at varetage patienten helhedsorienteret, hvis de aktører, der har det aktuelle ansvar, også har den bagvedliggende viden om patienten, som ligger i et generaliseret ansvar.

5.2.5 ORIENTERING

Af forrige afsnit fremgik det, hvordan forskellige typer af ansvar, et aktuelt og et generaliseret, er identificeret i relation til patientforløbet. Det generaliserede ansvar hænger sammen med og kan kun realiseres, hvis de involverede aktører er orienterede, dels om den enkelte patient, dels om arbejdsfeltets status, dvs. netværket af forløb. Denne orientering forudsætter, at aktørerne *synliggør* deres aktiviteter for hinanden.

Denne synliggørelse ligger i begrebet *gensidig opmærksomhed* (awareness), der kan bruges til at illustrere, hvordan orientering kan betragtes som en tosidet aktivitet; dels at synliggøre eller orientere om sine egne aktiviteter for andre, og dels at holde sig orienteret på baggrund af andres orientering eller synliggørelse. Orientering er, som en af vores interviewpersoner beskrev det, et spørgsmål om, at den ene hånd ved, hvad den anden hånd gør, så man opnår det bedst mulige grundlag for at træffe beslutninger om, hvad der skal ske (Overlæge, Obstetriske Klinik, interview 6, s. 18). Dette er gældende dels i forhold til den enkelte patient (hvad er status på patienten) og dels i forhold til arbejdsfeltet (hvor mange patienter er der, hvad er deres status, og hvordan bør jeg handle i relation hertil?). Den sidstnævnte form for orientering er essentiel for aktørernes planlægning og prioritering af arbejdet, mens førstnævnte er afgørende for en kvalificeret behandling af patienten. Orienteringen finder sted internt, semi-internt, semi-eksternt og eksternt, ligesom den optræder både formaliseret og ad hoc.

Intern orientering

Internt på en afdeling, her Fødegangen, foregår orientering dels med henblik på at holde sig orienteret om status på den enkelte patient for at kunne vurdere behandlingen. Dels holder aktørerne sig orienterede om arbejdsfeltet, for at vurdere hvilke patienter, der skal behandles hvornår og af hvem. På denne måde er orientering essentielt for planlægning og prioritering af dagens aktiviteter. Orientering finder sted formaliseret til afleveringsmøder og gennem journalerne og ad hoc, når aktørerne f.eks. stopper hinanden på gangene for at indhente oplysninger om en bestemt patient, eller for at orientere andre om, hvad de netop har gjort.

Den formaliserede orientering foregår som sagt dels gennem journalerne, og dels til afleveringsmøder. I journalerne dokumenteres de ydelser, der er fundet sted, det vil sige

primært undersøgelser og deres resultater og desuden pointeres, hvis der er forhold, det er hensigtsmæssig at være særlig opmærksom på. Journalen udfyldes af flere forskellige aktører, som jordemødre, sygeplejersker og lægesekretærer. Ud fra in situ interviews med en jordemoder fremgår det, hvordan hun gjorde sig umage med at notere fra ordinationer, behandlinger og observationer (f. eks. blodtryk, puls, temperatur, at der er blevet foretaget en epiduralblokkade) med rød pen ude i marginen af journalkontinuationen, således at lægen samt andre jordemødre hurtigt kunne skabe sig overblik over denne del af patientens forløb. Hun forklarede også, hvordan hun skrev kortfattet information om den gravides sindstilstand (nervøs/bange) henvendt til andre jordemødre. Det viser, hvordan de forskellige aktører har forskellige informationsbehov, og hvordan aktørerne har en eller flere forestillede modtagere i den afsenderrelaterede synliggørelsesaktivitet (at skrive i journalen til andre).

Journalen er altså en central artefakt og fungerer som en informationskilde, der formidler omfattende information om den enkelte patient til aktørerne inden for en given afdeling. Informationen, aktørerne udleder af journalen, er retrospektiv i den forstand, at den afspejler forløbet som det hidtil har foldet sig ud - hvad *er gjort* og sket? På Rigshospitalet har hver klinik sin egen journal, hvilket f. eks. betyder, at Obstetrisk Klinik og Kardiologisk Klinik har hver deres journal. Så længe patienten kun befinder sig inden for en enkelt afdeling giver dette sjældent anledning til problemer, men når arbejdet med patienten går på tværs af specialer, ligger der en omfattende arbejdsbyrde i at opdatere begge journaler. Der er således to eller flere journaler på patienten, der hver i sær afspejler, hvad der er relevant i forhold til det givne speciale.

Journalerne fungerer altså som centralt artefakt for dokumentation af patientforløbet og som middel for orientering og informationssøgning i forhold til den enkelte patient.

Denne orientering, der finder sted gennem journaler, er imidlertid ikke tilstrækkelig og suppleres af mundtlige fremstillinger af patientens situation. F.eks. i forbindelse med afleveringsmøder, hvor det uddybes, hvis der er særlige forhold, som det indkommende vagthold skal være specielt opmærksom på. Den mundtlige orientering finder sted formaliseret i kraft af afleveringsmøderne og herudover selvfølgelig mere ad hoc og uformelt på gangen, i personalerummet mv. Det er kutyme, at patienter, der kræver særlig opmærksomhed, eller hvis tilstand er særlig udfordrende for aktørerne, fremstilles mundtligt på møderne med udgangspunkt i journalerne. Det kan f.eks. være en gravid, der har haft et dårligt graviditetsforløb, hvorfor hun er særlig nervøs, som vi så det i scenariet, hvor en gravid havde fået udmeldinger om, at der var konstateret vand i barnets hjerne. Aktørerne gennemgik her den gravides situation grundigt, så alle involverede aktører var i stand til at tage de nødvendige hensyn over for hende. Ifølge samtaler med jordemødre er der stor forskel på, hvad man kan læse i journalen og det, man får ud af den mundtlige overlevering. Den mundtlige aflevering giver et godt indblik i, hvordan patienten egentlig

har det, ikke blot hvilke undersøgelser hun har fået lavet, man får helheden, dvs. de følelser og erfaringer, den afleverende jordemoder har gjort sig med patienten. Det betyder, at den nye jordemoder har noget at tage udgangspunkt i, og hun vil derfor kunne gå ind til patienten og sige: ”Nå, jeg kan forstå, at du har haft det svært med...”. Den mundtlige overlevering, som supplement til den skriftlige, er altså afgørende for, at aktørerne kan opnå en helhedsorienteret forståelse af patienten og dermed også for deres evne til at leve op til deres generaliserede ansvar.

Afleveringsmøderne giver, udover uddybende information om den enkelte patient, også et overblik over arbejdsfeltet, idet der i forbindelse med mødet skabes overblik over, hvor mange gravide der er, og hvem der skal have hvilken behandling. Informationerne vedrørende arbejdsfeltet understøttes også af tavlen. Denne formidler i modsætning til journalen ikke retrospektiv, men samtidig eller aktuel information, ligesom den kun overfladisk formidler praktisk information, frem for detaljeret information om den enkelte patient. For at aktørerne kan få et overblik over arbejdsfeltet, kræver det desuden, at de har en vis indsigt i den kontekst andre aktører indgår i som f.eks. andre afdelingers prioriteringer og tidsrytmer, hvilket vi uddyber i diskussionen.

Journalen og tavlen tjener altså forskellige formål og kombineret med det mundtlige aspekt gør de det muligt for aktørerne dels at holde sig orienterede om den enkelte patient, dels om arbejdsfeltets status. Kommunikationerne blandt aktørerne omkring patienten sker gennem uformel og formel samtale/aflevering, der er medieret gennem en række artefakter som f.eks. journalen, notater, undersøgelsesresultater, skanningsbilleder mv. Orienteringen vil som følge heraf, foregå mere eller mindre påtrængende og være mere eller mindre krævende for aktørerne. F.eks. kræver det mere opmærksomhed fra aktørerne at involvere sig i afleveringsmøderne end at kaste et blik på tavlen for at få et overblik over arbejdsfeltet (Schmidt, 1994 p. 61).

Orienteringen, der foregår blandt aktørerne internt på en afdeling, har relativ lette vilkår, da journalerne, som illustreret, suppleres dels af afleveringsmøder, dels af ad hoc orientering om patienten. Den fysiske nærhed blandt aktørerne giver let adgang til informationen om den enkelte patient.

Orientering på tværs

Ud over den interne orientering, der altså foregår både formelt og ad hoc, må aktørerne også synliggøre deres aktiviteter for andre semi-eksternt såvel som eksternt. Orientering på tværs af afdelinger og sektorer er især vigtig for at imødekomme en hensigtsmæssig overlevering af patienten, hvilket kræver, som vi så det i forbindelse med ansvaret, at den modtagende afdeling eller aktør er orienteret om patienten og dennes forløb. Den mundtlige overlevering, som fremstillet ovenfor, viser hvordan, det er vigtigt for jordemødrene at have noget at referere tilbage til, når de overtager patienten. Det samme

gør sig gældende på afdelingsniveau, hvis overleveringen skal være vellykket. Den nye afdeling og de nye aktører skal være orienterede om patientens forløb, så de så at sige kan overtage dér, hvor de andre slap. Både i forhold til hvad de spørger ind til hos patienten, og i forhold til de undersøgelser, de foretager. Overlap er u hensigtsmæssigt for patienten, der ikke ønsker at fortælle sin historie igen og igen og heller ikke vil udsættes for de samme undersøgelser.

Orientering spiller således en central rolle i forhold til at skabe mere sammenhæng i patientens forløb, hvilket også understreges af blandt andre Kræftens Bekæmpelse. I forbindelse med en tema-dag om sammenhængende patientforløb i PatientLægeForum³¹, lagde de, som repræsentanter for patienten, netop vægt på, at orientering er essentiel for oplevelsen af sammenhæng i forløbet:

”Patienten forventer med rette, at den ene instans giver den anden instans de relevante oplysninger, men det er ikke altid tilfældet. Patienten forventer også, at hun eller han ikke skal give de samme oplysninger to gange og at hun eller han ikke får modstridende information fra de forskellige instanser” (Repræsentant fra patientforening, Kræftens bekæmpelse, PatientLægeForum, referat, 1999, p. 9)

Når patienten afleveres eller overleveres fra en instans til en anden, hvad enten det er mellem afdelinger eller sektorer, handler det altså om, at den ene hånd skal vide, hvad den anden gør. Orientering er dermed afgørende for realisering af mere sammenhængende forløb.

Orienteringen på tværs, både semi-eksternt og eksternt, foregår primært gennem formaliseret dokumentation i journaler og henvisninger, men kan også i visse tilfælde forekomme mere eller mindre eksplicit og påtrængende gennem mundtlig orientering – semi-eksternt f.eks. til månedlige konferencer og eksternt primært via telefon.

Komplicerede graviditetsforløb indebærer ofte semi-eksternt samarbejde, der går på tværs af lægefaglige specialer. I de fleste tilfælde sker undersøgelserne hver for sig, og det er derfor vigtigt, at de involverede specialer holder hinanden underrettet undervejs. En overlæge på Obstetrisk Klinik forklarer, hvordan den gensidige underretning finder sted ved hjælp af notater:

”F.eks. har jeg en del gravide med blodsygdomme, som måske dels skal gå og besøge mig og som dels også har et forløb hos den læge, som har forstand på blodsygdomme,

31 Lægeforeningen har siden 1995 haft et uformelt samarbejde med otte patientforeninger og Forbrugerrådet. PatientLægeForum (PLF) repræsenterer udover Lægeforeningen og Forbrugerrådet, Diabetesforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Gigtforeningen, Landsforeningen Bedre Psykiatri, Hjerteforeningen, Scleroseforeningen og De samvirkende Invalideorganisationer. Tema-dagen om *sammenhængende patientforløb* blev afholdt i november 1999.

og når så patienten har været hos mig, så sender jeg en kopi af notatet op til den anden læge, og når kvinden har været hos den anden læge, så sender han en kopi af notatet ned til mig og på den måde holder vi hinanden underrettet.” (Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 6).

Udover denne hyppige orientering mellem afdelinger, gennem journaler og telefon, holder aktørerne sig også orienteret på tværs af sektorer, hvilket ifølge praktiserende læger er afgørende for en tilfredsstillende håndtering af patienten:

”Samarbejde går jo ud på, at man informerer hinanden om, hvad der sker, så kvinden ikke bliver overladt til sig selv, og så alle – dem der har kompetencen – hele tiden er orienteret. Det gælder jo især den praktiserende læge for han har jo simpelthen sådan en central rolle i det her spil. Og det gælder jo sådan set også alle andre sygdomme, så hvis den praktiserende læge ikke får information om, hvad der sker, så er patienten ude og sejle.” (Praktiserende læge, Interview 8 s. 8)

En sådan tværsektoriel synliggørelse finder primært sted gennem henvisninger og journaler. Vi så f.eks., hvordan jordemødrene i ambulatoriet og den praktiserende læge kan få et hurtigt overblik over, hvad der er sket siden sidst ved at kaste et blik i den gravides vandrejournale. Det fremhæves dog, bl.a. af en praktiserende læge, at journalerne *kun* kan anvendes til at få et overblik over de *standardundersøgelser*, der foretages under den gravides forløb.

”Som idé synes jeg svangerskabsjournalen er god, fordi dels kan den gravide selv følge med i hvad der foregår, og dels er vi sikre på, at alle informationer er til stede når den gravide konsulterer henholdsvis jordemoderen, os [den praktiserende læge] og sygehuset. Men jeg synes ikke der er plads nok i vandrejournalen, så snart der er afvigelser fra det normale. Det kommer nogle gange til at betyde, at der bliver skrevet for lidt nede i det, der hedder continuationen, fordi der ikke er plads til at man skriver mere grundigt.” (Praktiserende læge, interview 10, s. 1)

Denne artefaktbaserede orientering er altså ikke altid tilstrækkelig, hvilket specielt gør sig gældende i tilfælde, hvor der er behov for at gøre særlig opmærksom på komplicerede forhold. Dette stemmer overens med, at den mundtlige fremstilling af patienten supplerer den skriftlige og er langt bedre til at imødekomme et helhedsorienteret og nuanceret billede af patienten, herunder afvigelser fra normalforløb og patientens sindstilstand. En overlæge på Obstetrisk Klinik fremhæver, hvorfor orientering på tværs er afgørende:

”Kommunikationen til egen læge er også utrolig vigtig. Nu snakkede vi om, hvordan jeg synes, at det er vigtigt, at man sender beskeder til de andre sygehuse, hvis patienten kommer fra et andet sygehus, men det er også utrolig vigtigt, at egen læge er informeret, sådan at kvinden ikke skal opleve at komme ned til egen læge – måske har kvinden fået påvist en alvorlig sygdom, der måske endda er en dødelig sygdom, og så kommer kvinden måske med store psykiske problemer og har brug for hjælp og han [den praktiserende læge] sidder der og ved ikke, hvad der er sket inde på sygehuset.

Sådan nogle ting er vigtige at undgå” (Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 11-12).

Den orientering, der sker på tværs, semi-eksternt og eksternt, er imidlertid mere krævende, fordi den i højere grad kræver bevidste handlinger, f.eks. når lægen skal huske at sende et notat, huske at ringe til det andet hospital eller til den praktiserende læge og følge op på patienten. Eller omvendt skal den praktiserende læge huske at ringe ind til hospitalet og følge op.

”Jeg føler, at jeg har et ansvar for hele tiden at holde mine kolleger underrettet om hvor langt er patienten kommet og hvad er der sket, så det prøver jeg at minde mig selv på hele tiden” (Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 8).

Den tværgående orientering er formaliseret vha. journaler, notater og henvisninger, men i erkendelsen af, at disse typer artefakter formidler utilstrækkelig information, specielt om mere komplicerede forløb, er det nødvendigt at supplere orienteringen ad hoc. Ulempen ved denne ad hoc baserede information er imidlertid, at den er krævende, og at det i høj grad bliver op til den enkelte, hvornår og hvordan der skal underrettes. Uden formalisering kan der – på grund af arbejdsarrangementets distribuerede og til tider tvetydige karakter - samtidig opstå gråzoner i relation til, *hvem* der har ansvaret for at underrette f. eks. den praktiserende læge, hvornår skal han underrettes og hvordan? Er det den praktiserende læges eget ansvar at holde sig orienteret? Orienteringen er, som påpeget, nødvendig for professionel og optimal behandling, og patienten er derfor den, der i sidste ende vil lide under manglende eller mangelfuld tværfaglig orientering.

Opsummering på *Orientering*

Orientering handler om, at involverede aktører i et givent patientforløb er orienterede eller underrettede med (opdateret) information dels om patienten dels om arbejdsfeltets status (netværket af forløb). Det første med henblik på at træffe kvalificerede beslutninger om den videre behandling af patienten i relation til hvad der er sket og det sidste med henblik på at tilrettelægge arbejdet, herunder at prioritere de enkelte gravide. Sidstnævnte kræver desuden en indsigt i andre aktørers kontekst, som f. eks. deres afdelingers prioriteringer og rytmer. Orienteringen understøttes af artefakter som journaler og af koordinative tiltag som afleveringsmøderne. Den mundtlige aflevering supplerer det dokumenterede forløb i journalen og er vigtig for etableringen af et helhedsorienteret og nuanceret billede af patienten. Orienteringen foregår desuden ad hoc, på gangen, i personalerummet eller i telefonen, hvis det er eksternt. Den semi-eksterne og eksterne orientering har sværere vilkår end den interne, der er mindre krævende og hvor ad hoc orientering og underretning har bedre betingelser. Underretningen, der sker semi-eksternt og eksternt, er formaliseret ved hjælp af journaler og notater, men er ustabil i den forstand, at det ikke er klart, hvem der har ansvaret for at orientere endsige hvornår og hvordan. Det bliver dermed i høj grad op

til den enkelte læge at vurdere, ligesom orienteringen også afhænger af, hvorvidt han husker det eller ej. Den semi-eksterne og eksterne orientering er altså mere krævende end den interne.

5.2.6 INTEGRATION AF PERSPEKTIVER

Sundhedsfaglige aktører involverede i patientforløb er, som vi så det i forbindelse med analysen af det kooperative arbejdsarrangement, bl.a. afhængige af hinanden i kraft af et behov for at integrere faglige perspektiver og ekspertviden. Denne integration forekommer, som med mange af de andre aspekter af samordning, på flere niveauer. Dels på et detailniveau her og nu hvor der opstår et akut behov for faglig sparring eller integration af vurderinger og perspektiver, og dels på et overordnet niveau med henblik på at skabe sammenhæng i forløbet ved hjælp af prospektiv integration af perspektiver. Den langsigtede planlægning af patientforløb, som beskrevet tidligere, bygger netop på prospektiv integration af forskellige specialisters perspektiver. Integration af perspektiver forekommer dels ad hoc, og dels formaliseret såvel internt som på tværs af afdelinger.

Akut behov for integration af vurderinger og perspektiver:

Behovet for faglig sparring eller integration af perspektiver opstår i det konkrete arbejde med en given gravid. F.eks. oplever jordemoderen løbende situationer, hvor hun har brug for enten kollegernes eller lægens vurdering. På tværs af specialer gør det tilsvarende sig gældende, når obstetrikeren har brug for anæstesilægens vurdering af en given problemstilling relateret til en patient. Eller det kan finde sted på tværs af hospitaler, når f.eks. Roskilde Sygehus ringer for at drøfte overflytningen af en gravid, som det fremgik af scenariet.

Behovet for en andens vurdering opstår ofte i aktuelle her og nu situationer, og optræder altså på detailniveau, da behovet for en andens vurdering opstår her og nu og medfører ad hoc kommunikation på gangen, via telefon osv.

En sådan aktuel integration af vurderinger og ekspertviden finder sted både internt og på tværs af afdelinger og sektorer. I scenariet så vi, hvordan en menig jordemoder tilkalder afdelingsjordemoderen for at få hendes vurdering og assistance i forbindelse med en fødsel, der ikke forløber planmæssigt. Nedenstående citat illustrerer behovet for integration af perspektiver på tværs af sektorer. Et behov, der understreges af forskellen mellem den praktiserende læges funktion som generalist og ankerperson på den ene side og speciallægerne på den anden side:

”Hvis jeg har et problem med en af mine svangre og jeg har usikkerhed, så ringer jeg til specialafdelingen og jeg får jo øjeblikkelig altid fat i en kvalificeret læge, som jeg kan drøfte situationen med og er der noget så henviser jeg patienten dertil, enten akut eller i løbet af nogle dage” (Praktiserende læge, Interview 8 s. 4)

Der foregår således, på baggrund af et behov opstået her og nu i forhold til aktørernes aktuelle arbejde med og ansvar for patienten, en løbende integration af perspektiver og udveksling af viden internt og på tværs af specialer og sektorer. Udover denne løbende integration af perspektiver, er der imidlertid også behov for en mere langsigtet prospektiv integration af perspektiver.

Prospektiv integration af perspektiver med henblik på sammenhæng

Mens orientering i sin natur hovedsageligt er retrospektiv, idet man orienterer om hvad man *har gjort*, eller hvad der *er sket*, så er integration af perspektiver en prospektiv aktivitet. Orientering indeholder også et element af prospektivitet, når aktørerne på baggrund af de retrospektive informationer søger at forberede hinanden på kommende situationer. F.eks. når speciallægen orienterer den praktiserende læge om særlige forhold vedrørende patienten, som han eller hun skal være opmærksom på ved næste konsultation. På samme måde kan integration af perspektiver være prospektiv, når aktørerne taler sammen for at vurdere hvad der *skal gøres* i den aktuelle situation. Der forekommer imidlertid også prospektiv integration af perspektiver, der rækker ud over denne aktuelle orientering eller vurdering i situationen og sigter mod mere langsigtet planlægning af forløb. Center for gravide med hjertesygdomme er opstået netop på baggrund af et behov for formaliseret prospektiv integration, som nedenstående citat illustrerer:

”Jeg kan ikke sidde som kardiolog og kun kigge på hendes hjertesygdomme og så kun vurdere det og så sidder der en obstetiker som fødselslæge et andet sted og kun kigger på det rent fødselsmæssige og en anæstesi-læge et tredje sted og kun kigger på det rent fødselsmæssige... Vi er nød til at snakke sammen og sige, ’jeg synes ud fra et hjertemæssigt synspunkt – der er de og de bekymringer, der er de og de risici og vi bør gøre de og de ting’ og en obstetiker bør sige ’vi bør gøre sådan og sådan’, ik?! Og en anæstesi-læge...” (Overlæge, Kardiologisk Klinik, interview 13 s. 1)

Med udgangspunkt i hver deres speciale vurderer obstetrikere, kardiologer og evt. anæstesi-læger, hvordan den enkelte gravides forløb bør planlægges. Aftalerne dokumenteres i en detaljeret plan, der overordnet har til hensigt at skabe et mere sammenhængende og trygt forløb for de gravide. Med den prospektive integration af forskellige specialisters viden søger man at imødekomme en række problemstillinger, som en overlæge fra Kardiologisk Klinik giver udtryk for:

”...så det er det, der har været tanken bag det, at lave et så sikkert forløb for de her kvinder ... og hvordan designer vi forløbet bedst? Hvor tit skal hun komme? Hvad skal vi gøre medicinsk, hvordan skal vi følge hende og have nogle helt fuldstændig klare planer i løbet af graviditeten, så når hun nu kommer ind og skal føde, skal hun så komme ind, når fødslen går i gang eller skal vi kalde hende ind i god tid og sætte fødslen i gang eller lave kejsersnit på hende? Hvordan skal hun bedøves, hvilken overvågning skal der være under fødslen og i barselsperioden og hvor skal hun ligge

henne? ... Så det er det, der har været hele idéen bag det.” (Overlæge, Kardiologisk Klinik, interview 13 s. 1- 2)

Center for gravide med hjertesygdomme er således et eksempel på et initiativ, hvor aktørerne dels foretager langsigtet planlægning af patientforløb, som det kom til udtryk i afsnittet Planlægning, dels aktivt og eksplicit praktiserer deres generaliserede ansvar. De mødes netop uafhængig af det aktuelle ansvar, i et forsøg på at vurdere de forskellige risici og muligheder på forhånd, og ud fra disse planlægge et meningsfuldt og hensigtsmæssigt forløb.

Center for gravide med hjertesygdomme er et formaliseret initiativ, dvs. et bevidst tværfagligt samarbejde på tværs af afdelinger. Denne form for prospektiv integration af perspektiver forekommer ikke ad hoc, men kræver en aktiv og særskilt indsats fra aktørerne. På denne måde adskiller den sig kraftigt fra den løbende integration af perspektiver på gangene, i forbindelse med afleveringsmøder og over telefonen til dagligt. Den stigende specialisering inden for Sundhedsvæsenet og dermed den stigende distribution af aktørerne, forudsætter og vanskeliggør på en gang det tætte tværgående samarbejde, som aktiv prospektiv integration af perspektiver kræver. Center for gravide med hjertesygdom fungerer som nytænkende og eksemplarisk forbillede for tungere og komplicerede forløb, som der bliver flere af (jf. interviews (nr. 6 og 13) samt prognose fra Sundhedsfagligt Forum, jf. Sammenhæng i Søgelyset, 2004). Prospektiv integration af perspektiver vil derfor spille en større og større rolle i samordningen af patientforløb.

Opsummering på *Integration af perspektiver*

Integration af perspektiver er en essentiel aktivitet for de sundhedsfaglige aktører, idet dette netop udgør en central afhængighed aktørerne imellem. Integration af perspektiver forekommer dels ad hoc og dels formaliseret til møder og konferencer. Integrationen af perspektiver og viden forekommer, som vi så det, både internt og på tværs og på flere niveauer. Dels på baggrund af et akut behov for faglig sparring eller integration af vurderinger og perspektiver her og nu, og dels på et overordnet niveau med henblik på at skabe sammenhæng i forløbet ved hjælp af prospektiv integration af perspektiver. Førstnævnte knytter sig således til det aktuelle ansvar, mens sidstnævnte knytter sig til det generaliserede ansvar. Vi så hvorledes Center for Gravide med Hjertesygdomme er et eksempel på et initiativ, der imødekommer et behov for at skabe sammenhæng på tværs af specialer, og som gennem prospektiv integration af perspektiver samtidig eksplicit praktiserer deres generaliserede ansvar. Ved i fællesskab at vurdere kvindens situation og eventuelle risici med henblik på at planlægge et sikkert og mere sammenhængende forløb, sætter de sig netop ud over deres aktuelle ansvar.

5.3 DELKONKLUSION PÅ ANALYSEN

Analysen tog udgangspunkt i første del af problemformuleringen: *Hvad karakteriserer samordningen omkring patientforløb, herunder hvilke vilkår er samordningen underlagt?* Analysen besvarede dermed undersøgelsens første to dele, nemlig 1) Hvilke vilkår for samordningsarbejdet kan udledes på baggrund af en analyse af patientforløb som arbejdsfelt og det kooperative arbejdsarrangement heromkring? Og 2) Hvilke aktiviteter kan karakteriseres som centrale for samordningsarbejdet og hvordan kan samordningsarbejdet overordnet karakteriseres?

Analysens første del koncentrerede sig således om en analyse af patientforløbet som arbejdsfelt og det tilhørende kooperative arbejdsarrangement med henblik på at forstå den setting, samordning af patientforløb sker indenfor. På baggrund heraf fremgik det, hvordan aktørerne agerer i relation til et arbejdsfelt, der udgøres af et netværk af patientforløb, der gør det u håndgribeligt og abstrakt for aktørerne. Arbejdsfeltet er samtidig uforudsigeligt og spontant foranderligt som følge af dets temporale kompleksitet og egendynamik. Det kooperative arbejdsarrangement, de sundhedsfaglige aktører, der agerer i relation til svangerforløbene, er tilsvarende komplekst. Det er kendetegnet ved høj faglig specialisering og geografisk distribution.

På baggrund af analysens første del var det muligt at udlede en dialektik bestående af to helt centrale vekselvirkninger, som aktørerne er underlagt i deres samordningsarbejde omkring patienten. For det første en vekselvirkning mellem en formaliseret eller struktureret samordning over for en dynamisk og ad hoc samordning. For det andet en vekselvirkning mellem en samordning, der for aktørerne på en afdeling kan karakteriseres som intern samordning, over for en samordning, der rækker ud over denne interne samordning og foregår på tværs af afdelinger; semi-intern, semi-ekstern og ekstern. Disse vekselvirkninger udgør en *særlig dialektisk natur*, som karakteriserer et grundlæggende vilkår for aktørernes samordningsarbejde omkring patientforløbet.

Med afsæt i denne dialektiske natur koncentrerede analysens anden del sig om en detaljeret analyse af samordningen af patientforløb. Samordningsarbejdet analyseredes ud fra seks aktiviteter, der i forbindelse med gennemgribende arbejde med empirien blev identificeret som centrale aspekter af samordning: 1) *planlægning*, 2) *prioritering*, 3) *arbejdsdeling*, 4) *ansvarsdeling*, 5) *orientering* samt 6) *integration af perspektiver*.

(1) Af analysen fremgik det, at *planlægningen* rækker ud over det interne, hvilket gør sig gældende for både planlægning af dagens aktiviteter og for kort- og langsigtet planlægning af patientforløb, der samtidig reflekterer to niveauer af planlægning. Planlægningen berører andre afdelinger, fordi aktørerne er gensidigt afhængige af hinandens kompetencer både kortsigtet f.eks. i forbindelse med akut opstået kejsersnit og langsigtet ved planlægning af patientforløb, som for eksempel Center for gravide med hjertesygdomme. Planlægningen

understøttes så vidt muligt af formaliserede aktiviteter, men sker ofte ad hoc for at imødekomme arbejdsfeltet. Dermed har den interne planlægning lettere vilkår end den eksterne, der i højere grad kræver formaliseret understøttelse som konsekvens af aktørernes fysiske distribution.

(2) Det fremgik, at *prioritering* foregår både internt og eksternt, hvilket betyder, at den enkelte afdeling ikke kun er underlagt egne rytmer og prioriteter, men også arbejdsfeltets egendynamik og andre afdelingers rytmer og prioriteter. Aktørerne er altså underlagt en *prioriteringsdynamik*, som en ekstern mekanisme, der influerer deres arbejde. I forbindelse hermed identificeredes samtidig en asymmetrisk afhængighed, hvor en aktør eller afdeling er afhængig af en anden aktør eller afdeling, uden at det modsatte, i situationen, er tilfældet.

(3) Analysen fremviste, hvordan *arbejdsdelingen* finder sted overordnet i form af retningslinjer, procedurer, fagligheder og roller, hvilket må suppleres af dynamisk arbejdsdeling på detailniveau for at imødekomme de løbende udfordringer, arbejdsfeltet fremsætter. Interessant i denne forbindelse var imidlertid også den tværgående arbejdsdeling – samarbejdets distribuerede natur og aktørernes opfattelse af samarbejde som formaliserede aftaler. Den daglige kontakt med andre afdelinger, og herunder tværgående arbejdsdeling i relation til en given patient, opfattes ikke som samarbejde. Denne opfattelse samt den geografiske distribution problematiserer tværgående samarbejde, primært på grund af fraværet af personlig kontakt, der har vist sig afgørende for etableringen af konstruktive samarbejdsrelationer. Det gør det interne samordningsarbejde lettere, mens samordningsarbejdet på tværs, har sværere vilkår som følge af dets diffuse og til tider tvetydige karakter.

(4) På baggrund af analysen identificeredes *et aktuelt ansvar* og *et generaliseret ansvar*, idet en central ansvarsplacering ikke er mulig som en konsekvens af arbejdsfeltets og aktørernes geografiske distribution. Det generaliserede ansvar, som alle involverede aktører i et givent forløb har eller optimalt set bør have er essentielt for at skabe sammenhæng i patientforløb, idet det aktuelle ansvar er utilstrækkeligt. Det fremgik imidlertid, hvordan den udbredte opfattelse af patienter og afdelinger som *os/vores* overfor *de andre/deres* problematiserer et generaliseret ansvar for patienten på tværs af afdelinger, dvs. i overleveringssituationer, hvor ansvarsdelingen ofte bliver uklar.

(5) Det viste sig, at *orientering* er afgørende for korrekt behandling af den enkelte patient og er essentiel for overblikket over arbejdsfeltet. Orienteringen om den enkelte patient internt har lette vilkår, idet den skriftlige dokumentation (journalerne) suppleres af mundtlige overleveringer og ad hoc opfølgning. Den tværgående orientering, f.eks. i forbindelse med overleveringer, er mere krævende end den interne orientering idet det kræver en mere eksplicit indsats af aktørerne. Orienteringen på tværs er imidlertid afgørende for at skabe eller opretholde et mere helhedsorienteret billede af patienten. Samtidig er orienteringen

afgørende for etableringen af et generaliseret ansvar på tværs af de distribuerede aktører. Orientering med henblik på at skabe overblik over arbejdsfeltet kræver desuden indsigt i den kontekst andre aktører indgår i, som f.eks. andre afdelingers prioriteringer og rytmer.

(6) Analysen fremhævede afslutningsvis, hvordan *integrationen af perspektiver*, herunder også faglig sparring og kombination af specialviden, forekommer internt, på tværs, på flere niveauer og konstituerer afhængigheden mellem aktørerne. Integration af perspektiver sker dels på baggrund af akut behov for faglig sparring her og nu, og dels på et overordnet niveau med henblik på at skabe sammenhæng i forløbet ved hjælp af prospektiv integration af perspektiver, som det er tilfældet i Center for gravide med hjertesygdomme. Førstnævnte knytter sig således til det aktuelle ansvar, mens sidstnævnte knytter sig til det generaliserede ansvar.

På baggrund af analysen så vi, hvordan den dialektiske natur (struktur/ad hoc og intern/ekstern) gennemsyrrer samordningsaktiviteterne og dermed udgør et grundlæggende vilkår for samordningsarbejdet omkring patientforløb. Samtidig er det væsentlig at påpege aspekter af samordningen, som har særlig betydning for sammenhæng i patientforløb. Man kan sige, at samordning generelt skal sikre sammenhæng, men at samordning *på tværs* af interne afdelinger, bliver essentielt for at man kan tale om sammenhæng i patientforløb. Analysen har f.eks. vist, at et generaliseret ansvar på tværs er afgørende for at skabe sammenhæng, og hvordan orientering på tværs er essentielt for aktørernes evne til at leve op til dette generaliserede ansvar. Dette vender vi tilbage til i diskussionen.

Derudover er det væsentligt at fremhæve, hvordan den interne samordning dominerer samordningsarbejdet og for aktørerne forekommer mere umiddelbart og lettere at håndtere, end det tværgående samarbejde. Personlige relationer er vigtige, og geografisk distribution vanskeliggør omvendt samordning og koordination på tværs, ofte fordi denne forekommer mere abstrakt og diffus. Det er f.eks. ikke altid klart for den enkelte aktør, hvem vedkommende samordner (og samarbejder) med, når det sker på tværs af den enkelte afdeling. Arbejdsfeltet afføder kontinuerligt nye situationer og komplekse problemstillinger for aktørerne, som stiller krav til forskellige samarbejder. Det resulterer i, at aktørerne indgår, eller potentielt kan indgå, i et utal af forskellige interaktioner omkring patientforløbet. Dette fører til en sidste væsentlig pointe, nemlig at aktørerne er underlagt en høj grad af *interaktionskompleksitet*. Med interaktionskompleksitet refererer vi til en kompleksitet, der er konstitueret af flere faktorer: Dels graden af aktørernes geografiske distribution, dels interaktionernes forskelligartethed, og dels antallet af mulige interaktioner mellem aktører. Således er samordningsarbejdet omkring svangerforløb underlagt en høj grad af interaktionskompleksitet, idet 1) det kooperative arbejdsarrangement ikke kun er distribueret over flere aktører, men også over afdelinger og sektorer. 2) Aktørerne samordner internt og på tværs og dermed 3) indgår, eller kan indgå, i mange og forskelligartede (ad hoc, formaliseret, medieret) interaktioner.

6 DISKUSSION OG BEGREBSNUANCERING

Med udgangspunkt i analysen er det muligt at sætte spørgsmålstejn ved, hvorvidt Schmidts begrebsramme er tilstrækkelig i forhold til at imødekomme analyse af kooperativt arbejde og samordningsarbejde inden for en sundhedsfaglig setting. Diskussionen vil således besvare problemformuleringens anden del: Hvordan kan centrale begreber inden for CSCW (jf. Schmidts begrebsramme) nuanceres, så de i højere grad imødekommer de identificerede karakteristika ved samordningsarbejdet omkring patientforløb?

Schmidts begrebsramme, som præsenteret i begrebsafklaringen, indeholder en række essentielle analytiske koncepter og distinktioner, der har til formål at understøtte analyse med henblik på forståelse af kooperative arbejdssettings og samordningsarbejdet inden for disse. Det er dog vores overbevisning, at begrebsrammen med fordel kan nuanceres, så den bedre imødekommer analyse af samordningsarbejde, der finder sted inden for settings som den sundhedsfaglige, der i høj grad er præget af interaktionskompleksitet.

Nuanceringen omfatter dels en eksplicitering af nuværende begreber dels introduktionen af nye begreber, således at begrebsrammen fremover bliver mere praktisk anvendelig, Nuanceringen skal ikke ses som et forsøg på at opfinde ny teori, og vores bidrag modsiger derfor heller ikke begrebsrammen i sin nuværende form. I stedet lægges der vægt på at fremhæve en række distinktioner, som er udtalte eller kun vagt formuleret, og som vores analyse har påvist som essentielle for analyse og forståelse af interaktionskomplekse arbejdssettings, og som er afgørende for at imødekomme analyse og forståelse af samordningen omkring patientforløb.

Diskussionen tager afsæt i analysen og præsenterer en begrebsnuancering, der fører til et teoretisk bidrag, bestående af tre hovedpointer. Disse hænger indbyrdes sammen og skal ses som en samlet argumentationsrække:

- En foreslået analytisk distinktion mellem *lokale kooperative arbejdsarrangementer* og *globalt kooperativt arbejdsarrangement*, i relation til flere lokale samt et overordnet globalt arbejdsfelt.
- Introduktion af begrebet *samordningssammenhæng(e)*, der supplerer begrebet kooperative arbejdsarrangementer.
- Introduktion af begrebet *generaliseret afhængighed* i forbindelse med revision af gensidig afhængighed, som det der konstituerer det kooperative arbejdsarrangement.

Disse tre hovedpointer skal som nævnt ikke forstås som tre distinkte bidrag, men som ét sammenhængende bidrag og de forskellige pointer bygger således ovenpå hinanden, men udfoldes så vidt muligt enkeltvis.

6.1 LOKALT OG GLOBALT KOOPERATIVT ARBEJDSARRANGEMENT

Vi tager udgangspunkt i en diskussion af det grundlæggende begrebspaar *arbejdsfeltet* og *det kooperative arbejdsarrangement*. Vi mener, at begrebspaaret er en nyttig analytisk distinktion, men finder det ikke tilstrækkelig nuanceret til at imødekomme analyse af samordningsarbejde inden for den sundhedsfaglige setting omkring patientforløb.

Arbejdsfeltet – en entydig størrelse?

Som tidligere nævnt kan svangerforløbet, og patientforløb overordnet, karakteriseres som et netværk af forløb, der involverer en række forskellige aktører. Det gør det relevant at sætte spørgsmålstejn ved, hvorvidt det kan lade sig gøre at tale om patientforløbet som ét arbejdsfelt. Eller er der i stedet er tale om, at netværket af forløb på én gang udgør flere forskellige arbejdsfelter, afhængigt af øjnene, der ser (jf. Schmidt, 2002), og at flere forskellige kooperative arbejdsarrangementer af den grund bidrager til helheden, dvs. hele forløbet, når de lokalt udfører deres undersøgelser?

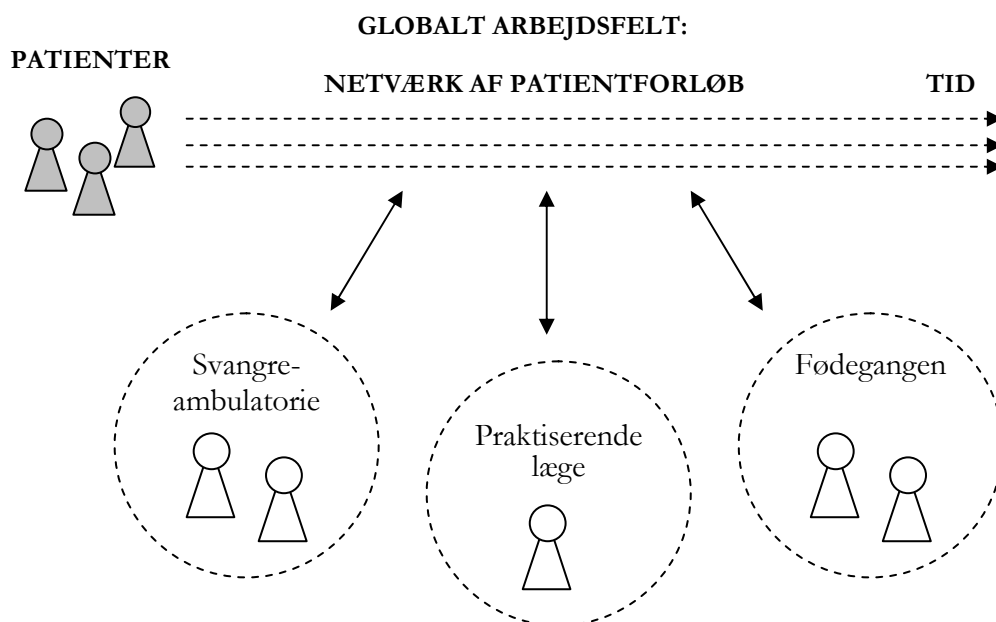
Den praktiserende læge og jordemoderen i Svangreambulatoriet varetager hver især en række undersøgelser af den gravide og er derfor på én gang involveret i et *lokalt arbejdsfelt* og et overordnet, *globalt arbejdsfelt*, der omfatter det samlede svangerforløb.

Arbejdsfeltet skal ses som mere end blot det enkelte individ. Det lokale arbejdsfelt for en aktør, f.eks. den praktiserende læge, udgøres af de patienter, der er i hans konsultation; de undersøgelser, kontroller og prøver han foretager; de instrumenter, han anvender, og de fysiske omgivelser som konsultationen finder sted i. Dette stemmer overens med Schmidts definition af arbejdsfeltet, som udgøres af:

“... the constellation of interlaced processes and interlinked objects, actual or anticipated, physical or social, which constitute the part of the world upon which the given cooperative work arrangement is operating as well as the interfaces to these processes and objects, such as sensors, effectors, tools, and representations. (Schmidt, 2002, p. 20).

Schmidts definition af arbejdsfeltet ekspliciterer imidlertid ikke distinktionen mellem flere lokale arbejdsfelter og et overordnet globalt arbejdsfelt, som vi har identificeret i vores case. Aktørerne agerer netop i relation til et lokalt arbejdsfelt, som de påvirker og interagerer med, hvorigennem de bidrager til arbejdet med det samlede svanger- eller patientforløb, dvs. det globale forløb. Enkeltstående distribuerede aktiviteter, udført lokalt, danner altså dermed en helhed.

Hvert enkelt patientforløb kan siges at udgøre et globalt arbejdsfelt for de sundhedsfaglige aktører, og de er derfor involveret i flere globale arbejdsfelter samtidig. Men netværket af patientforløb udgør ét samlet globalt arbejdsfelt for de involverede aktører, og når vi taler om ét globalt arbejdsfelt refererer vi altså til det samlede netværk af forløb



Figur 8: Netværket af patientforløb (det overordnede globale arbejdsfelt) udgør lokale arbejdsfelter for flere involverede aktører.

Arbejdsfeltet bør som begreb nuanceres for at imødekomme distinktionen mellem det lokale og det globale, der er central i forhold til samordningen af patientforløb inden for en interaktionskompleks setting. Det er nødvendigt at forstå disse to niveauer for at forstå samordningsarbejdet og de vilkår eller udfordringer, som betinger denne type setting.

Det kooperative arbejdsarrangement

En række distribuerede aktører på forskellige afdelinger, eller placeret i henholdsvis primær- og sekundærsektoren, interagerer og forandrer altså det samlede, globale arbejdsfelt, netværket af patientforløb. Da begreberne arbejdsfelt og kooperativt arbejdsarrangement ifølge Schmidt udgør et begrebspar, der gensidigt definerer og afgrænser hinanden (Schmidt, 1994, p. 15), sætter distinktionen mellem lokale og et globalt arbejdsfelt endvidere spørgsmålstegn ved definitionen af det kooperative arbejdsarrangement.

Det kooperative arbejdsarrangement omkring patientforløb kan, som vi så det i analysen siges at være alle aktører involveret i det samlede patientforløb, dvs. praktiserende læge(r), lægesekretærer, jordemødre, speciallæger, social- og sundhedsassistenter osv. Men man kan

også her stille spørgsmålstejn ved, hvorvidt der er tale om ét kooperativt arbejdsarrangement eller flere lokale kooperative arbejdsarrangementer. Knytter de kooperative arbejdsarrangementer sig til de lokale sundhedsfaglige arbejdsfelter, f.eks. Fødegangen, de gravide her, og den behandling som foretages, eller er både jordemødre på Fødegangen og sygeplejersker på Ultralydsklinikken del af ét samlet kooperativt arbejdsarrangement? Vores umiddelbare svar er, at der er tale om flere *lokale* kooperative arbejdsarrangementer, der tilsammen udgør et globalt kooperativt arbejdsarrangement omkring netværket af patientforløb: Det globale arbejdsfelt. De forskellige lokale kooperative arbejdsarrangementer samordner altså dels internt (på afdelingerne) dels semi-internt (f.eks. mellem afdelinger internt på et hospital) og eksternt (mellem sektorer, f.eks. mellem praktiserende læge og speciallæge på hospitalet) og agerer i relation til et globalt arbejdsfelt.

Denne distinktion mellem lokale kooperative arbejdsarrangementer og et globalt kooperativt arbejdsarrangement, skal forstås som en analytisk distinktion mellem del og helhed, hvor det globale kooperative arbejdsarrangement er summen af delene, dvs. det samlede kooperative arbejdsarrangement omkring patientforløbene.

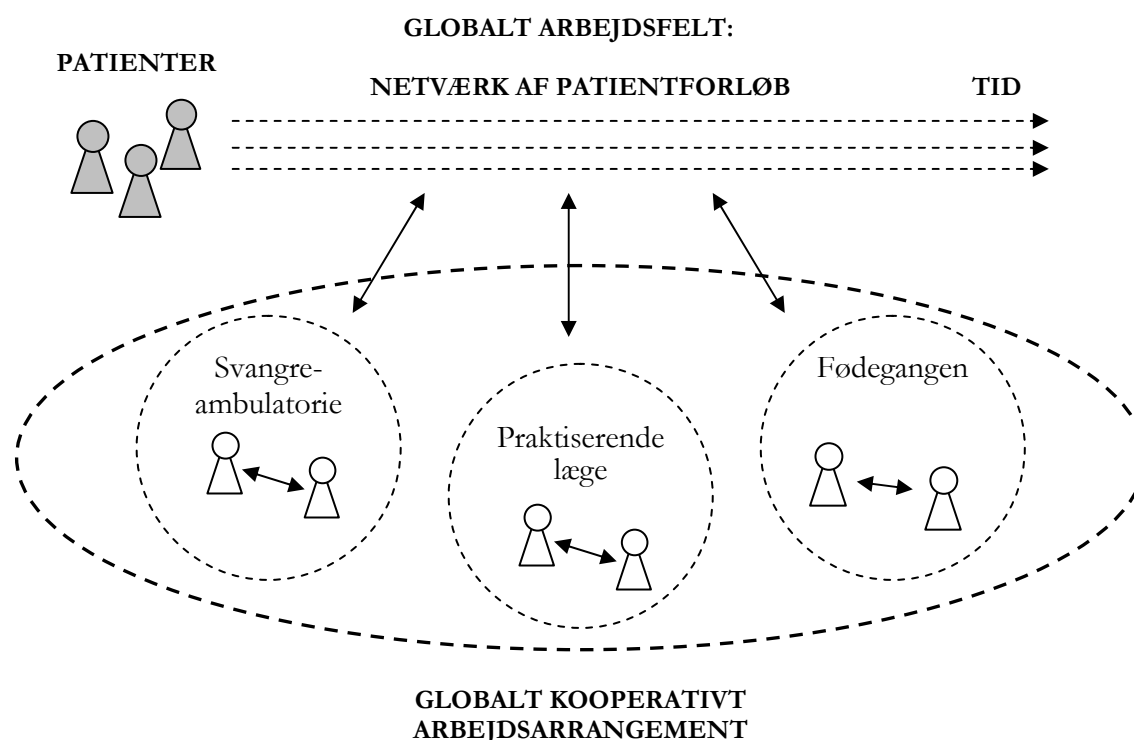
Af analysen, bl.a. i afsnittet om arbejdsdeling, fremgik det, hvorledes de sundhedsfaglige aktører har og føler et tilknytningsforhold til bestemte afdelinger, hvilket bl.a. kom til udtryk i den udbredte opfattelse af *os* og *de andre* i forholdet mellem afdelinger. Af interviews fremgik det ligeledes, at aktørerne knytter begreber som ”samarbejde og koordination” til de nære relationer i afdelingerne og til de formaliserede aftaler i forbindelse med tværgående relationer. Et lokalt kooperativt arbejdsarrangement knytter sig altså til det nære, dvs. kollegaer man kender, og til det samarbejde man er involveret i. Det lokale kooperative arbejdsarrangement knytter sig dermed til det ”synlige” samordningsarbejde inden for, f.eks. en afdeling, hvorfor det lokale kooperative arbejdsarrangement med fordel bør referere til en strukturel afgrænset størrelse, f.eks. en afdeling på Obstetrisk Klinik.

Dette er imidlertid i umiddelbar modstrid med den eksisterende begrebsramme, der pointerer, at det kooperative arbejdsarrangement ikke skal opfattes statisk, men som dynamiske formationer, der opstår i relation til et specifikt behov og forsvinder igen, når dette behov ikke længere er til stede:

”...cooperative work arrangements are transient formations, emerging contingently to handle specific requirements – in response to the requirements of the current situation and the technical and human resources at hand – merely to dissolve again when there is no need for multiple actors and their coordinated effort to handle situations...That is, cooperative work arrangements arise from and dissolve into individual work. More than that, the boundary between individual work and cooperative work is dynamic...” (Schmidt, 1994 p. 11)

Vi finder det imidlertid problematisk, at det kooperative arbejdsarrangement defineres som dynamiske formationer. For det første fordi begrebet bliver abstrakt og diffust og dermed svært anvendeligt i forhold til konkret analyse, og for det andet fordi definitionen ikke understøtter en mulig afgrænsning af de forskellige lokale kooperative arbejdsarrangementer. En form for afgrænsning og konkretisering er nødvendig i forsøget på at analysere en given setting.

Distinktionen mellem lokale og globale arbejdsfelter og kooperative arbejdsarrangementer kan illustreres som følger:



Figur 9: Illustration af distinktionen mellem lokale og globale arbejdsfelter og kooperative arbejdsarrangementer. De små cirkler illustrerer lokale arbejdsfelter, som forløbet bliver en del af, i de lokale kooperative arbejdsarrangementer. Den stiplede markering af cirklerne indikerer, at der ikke er tale om statiske størrelser, men blot om forholdsvis afgrænsede størrelser f.eks. det kooperative arbejdsarrangement omkring et hospitalsafsnit.

Definitionen af arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement kan afgrænses på flere måder, men det er nødvendigt at afgrænse de lokale kooperative arbejdsarrangementer fra den globale sammenhæng, hvis begrebsrammen skal være mere praktisk anvendelig.

Distinktionen mellem lokal og global anses som vigtigt for analyse af samordning i interaktionskomplekse arbejdssettings, idet det er vigtigt at identificere samordning på flere niveauer.

Vi foreslår således, at begrebsrammen nuanceres med en analytisk distinktion mellem på den ene side *lokale kooperative arbejdsarrangementer* og *lokale arbejdsfelter* og på den anden side *et globalt arbejdsfelt* og *et globalt kooperativt arbejdsarrangement*. Begrebet lokale kooperative arbejdsarrangementer reserveres til en forholdsvis afgrænset og for aktøren velkendt størrelse, f.eks. en afdeling på et hospital.

6.2 SAMORDNINGSSAMMENHÆNGE

Det kooperative arbejde og samordningsarbejdet omkring patientforløb lader sig imidlertid ikke afgrænse til lokale kooperative arbejdsarrangementer. Samordningsaktiviteter og afhængigheder rækker ud over de lokale kooperative arbejdsarrangementer, f.eks. når en gravid på Svangreambulatoriet skal have foretaget en skanning hos Ultralydsklinikken, eller når jordemødrene må ringe efter anæstesilægerne.

Definitionen af det kooperative arbejdsarrangement som en afgrænset størrelse problematiserer imidlertid det dynamiske aspekt, som lå i forståelsen af det kooperative arbejdsarrangement som dynamiske formationer. Afgrænsningen er nødvendig, men samtidig utilstrækkelig i forhold til at imødekomme de lokale kooperative arbejdsarrangementers vidtrækkende afhængigheder og dynamiske samordning, der går på tværs. Hverken afhængigheden eller samordningen kan afgrænses til det enkelte lokale kooperative arbejdsarrangement. Specielt når det drejer sig om sammenhængende patientforløb, bliver den tværgående samordning essentiel og denne indfanges ikke i den nuværende begrebsramme, der kun i begrænset omfang tager højde for den interaktionskompleksitet, dvs. bl.a. indebærer, at samordningen sker på flere niveauer. Distinktionen lokal og global er imidlertid også utilstrækkelig i forhold til at imødekomme det dynamiske, som ligger i samordningsarbejdet.

I relation til distinktionen mellem lokal og global er det derfor nødvendigt med et supplerende begreb, der imødekommer de dynamiske aspekter af samordning, der optræder inden for og på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer. Vi introducerer dermed begrebet *samordningsammenhænge*, der forklares og uddybes i det følgende.

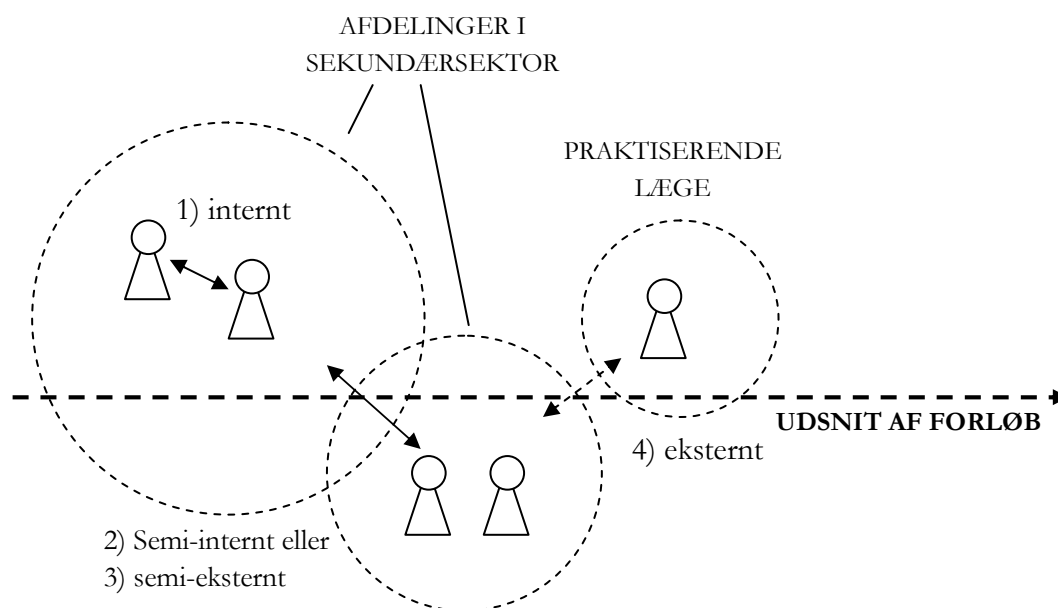
Samarbejdet, herunder samordningsarbejdet, forudsætter, som det fremgik af analysen, tværgående samordningsaktiviteter og skaber dermed også tværgående afhængigheder blandt aktører, afdelinger og sektorer. Af analysen fremgik det netop, hvordan jordemoderen fra Svangreambulatoriet indgår i et samarbejde med en ekstern afdeling, Ultralydsklinikken, og hvordan hun som en konsekvens heraf bliver en del af et andet lokalt kooperativt arbejdsarrangement. Dette eksemplificerer, hvordan der mellem disse aktører og mellem disse to afdelinger opstår en *samordningsammenhæng*. Samordningsammenhængen opstår inden for eller på tværs af lokale kooperative

arbejdsarrangementer i samarbejdet omkring en given patient. Aktørerne indgår med andre ord i en ny samordningsrelation, der rækker ud over den eller de lokale samordningssammenhænge, de indgår i inden for deres egen afdeling.

Nu vil læseren måske spørge, om der ikke blot er tale om et nyt kooperativt arbejdsarrangement, når aktørerne indgår i det, vi kalder en ny samordningssammenhæng, og hvorvidt der overhovedet er brug for et nyt begreb, når den nuværende begrebsramme netop fremhæver det cooperative arbejdsarrangement som en dynamisk og foranderlig formation. Afgrænsningen til faste størrelser fratager jo netop det cooperative arbejdsarrangement noget af dets dynamik.

Men det dynamiske understøttes i stedet af det nye begreb, samordningssammenhænge, ud fra den betragtning at det i højere grad er samordningen end det cooperative arbejdsarrangement, der er dynamisk. Begrebet samordningssammenhæng konnoterer således de dynamiske relationer, der opstår på tværs af de forskellige lokale cooperative arbejdsarrangementer.

Disse samordningssammenhænge konstitueres af aktuelle afhængigheder internt i lokale cooperative arbejdsarrangementer og eksternt på tværs af lokale cooperative arbejdsarrangementer. Vi har i analysen set, at patientforløb går på tværs af afdelinger, specialer og sektorer, og at dette gør det muligt at tale om relationer på flere niveauer, internt, semi-internt, semi-eksternt og eksternt, som vi så det i analysen. Disse niveauer fører til forskellige typer af samordningssammenhænge, og der optræder således interne, eksterne, semi-interne og semi-eksterne samordningssammenhænge.

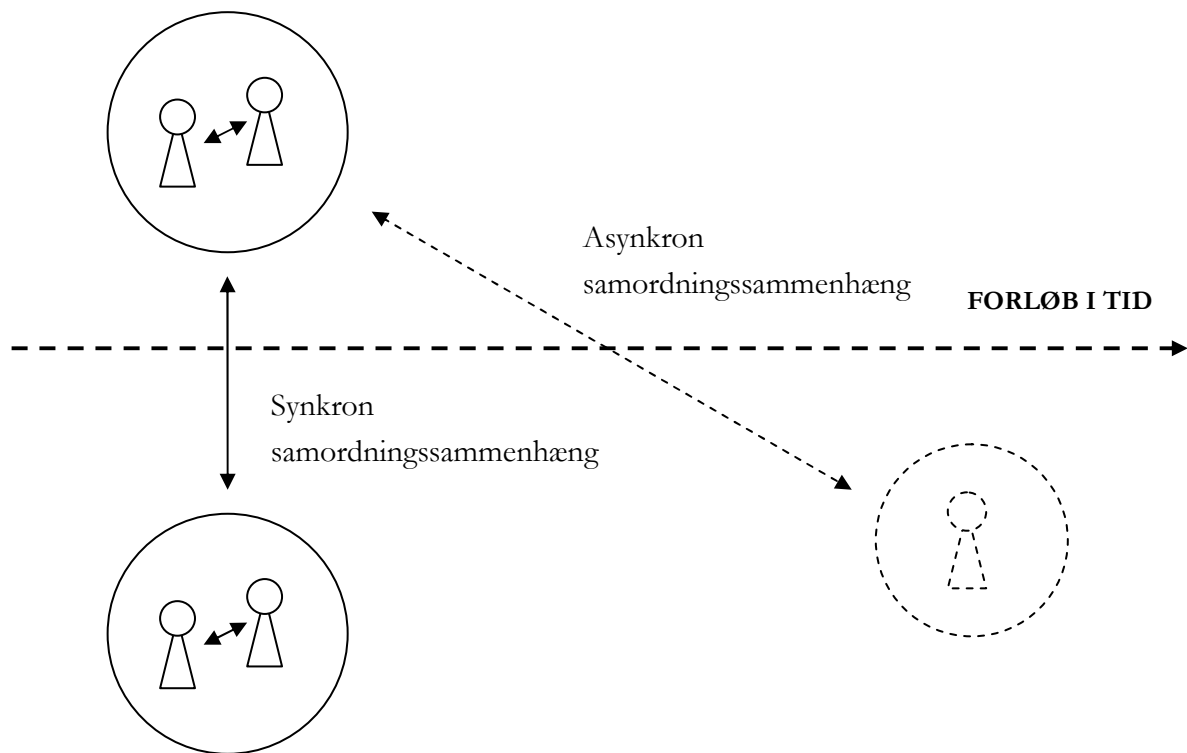


Figur 10: Pilene illustrerer samordningssammenhænge 1) internt, 2) semi-internt, 3) semi-eksternt og 4) eksternt. De optrukne pile repræsenterer samordning her og nu, mens den stiplede pil mellem en afdeling i sekundærsektoren og den praktiserende læge repræsenterer indirekte samordning gennem for eksempel journaler.

En *intern* samordningssammenhæng kan være, når jordemødrene koordinerer dagens opgaver til afleveringsmøderne, eller når det sundhedsfaglige personale stopper hinanden på Fødegangen for at koordinere, hvem gør hvad. En *semi-intern* samordningssammenhæng kan være, når Fødeklubben og Fødegangen koordinerer behandling af en smerteplaget gravid, mens en *semi-ekstern* samordningssammenhæng kan være når læger, jordemødre og sygeplejersker samordner patientforløb på tværs af specialer i forbindelse med hjertesygge gravide, eller når aktørerne på tværs af lægefagligt og administrativt adskilte afdelinger skal koordinere et kejsersnit. En *ekstern* samordningssammenhæng kan være, når den praktiserende læge henviser sine gravide til Fødegangen, eller når Roskilde sygehus henviser deres patienter til Rigshospitalet.

Det afgørende er ikke, om vi taler om intern, semi-intern, semi-ekstern eller eksterne samordningssammenhænge, da differentiering blot udgør én måde at opstille det på. Det vigtige er imidlertid, at der er tale om samordning på flere niveauer, og at samordningen rækker ud over de lokale kooperative arbejdsarrangementer.

Det vil altså sige, at samordningssammenhænge konnoterer den aktuelle afhængighedssammenhæng som aktører eller lokale kooperative arbejdsarrangementer indgår i. Samordnings*sammenhængen* er det, der binder de forskellige lokale kooperative arbejdsarrangementer sammen internt og eksternt i forskellige afhængighedskonstellationer. Men denne definition er ikke tilstrækkelig. Samordningssammenhænge rækker ud over disse aktuelle afhængighedssammenhænge, som aktørerne indgår i her og nu. Der eksisterer således også samordningssammenhænge asynkront, hvor en aktørs handlinger på et senere tidspunkt indgår i en samordningssammenhæng. Det sker f.eks. når resultatet af den praktiserende læges undersøgelser, dokumenteret i vandrejournalen, senere bliver brugt af jordemoderen i Svangreambulatoriet. Asynkrone samordningssammenhænge finder altså sted distribueret over tid og sted, hvorfor det kan være vanskeligt for den enkelte aktør at vide, hvorvidt, og i givet fald hvordan, hans handling indgår i en samordningssammenhæng over tid. Dette problematiserer evidensen af de samordningssammenhænge som en aktør indgår i. Dette er dog ikke tilfældet, hvis de asynkrone samordningssammenhænge er formaliserede, som det f.eks. er tilfældet ovenfor mellem den praktiserende læge og jordemoderen, der gennem vandrejournalen koordinerer deres undersøgelser. Synkrone og asynkrone samordningssammenhænge kan illustreres således:



Figur 11: Illustration af synkrone og asynkrone samordningssammenhænge. De synkrone samordningssammenhænge er bundet til et aktuelt behov i tid og finder sted her og nu, mens asynkrone samordningssammenhænge finder sted distribueret over tid og sted. Asynkroniteten knytter sig endvidere til behovet, idet det ikke altid er evident, hvorvidt og i så fald hvordan ens handlinger indgår i en samordningssammenhæng over tid.

Tilstedeværelsen af asynkrone samordningssammenhænge er her påvist i en kompleks setting, men det betyder ikke, at samme tendens ikke optræder i mindre komplekse settings. Antallet af asynkrone samordningssammenhænge, og den heraf følgende kompleksitet stiger dog proportionalt med antallet af interaktionsmuligheder og forskellige interaktionsmåder. Jo flere aktører, jo flere mulige samarbejdsrelationer, og desto mindre evident bliver det, hvilken sammenhæng ens aktiviteter indgår i.

Synkrone samordningssammenhænge defineres som de sammenhænge, hvor konsekvenserne af aktørernes handlinger (samordningsaktiviteter) er umiddelbart synlige eller evidente for aktørerne selv, mens asynkrone samordningssammenhænge i modsætning hertil netop problematiseres af tvetydighed. Af analysen fremgik det, hvordan samarbejdet, distribueret over tid og sted, med aktører fra andre afdelinger netop forekom mere abstrakt og diffust.

Denne distinktion mellem forholdsvis (analytisk såvel som fysisk) afgrænsede kooperative arbejdsarrangementer på den ene side og dynamiske samordningssammenhænge på den anden side, skal imødekomme den dialektiske natur, som vi har identificeret i vores case.

Dialektikken kommer f.eks. til udtryk i forbindelse med arbejdsdelingen, der overordnet struktureres og fastlægges ud fra formaliserede retningslinjer og procedurer, men også ud fra aktørernes behov for fleksibelt at kunne imødekomme denne struktur afhængig af de udfordringer, det egendynamiske og temporalt komplekse arbejdsfelt fremsætter.

Distinktionen mellem forholdsvis afgrænsede kooperative arbejdsarrangementer på den ene side og dynamiske samordningssammenhænge på den anden side afspejler altså den virkelighed, hvori samordningen finder sted. På den ene side har aktørerne brug for struktur og formalisering, der danner en kendt referenceramme, hvilket på den anden side gør det muligt at håndtere foranderligheden.

Vi foreslår, at distinktionen mellem lokale og globale kooperative arbejdsarrangementer suppleres med begrebet *samordningssammenhænge*. Samordningssammenhænge betegner de *synkrone* (aktuelle) og *asynkrone* samordningssammenhænge, som aktørerne indgår i. Der forekommer samordningssammenhænge på flere niveauer, både internt i lokale kooperative arbejdsarrangementer og på tværs af disse, semi-internt, semi-eksternt og eksternt. De tværgående samordningssammenhænge, der rækker ud over det lokale, udgør globale samordningssammenhænge. Synkrone samordningssammenhænge defineres som de sammenhænge, hvor konsekvensen af aktørernes handlinger (samordningsaktiviteter) er umiddelbart synlige eller evidente for dem.

6.3 GENERALISERET AFHÆNGIGHED

Ifølge Schmidt består det kooperative arbejdsarrangement af gensidigt afhængige aktører og den gensidige afhængighed er dermed forudsætningen for, at der overhovedet er tale om et kooperativt arbejdsarrangement (Schmidt, 1994 p. 7).

På baggrund af analysen er det imidlertid nødvendigt at udfolde afhængighedsbegrebet, så det imødekommer vores nuancering.

Aktørerne indgår løbende i afhængigheder, samordningssammenhænge, der rækker ud over det interne og går på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer, som vi har set i analysen. Flere af disse samordningssammenhænge er synkrone og direkte, mens andre er asynkrone og indirekte, som vi så det ovenfor. Interaktionen blandt aktørerne bliver som følge heraf kompleks, hvilket yderligere forstærkes af den asymmetriske afhængighed, som vi påviste i afsnittet om prioritering. Asymmetrisk afhængighed optræder, når den ene aktør er afhængig af den anden, men ikke omvendt. Disse situationer indtræder, f.eks. i forbindelse med kejsersnit, hvor obstetrikeren er afhængig af anæstesilægens ekspertise, mens anæstesilægen ikke umiddelbart er tilsvarende afhængig af obstetrikeren, da kejsersnittet ligger inden for obstetrikere ns domæne. Det samme gør sig gældende i forhold til faglighederne, hvor jordmoderen i flere forskellige situationer er afhængig af lægens vurdering, mens lægen ikke på samme måde er afhængig af jordmoderen.

Denne asymmetri i afhængigheden samt ugennemskueligheden i de asynkrone samordningssammenhænge problematiserer imidlertid begrebet gensidig afhængighed. I begrebet *gensidig afhængighed* kan ligge en implicit opfattelse af, at afhængigheden forekommer dels symmetrisk og dels evident for de involverede aktører.

En nuancering af begrebet er nødvendigt for at imødekomme de vilkår og den samordning, der finder sted omkring patientforløb. Det, der konstituerer aktørernes afhængighed er deres ansvar for patienterne og for patientforløbet. Som vi så det i analysen, er der tale om dels et aktuelt, og dels et generaliseret ansvar. På denne måde indgår aktørerne i aktuelle afhængighedsrelationer, som det f. eks. er tilfældet i forbindelse med synkrone samordningssammenhænge, hvor aktørerne samordner omkring en patient her og nu. Disse afhængighedsrelationer kan være symmetriske eller asymmetriske. Derudover indgår de også i en *generaliseret afhængighedsrelation*, som konstitueres af deres generaliserede ansvar for netværket af forløb.

Vi introducerer derfor begrebet *generaliseret afhængighed*, der knytter sig til det globale kooperative arbejdsarrangement og de involverede aktørers kooperative arbejde omkring det globale arbejdsfelt (netværk af forløb). På denne måde rækker den generaliserede afhængighed ud over tid og sted: Aktørerne er afhængige af hinanden *i kraft af deres indvirkning på disse forløb*, men ikke nødvendigvis i kraft af en aktuel, symmetrisk afhængighed her og nu.

Generaliseret afhængighed er f.eks. central i forbindelse med den identificerede prioriteringsdynamik, som hersker i det globale arbejdsfelt, og er en præmis for det globale kooperative arbejdsarrangement og dermed også for de lokale kooperative arbejdsarrangementer. De involverede aktører er afhængige af hinandens prioriteringer, f.eks. er jordemødrene afhængige af anæstesilægernes prioritering, og selv om anæstesilægerne ikke i det øjeblik gengælder denne afhængighed, er de på sigt, i forhold til at udføre deres arbejde omkring patientforløb, afhængige af et godt samarbejde med jordemødrene på Fødegangen.

I og med aktørerne har et generaliseret ansvar for patientens forløb, indgår de også i en generaliseret afhængighed med de aktører, der er involverede i det samlede forløb, og den generaliserede afhængighed knytter sig således til aktørernes generaliserede ansvar. Aktørerne er altså afhængige, globalt, af hinandens evne og vilje til at udføre en tilfredsstillende behandling, at samordne denne behandling hensigtsmæssigt, og i det hele taget til at få tingene til at fungere.

Som vi så det i afsnittet om Integration af perspektiver, er Center for gravide med hjertesygdomme et oplagt eksempel på, hvordan de involverede aktører eksplicit praktiserer og forsøger at imødekomme det generaliserede ansvar, hvilket samtidig er en eksplicit

praktisering af generaliseret afhængighed. Det er deres ansvar, det aktuelle og det generaliserede, der konstituerer afhængigheden imellem aktørerne. Det generaliserede ansvar konstituerer dermed den generaliserede afhængighed.

Den eksisterende begrebsramme modsiger ikke vores pointer, men ekspliciterer ikke disse aspekter af afhængighed. Den generaliserede afhængighed modsiger netop ikke, at der er tale om gensidig afhængighed blandt aktørerne, men det foreslåede begreb generaliseret afhængighed frigør afhængigheden fra det aktuelle og synkrone og dets konstituering i flygtige formationer.

Vi foreslår, at begrebet *generaliseret afhængighed* nuancerer begrebet gensidig afhængighed. Generaliseret afhængighed refererer til aktørernes afhængighed i kraft af deres fælles indvirkning på det samme overordnede globale forløb, og frigør dermed afhængighedsbegrebet fra en aktuel, symmetrisk afhængighed her og nu, som ligger implicit i begrebet gensidig afhængighed. Generaliseret afhængighed konstitueres af aktørernes generaliserede ansvar i forhold til det globale arbejdsfelt, dvs. netværket af patientforløb.

6.4 OPSUMMERING PÅ BEGREBSNUANCERINGEN

Vi har i diskussionen foreslået en nuancering af den eksisterende begrebsramme, hvilket omfatter et samlet teoretisk bidrag bestående af tre hovedpointer:

- En eksplicit distinktion mellem flere *lokale* arbejdsfelter og tilsvarende lokale kooperative arbejdsarrangementer på den ene side og et *globalt* arbejdsfelt og et globalt kooperativt arbejdsarrangement på den anden side. I denne forbindelse specificeres de kooperative arbejdsarrangementer som fast afgrænsede størrelser.
- Introduktion af begrebet *samordningsammenhænge*, der refererer til samordningsrelationer, som opstår internt og på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer. Samordningsammenhænge kan optræde synkront og asynkront, ligesom de kan forekomme på baggrund af såvel asymmetrisk som symmetrisk afhængighed.
- Introduktion af begrebet *generaliseret afhængighed* som supplerende til det nuværende begreb ”gensidig afhængighed”, der bl.a. problematiseres af interaktionskompleksiteten og det manglende blik for aktørernes generaliserede ansvar. Generaliseret afhængighed refererer til aktørernes afhængighed i kraft af deres fælles indvirkning på det samlede netværk af forløb (det globale arbejdsfelt) og konstitueres således af et *generaliseret ansvar*. Begrebet imødekommer samtidig, at afhængigheden mellem aktørerne ikke nødvendigvis er gensidig i en symmetrisk og synkron forstand.

Nuanceringen har dels tilført Schmidts begrebsramme en eksplicitering i distinktionen mellem lokale og globale arbejdsfelter og kooperative arbejdsarrangementer, dels nye begreber som *samordningsammenhænge* og *generaliseret afhængighed*. Begrebsnuancering er et bud på en revideret begrebsramme, der i højere grad vil være i stand til at imødekomme analyse af problemstillingerne identificeret i den sundhedsfaglige setting, specielt omkring samordning af patientforløb.

Spørgsmålet er imidlertid, hvad denne nuancering betyder i praksis, når man som forsker inden for CSCW skal analysere sundhedsfaglige eller lignende settings med henblik på at designe it-systemer, der imødekommer de krav og behov der netop optræder her. I bund og grund er denne problematik, jo netop kernen i CSCW:

”CSCW should be conceived of as an endeavor to understand the nature and requirements of cooperative work with the objective of designing computer based technologies for cooperative work arrangements” (Schmidt & Bannon, 1992 p. 11)

Før vi besvarer dette spørgsmål, hvad nuanceringen betyder i praksis for analyse og design, ønsker vi imidlertid kort at vende tilbage til diskussionen omkring sammenhæng i patientforløb, som var specialets praktiske afsæt og på denne baggrund understrege, hvorfor det er essentielt at tage højde for begrebsnuanceringen i forbindelse med analyse og design.

6.5 ANALYSE AF SAMMENHÆNG I PATIENTFORLØB

Den aktuelle debat omkring sammenhæng i patientforløb og diagnosen ”koordinationsbesvær” var, som vi så det i indledningen, specialets praktiske afsæt. Vi fandt det relevant at se på vilkår og karakteristika for samordningsarbejdet omkring patientforløb, idet vi mener, at netop samordningsarbejdet er kerneaktiviteten for at skabe sammenhæng. Analysen og diskussionen har nu kastet lys over disse vilkår og karakteristika, og spørgsmålet er nu, hvordan vores nuancering af den teoretiske begrebsramme kan anvendes til at belyse begrebet sammenhæng: Hvilke former for sammenhæng finder sted i patientforløbet, og hvordan kan man tale om sammenhængende patientforløb?

Af analysen fremgik det, hvordan samordningsarbejdet forekommer på flere niveauer og på tværs af forskellige typer af relationer (interne, semi-interne, semi-eksterne og eksterne), og vi har i diskussionen set, hvordan dette giver lejlighed til at tale om *samordningsammenhænge* på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer.

Samtidig tjener samordningsarbejdet forskellige formål. Samordningsarbejdet omkring patientforløb handler om: 1) At skabe en fortløbende kontinuitet i aktiviteterne her og nu, hvilket vi betegner som sammenhæng på *mikroniveau*. 2) At skabe sammenhæng, der rækker ud over her og nu situationer (dvs. at den ene hånd ved, hvad den anden gør), hvilket vi

betegner som *sammenhæng på makroniveau*. 3) At skabe sammenhæng ved hjælp af prospektiv integration af perspektiver. Denne type samordning kan på den ene side opfattes som en eksplicit praktisering af sammenhæng på makroniveau, og som et tværfagligt samarbejde med henblik på at skabe sammenhængende patientforløb. På den anden side adskiller det sig dog ved at indbefatte *prospektiv* integration af aktiviteter.

Sammenhæng på mikroniveau

Sammenhæng på mikroniveau handler for de enkelte aktører om at skabe kontinuitet i de aktuelle aktiviteter her og nu. Dvs. at sørge for, at de aktuelle patienter i konsultationen, eller på afdelingen, får en passende og hensigtsmæssig behandling, og at der sker en fortløbende progression i dagens aktiviteter osv. Sammenhæng på mikroniveau handler altså om at skabe kontinuitet i forbindelse med en given situation her og nu og består således i en basal samordning. Denne form for sammenhæng knytter sig primært til de lokale arbejdsfelter og de lokale kooperative arbejdsarrangementer, idet aktørerne søger at imødekomme deres aktuelle ansvar for patienterne. Sammenhæng på mikroniveau indebærer derfor primært lokale samordningssammenhænge, f.eks. her og nu prioritering, planlægning og arbejdsdeling blandt aktørerne inden for en afdeling. Derudover forekommer akut koordination mellem afdelinger, hvorfor den fortløbende kontinuitet altså også optræder globalt, men ud fra et lokalt aktørperspektiv, som når jordemoderen på Fødegangen har brug for anæstesilægerens hjælp til akut smertebehandling af sin patient; den patient som *jeg* har ansvar for her og nu *på denne afdeling* har brug for behandling.

Sammenhæng på makroniveau

Sammenhæng på makroniveau handler om kontinuitet på forløbsniveau, dvs. at den ene hånd ved, hvad den anden hånd gør, sådan som en læge på Obstetrisk beskriver det (jf. Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 18), og at hver enkel aktør eller afdeling sørger for at sende patienten videre i (eller ud af) forløbet på en hensigtsmæssig måde.

Sammenhæng på makroniveau kræver koordination og orientering både internt og på tværs af interne afdelinger, dvs. på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer.

Sammenhæng på makroniveau knytter sig altså til en løbende orientering og dokumentation af forløb; til overleveringer på tværs af afdelinger; til planlægning, prioritering og arbejdsdeling på tværs, men konnoterer stadig kontinuere forløb, hvor det, på et givent tidspunkt i forløbet, gælder om at kaste bolden videre på fornuftig vis.

Overleveringssituationer, orientering og integration af perspektiver mellem afdelinger og sektorer, og dermed globale samordningssammenhænge, bliver således helt centrale for sammenhæng på makroniveau.

Sammenhæng på mikroniveau kan altså ikke alene konstituere et sammenhængende patientforløb. Mere sammenhængende patientforløb forudsætter sammenhæng på makroniveau.

Prospektiv sammenhæng

Prospektiv sammenhæng kan på den ene side opfattes som en ekstraordinær praktisering af sammenhæng på makroniveau, dvs. et tværfagligt samarbejde med henblik på at skabe sammenhæng i patientforløbet. På den anden side adskiller det sig dog ved at indbefatte *prospektive* aktiviteter og ikke blot sammenhæng ud fra et givent tidspunkt i forløbet.

Prospektiv sammenhæng kan eksemplificeres ved Center for gravide med hjertesygdomme, der eksplicit søger at understøtte sammenhængende patientforløb på tværs gennem en prospektiv integration af perspektiver, som vi så det i analyseafsnittet.

Dette indbefatter ikke kun, som sammenhæng på mikro- og makroniveau, en samordning af patientforløbet på et givent tidspunkt i forløbet, men også en samlet prospektiv vurdering af de forskellige muligheder for patienten og en foregribende planlægning af et hensigtsmæssigt forløb, så vidt det er muligt. Prospektiv sammenhæng i forløbet kræver aktiv integration af perspektiver på tværs af afdelinger og specialer og indbefatter dermed formaliserede globale samordningssammenhænge.

Vi har på baggrund af empirien set, at samordningsarbejde omfatter både sammenhæng på mikroniveau, sammenhæng på makroniveau og prospektiv sammenhæng. Alle tre typer af sammenhæng tjener forskellige formål, men hænger dog eksponentielt sammen. Det skal forstås på den måde, at man ikke kan tale om meningsfuld, prospektiv sammenhæng i det samlede forløb uden sammenhæng på mikro- eller makroniveau, ligesom man ikke kan tale om sammenhæng på makroniveau uden sammenhæng på mikroniveau. Omvendt kan man godt tale om sammenhæng på mikroniveau, uden der bliver tale om sammenhæng på makroniveau eller for den sags skyld meningsfuld prospektiv sammenhæng.

Men hvad siger debatten om sammenhængende patientforløb? Som det fremgår af indledningen er der ingen klar definition af, hvad sammenhængende patientforløb er, men ud fra vores research i omfattende publikationsmateriale, fremgår det, at den gængse opfattelse lægger sig op af det, vi refererer til som sammenhæng på makroniveau. Dette så vi blandt andet i analysen i forbindelse med afsnittet om Orientering, hvoraf det fremgik at PatientLægeForum lægger vægt på, at aktører og instanser, for at skabe sammenhængende patientforløb, videregiver relevant information om patienten. De fremhæver, at sammenhængende patientforløb realiseres når:

”...der bygges bro over kløften mellem de forskellige sektorer i sundhedssystemet ...Det er så enkelt som at den praktiserende læge skal have besked, når en patient udskrives, og lægen skal have information nok til løbende at kunne fortælle sin patient, hvor i behandlingen vedkommende befinder sig” (Praktiserende læge, professor, dr. med. Frede Olesen, PatientLægeForum, referat, 1999 p. 4).

En lignende opfattelse fremførte en af vores interviewpersoner:

”... jamen, når du siger sammenhængende patientforløb, så tænker jeg på at patienten vil opleve det som ... at den ene hånd ved hvad den anden hånd laver, altså ... når patienten har været herinde og har fået en vis behandling og bliver udskrevet, så sender vi information ud til egen læge, og når kvinden så kommer ned til egen læge måske to uger senere, så ved egen læge rent faktisk godt, hvad der er foregået inde på sygehuset. Det opfatter jeg som sammenhængende patientforløb.” (Overlæge, Obstetrisk Klinik, interview 6 s. 18).

Det er vores overbevisning, at man for at tale om sammenhængende *forløb* som minimum må indbefatte sammenhæng på makroniveau. Dette betyder, at det bliver essentielt at understøtte ikke blot de lokale kooperative arbejdsarrangementer og de interne samordningssammenhænge, men også at tage højde for de globale samordningssammenhænge, hvorfor vores begrebsnuancering bliver essentiel. Men hvilke nye implikationer og principper for analyse og design af it-systemer fremsætter denne nuancering?

6.6 NYE IMPLIKATIONER OG PRINCIPPER FOR ANALYSE OG DESIGN

I forlængelse af begrebsnuanceringen følger her en række konceptuelle principper, som det er vigtigt at holde sig for øje i forbindelse med analyse af og design af it-systemer til den sundhedsfaglige setting og samordning omkring patientforløb.

På den ene side er det vigtigt for at imødekomme sammenhæng på makro-niveau, at man ikke analyserer et givent *kooperativt arbejdsarrangement* isoleret fra dets globale sammenhæng. Dvs. at man f.eks. analyserer en afdeling på et hospital og deres interne samarbejde for derefter at designe it-løsninger, der udelukkende understøtter dette. På den anden side er det heller ikke muligt at analysere helheden, et globalt kooperativt arbejdsarrangement, uden at tage afsæt i et eller flere lokale kooperative arbejdsarrangementer. For at forstå helheden må man nødvendigvis først forstå, hvilke dele den består af.

I analysen så vi f.eks., hvordan der hersker en prioriteringsdynamik, der rækker ud over de interne eller lokale kooperative arbejdsarrangementer. Dette understreger nødvendigheden af at analysere lokale kooperative arbejdsarrangementer i en global sammenhæng for at forstå de globale processer, som har betydning lokalt. Det er således vigtigt at identificere lokale kooperative arbejdsarrangementer som afgrænsede størrelser i forhold til deres lokale og globale arbejdsfelt for at identificere den globale kooperative sammenhæng, som det lokale kooperative arbejdsarrangement indgår i. Dette er nødvendigt for senere at kunne skelne mellem, og være sig bevidst om, dels understøttelse af intern samordning og dels understøttelse af samordning på tværs.

Schmidt refererer til samordningsarbejde som en række sekundære aktiviteter:

“...in order to handle the fact that cooperating actors, being mutually dependent in their work, have to *articulate* (divide, allocate, coordinate, schedule, mesh, interrelate etc.) their individual activities: Who is doing what, where, when, how, by means of which, under which constrains?” (Schmidt, 1994 p. 18)

I analyse af en given setting mener vi, det er nødvendigt, som vores analyse også afspejler, at samordningsarbejdet operationaliseres, og at aktiviteterne så vidt muligt søges kortlagt.

Samordningsarbejdet må således identificeres som en række konkrete aktiviteter, der finder sted inden for forskellige *samordningssammenhænge*. I analysen identificerede vi planlægning, prioritering, arbejds- og ansvarsdeling, orientering samt integration af perspektiver som centrale samordningsaktiviteter for det kooperative arbejde omkring patientforløb, og undersøgte hvorledes disse fandt sted inden for interne, semi-interne, semi-eksterne og eksterne samordningssammenhænge, mellem afdelinger og sektorer.

Ud fra de afgrænsede kooperative arbejdsarrangementer og deres globale sammenhæng identificeres således forskellige typer af samordningssammenhænge. Det er herefter vigtigt at analysere, hvad der karakteriserer disse samordningssammenhænge på forskellige niveauer for at kunne vurdere, hvordan de understøttes mest hensigtsmæssigt: Hvor hyppigt optræder de, hvilken interaktionsform anvendes og er der tale om tæt eller løst koblede sammenhænge? Osv.

Endnu et centralt aspekt at være opmærksom på i forbindelse med analyse af og it-design til et kooperativt arbejdsarrangement er, at det frem for at være konstitueret af en gensidig afhængighed aktørerne imellem, er konstitueret af en *generaliseret afhængighed*. Dette er vigtigt at holde sig for øje for ikke at overse vigtige samordningssammenhænge, som ikke nødvendigvis kan karakteriseres ved en umiddelbar og evident gensidig afhængighed. Ved at bestræbe sig på at understøtte den generaliserede afhængighed og dermed aktørernes *generaliserede ansvar* for patientforløbet, er det vores overbevisning, at man opnår en mere helhedsorienteret it-understøttelse af det kooperative arbejde. Således er det f.eks. mindre vigtigt at understøtte jordemoderen og lægen, der diskuterer en fødendes situation her og nu, i forhold til at understøtte deres generaliserede ansvar for patienten og dennes forløb: Hvor er patienten i forløbet, hvilken behandling er hensigtsmæssig, hvordan integreres vores aktiviteter hensigtsmæssigt? Osv.

Dette understreger endnu engang, at det er vigtigt at holde sig distinktionen mellem lokale kooperative arbejdsarrangementer og den globale sammenhæng, de indgår i, for øje. Hvis man f.eks. designer et it-system til en afdeling isoleret, så underbygges kun deres aktuelle og ikke deres generaliserede ansvar og dermed heller ikke deres generaliserede afhængigheder.

Således kan man fortsætte argumentationen i forhold til samtlige samordningsaktiviteter: Det er essentielt at understøtte planlægning, prioritering, arbejds- og ansvarsdeling, orientering og integration af perspektiver, ikke blot lokalt, men også globalt, og at analysere disse aktiviteter på de forskellige niveauer, idet de fremsætter forskellige krav til it-understøttelsen. På denne måde stiller tværgående planlægning f.eks. højere krav til formaliseret understøttelse end den interne planlægning, som vi så det i analysen. Et andet eksempel er den tværgående orientering, der stiller højere krav til lægen om, at han skal ”huske” at give den praktiserende læge eller kollegaen på den anden afdeling besked. Her er altså tale om forskellige grader og typer af opmærksomhed (awareness), der skal understøttes, idet den interne orientering er mere indlejret i arbejdet end den tværgående.

Ovenstående præsentation af principper for analyse og design er langt fra udtømmende og ville være interessant at arbejde videre med. Det er imidlertid ikke dette speciales ærinde at udvikle konceptuelle eller specifikke designkrav. Det vigtige at slå fast her, er, at det er essentielt for udviklingen af sådanne krav, at man identificerer og er sig bevidst om de forskellige niveauer af samordning og sammenhæng i patientforløbet.

Med ovenstående begrebsnuancering har specialet således på baggrund af analyse af praksis bidraget med en nuancering af Schmidts begrebsramme. Specialet har demonstreret, hvorledes teori kan belyse praksis ved at anvende Schmidts begrebsramme til analyse af et socialt felt, samordningen omkring svangerforløb, og hvorledes praksis omvendt kan anvendes til at nuancere teori (gennem diskussion af begrebsrammen på baggrund af analysen). Dette todelte bidrag udgør specialets empirisk-teoretiske dialektik.

7 KONKLUSION

I dette kapitel præsenteres specialets konklusion på problemformuleringen og, i forlængelse heraf, afsluttende refleksioner over specialets bidrag og proces samt en perspektivering, der opstiller en række forslag til videre forskning.

7.1 KONKLUSION

Som det fremgår af indledningen tog specialet afsæt i spændingsfeltet mellem teori og praksis: Det tog afsæt dels i en interesse for digitaliseringen af sundhedssektoren, herunder tankerne om mere sammenhængende patientforløb. Dels i en interesse for CSCW, der i stigende omfang anvendes som afsæt for analyse af den sundhedsfaglige setting med henblik på it-understøttelse. Specialet tog således udgangspunkt i et ønske om at forstå, hvorledes sundhedsfaglige aktører *samordner* deres arbejde omkring patientforløb, og hvad der kendetegner dette samordningsarbejde, hvilket førte til følgende problemformulering:

Hvad karakteriserer samordningsarbejdet omkring patientforløb (eksemplificeret ved svangerforløb), herunder hvilke vilkår er det underlagt, og hvordan kan centrale begreber inden for CSCW nuanceres, så de i højere grad imødekommer disse karakteristika?

Den todelte problemformulering lægger op til en todelte besvarelse, der dog bør betragtes som et sammenhængende bidrag. Nedenfor besvares de i forlængelse af hinanden.

Vilkår for og karakteristika ved samordningsarbejdet omkring patientforløb

For at undersøge samordningsarbejdet omkring patientforløb fandt vi det hensigtsmæssigt at foretage et kvalitativt studie inspireret af den etnografiske tilgang. Vi interviewede centrale aktører involveret i svangerforløbet, og foretog supplerende observationer på Fødegangen på Obstetrisk Klinik, Rigshospitalet.

Af analysen fremgår det, at samordningsarbejde omkring patientforløb er underlagt en række grundlæggende vilkår, som det er nødvendigt at identificere og forstå, før det er muligt at analysere selve samordningsarbejdet.

Først kortlagdes, gennem en analyse af patientforløbet som arbejdsfelt og det dertilhørende kooperative arbejdsarrangement, vilkårene for samordningsarbejdet. Det fremgik heraf, hvordan arbejdsfeltet, bestående af et netværk af patient- eller svangerforløb, er karakteriseret ved en høj grad af *temporal og strukturel kompleksitet*. Den temporale kompleksitet består i arbejdsfeltets *egendynamik*, dvs. de gravides spontane foranderlighed, der udgør eksterne styringsfaktorer for de kooperative aktører omkring patientforløbet. Den strukturelle kompleksitet består i, at der er tale om flere patientforløb på én gang (netværk af forløb), og at disse er distribueret i tid og sted, idet flere forskellige aktører er

involveret i forløbet. Omskiftelighed og uforudsigelighed som følge af arbejdsfeltet er altså et grundlæggende vilkår for aktørernes kooperative arbejde og samordningsarbejde.

Det kooperative arbejdsarrangement, de sundhedsfaglige aktører involveret i svangerforløbet, er, ligesom arbejdsfeltet, kendetegnet ved *geografisk distribution*. Samarbejdet, og herunder samordningsarbejdet, sker således internt (på Fødegangen), men også på tværs af afdelinger og sektorer. Samtidig kan det kooperative arbejdsarrangement karakteriseres som *heterogent*, idet det er sammensat af en lang række forskellige fagligheder og specialiseringer, f.eks. jordemødre, sekretærer, social- og sundhedsassistenter og forskellige lægefaglige specialer. Det er således også et vilkår for samordningsarbejdet, at det finder sted på tværs af distribuerede aktører og på tværs af fagligheder og specialiseringer.

Samlet set stiller disse vilkår, der afledes af arbejdsfeltet og det kooperative arbejdsarrangement, aktørerne over for en række udfordringer i deres forsøg på at samordne deres aktiviteter omkring svanger- eller patientforløb.

Gennem omfattende arbejde med det empiriske materiale identificerede vi seks samordningsaktiviteter som centrale for samordning af patientforløb. Analysen koncentrerede sig derfor om adskilt at behandle aktiviteterne: *Planlægning, prioritering, arbejds- og ansvarsdeling, orientering og integration af perspektiver* for at se, hvilke karakteristika, der overordnet kan udledes om samordningsarbejdet på baggrund af de vilkår, det er underlagt.

Af analysen fremgik det, hvordan de sundhedsfaglige aktørers samordning omkring patientforløb er karakteriseret ved *en særlig dialektisk natur* bestående af to helt centrale vekselvirkninger: Dels en vekselvirkning mellem *formaliseret* og *ad hoc* samordning som konsekvens af arbejdets temporale kompleksitet og egendynamik. Dels en vekselvirkning mellem samordning *internt* på en enkelt afdeling og samordning, der rækker ud over denne interne samordning og går *på tværs*.

Denne dialektiske natur afføder samtidig en høj grad af interaktionskompleksitet, idet samordningsarbejdet er konstitueret i et væld af forskelligartede interaktioner.

Nuancering af centrale begreber inden for CSCW - Schmidts begrebsramme

Identifikationen af vilkårene for samordningsarbejdet og dets karakteristika skete ud fra Schmidts begrebsramme (primært Schmidt, 1994), der repræsenterer én tilgang til feltet og bygger på centrale CSCW studier af bl.a. Strauss (1985), Woods (1988), Gerson og Star (1986) samt Star (1989). Vi fandt det relevant at gøre brug af denne begrebsramme til vores analyse, da den netop præsenterer et konceptuelt rammeværk for analyse af kooperativt arbejde og samordningsarbejde.

Begrebsrammen viste sig imidlertid utilstrækkelig i forhold til at imødekomme den analyserede case. Vi foreslår derfor en nuancering, der skal kvalificere begrebsrammen til i højere grad at imødekomme analyse af den sundhedsfaglige setting og samordning omkring patientforløb. Nuanceringen skal ses som et samlet teoretisk bidrag bestående af tre sammenhængende hovedpointer.

Nuanceringen af Schmidts begrebsramme omfatter for det første en analytisk distinktion mellem *lokale og globale kooperative arbejdsarrangementer*, der agerer i relation til *flere lokale og en eller flere global(e) arbejdsfelter*. Det er væsentligt at pointere, at aktørerne på én gang indgår i en lokal sammenhæng (del) og i en overordnet sammenhæng (helhed). I forlængelse heraf foreslås det, at begrebet lokale kooperative arbejdsarrangementer reserveres til forholdsvis afgrænsede og håndterbar strukturelle enheder. Således indgår aktørerne på Fødegangen dels i et lokalt kooperativt arbejdsarrangement omkring netop de patienter, der kommer dér, og dels i et globalt kooperativt arbejdsarrangement omkring netværket af patientforløb.

For det andet introduceres et supplerende begreb, *samordningsammenhænge*, der beskriver og imødekommer de forskellige foranderlige, omskiftelige afhængighedskonstellationer inden for og på tværs af disse lokale kooperative arbejdsarrangementer. Disse samordningsammenhænge finder sted internt i og på tværs af lokale kooperative arbejdsarrangementer og finder sted både synkront og asynkront. Således indgår aktørerne på f.eks. Fødegangen i samordningsammenhænge med andre aktører på Fødegangen (internt), men også med aktører på tværs af afdelinger og sektorer.

Som supplement til begrebet gensidig afhængighed introduceres for det tredje begrebet *generaliseret afhængighed*, der refererer til aktørernes afhængighed i kraft af deres fælles indvirkning på det samme overordnede globale arbejdsfelt. De indgår i en global kooperativ sammenhæng omkring det globale arbejdsfelt, netværket af patientforløb, og det er aktørernes *generaliserede ansvar* for dette netværk af forløb, der konstituerer den generaliserede afhængighed. Det er essentielt at samordningsarbejdet omkring patientforløb understøtter denne afhængighed.

Den nuancerede begrebsramme viste sig i forlængelse heraf at kunne bidrage til diskussionen omkring *sammenhæng* i patientforløb. Gennem anvendelse af den nuancerede begrebsramme, identificerede vi forskellige niveauer af sammenhæng: sammenhæng på *mikroniveau*, sammenhæng på *makroniveau* samt *prospektiv sammenhæng*. For at tale om sammenhængende patientforløb må man i overensstemmelse med den gængse opfattelse i den aktuelle debat, som minimum, indbefatte sammenhæng på makroniveau. I forbindelse med komplicerede forløb er prospektiv sammenhæng essentielt.

Dette understreger, hvorfor det som forsker inden for CSCW er essentielt at være sig bevidst om distinktionen mellem lokale og globale sammenhænge, når man analyserer og

designer til den sundhedsfaglige eller tilsvarende setting, idet lokale kooperative arbejdsarrangementer ikke bør analyseres og understøttes isoleret fra deres globale sammenhæng, da man ud fra en sådan isoleret betragtning vil overse sammenhæng på makroniveau.

Refleksioner over specialets bidrag og proces

Specialet har således bidraget dels til en større forståelse af den sundhedsfaglige arbejdssetting og de eksisterende praksiser, dels til en konceptuel nuancering af en eksisterende begrebsramme inden for CSCW. Specialet har dermed indfriet ambitionen om på den ene side at nuancere centrale begreber inden for CSCW på baggrund af iagttagelser i praksis og på den anden side at berige denne praksis samt den aktuelle debat med et teoretisk blik. Specialets bidrag placerer sig dermed i spændingsfeltet mellem teori og praksis.

I forhold til Sørensens model, skitseret i indledningen, har specialet således argumenteret både empirisk og teoretisk, og specialets resultater har ført til et analytisk bidrag såvel som et konstruktivt. Analytisk fordi specialet bidrager til den videre forskning inden for CSCW og til forskning inden for sundhedsfaglige settings og konstruktivt fordi specialet, om end i mindre omfang, leverer nye principper for analyse og it-design på baggrund af empiriske resultater og nuanceret teori.

Specialets bidrag er et resultat af en iterativ proces, hvor et samfundsaktuelt felt, et teoretisk felt og et konkret socialt felt har været i spil samtidigt. Dette har på den ene side været med til at sikre studiets samfundsmæssige og aktuelle relevans, men har på den anden side også konfronteret os med dét, Schön refererer til som dilemmaet mellem rigiditet og relevans. Sumpen, den praktiske virkelighed, som vi har valgt at begive os ud i, lader sig ikke så nemt afdække af rigide og valide metoder. Det får på den ene side konsekvenser for generaliserbarheden, men på den anden side har denne erfaring netop medført resultater, der kan fungere som indikationer på interessante problemstillinger for videre forskning. Den iterative proces og samspillet mellem de tre felter har således både været lærerig og udfordrende. En konstruktiv håndtering af en sådan ustabil proces, hvor usikkerheden er et vilkår på grund af nye spørgsmål og problemstillinger, der løbende dukker op, har bidraget til stor og nuanceret indsigt i både det sociale og det teoretiske felt. Ligesom løbende reformuleringer og konceptualiseringer har givet mulighed for læring og frembringelse af signifikant viden. Ikke blot i forhold til specialets genstandsfelt og emne, men også i forhold til processen som helhed – vi har dermed også gjort os erfaringer med at håndtere specialet som en kompleks proces.

7.2 PERSPEKTIVERING: DET VIDERE ARBEJDE MED SPECIALET

Sokrates skulle i sin berømte forsvarstale have sagt: "Det eneste jeg ved, er, at jeg ingenting ved" (Platon, Apologien, i Mejer og Tortzen, 2000). Specialets forfattere genkender denne

erkendelse, idet der gennem et omfattende studie, dybt nede i den Schönske sump, måske nok besvares nogle spørgsmål, men samtidig rejser sig endnu flere ubesvarede og ikke mindst interessante spørgsmål. Vi vil således afslutte specialet med at give nogle bud på interessante og relevante undersøgelsesspørgsmål, som det i forlængelse af vores studie kunne være interessant at gå i dybden med:

- 1) Hvordan understøttes de forskellige niveauer af sammenhæng i patientforløbet identificeret i vores case? I denne forbindelse vil det være nærliggende at foretage dyberegående studier af de forskellige former for sammenhænge.
- 2) Herunder, hvordan understøttes de forskellige niveauer af samordning dels lokalt og globalt? Hvordan understøttes f.eks. de identificerede aspekter af samordning (planlægning, prioritering, arbejdsdeling, ansvarsdeling, orientering og integration af perspektiver) dels lokalt og globalt?
- 3) Hvordan understøttes overblik over det globale forløb og overblik over det globale kooperative arbejdsarrangement, herunder indsigt i andre kooperative arbejdsarrangementers status, planlægning, prioritering og perspektiver?
- 4) Hvordan understøttes det generaliserede ansvar og dermed den generaliserede afhængighed? Herunder hvordan understøttes dels synkrone og dels asynkrone samordningssammenhænge?
- 5) Hvordan understøttes prospektiv integration af perspektiver med henblik på at skabe sammenhæng i mere komplicerede patientforløb?

Disse er kun et udpluk af et hav af interessante spørgsmål, der kan og bør udforskes i dybden. Som Rosengren og Arvidson pointerer, er videnskab netop en kumulativ disciplin, hvor mange små bidrag kan føre til et væsentligt:

”För at kunskapen ska kunna växa måste vi i de flesta fall bygga på våra föregångares kunskap. Varje enskild vetenskapsman kan i regel bara producera en liten bit ny kunskap, men genom att lägga sin lilla bit till den redan samlade kunskapsmassan kan han ibland göra en väsentlig insats. Det är genom denna kumulativitet som vetenskapen utvecklas och förändras.” (Arvidson og Rosengren, 1992, p. 30).

Vi har med dette speciale således bygget videre på eksisterende forskning inden for CSCW, og samtidig støbt fundamentet for videre forskning. Vi håber med dette speciale at have inspireret læseren til at tage tråden op, hvor vi slipper den nu.

8 LITTERATURLISTE

Litteraturlisten er sorteret i tre kategorier: 1) Teori, 2) Metode, og 3) Publikationer om sundheds-it og relaterede emner. Sidst i listen er angivet de links, der nævnes i opgaven.

TEORI

Berg, Mark (1999): *Accumulating and Coordinating: Occasions for Information Technologies in Medical Work*. Computer Supported Cooperative Work. 8:373-401.

Berndtsson, Johan & Maria Normark (1999): *The coordinative functions of flight strips: Air Traffic Control work revisited*, in Stephen C. Hayne (ed.): *GROUP'99: International Conference on Supporting Group Work, Phoenix, Arizona, 14-17 November 1999*, ACM Press, New York, 1999, pp. 101-110. (Kompendiet for CSCW efteråret 2003).

Bardram, Jakob E. (1998): *Designing for the dynamics of cooperative work activities*, in *Computer Supported Cooperative Work, Proceedings of the 1998 ACM conference on Computer supported cooperative work*, Seattle, Washington, United States, pp. 89-98.

Bossen, Claus (2002): *The parameters of Common Information Spaces: the Heterogeneity of cooperative work at a Hospital Ward*, University of Aarhus

Carstensen, Peter H. (1996): *Computer Supported Coordination*, Ph.D. Dissertation, University of Roskilde, Writings in Computer Science, No 61, Institute of Computer Science, ISSN 0109-9779, March, 1996

Carstensen, Peter H. & Carsten Sørensen (1996): *From the social to the systematic: Mechanisms supporting coordination in design*, *Computer Supported Cooperative Work. The Journal of Collaborative Computing*, vol. 5, no. 4, 1996, pp. 387-413. (Kompendiet for CSCW efteråret 2003).

Carstensen, Peter H. & Kjeld Schmidt (1999): *Computer Supported Cooperative Work: New Challenges to Systems Design*, vol. 43, CTI Working Paper, February 1999. – To appear in Kenji Itoh (ed.). *Handbook of Human Factors*, Tokyo 2003. (Kompendiet for CSCW efteråret 2003)

Ellingsen, Gunnar & Eric Monteiro (2003): *Mechanisms for producing a working knowledge: Enacting, orchestrating and organizing*. *Information and Organization* 13:203-229.

Fitzpatrick, Geraldine, William J. Tolone and Simon M. Kaplan (1995): *Work, Locales and Distributed Social Worlds*, Marmolin et al. (eds.): *Proceedings of the Fourth European Conference on Computer-Supported Cooperative Work, ECSCW'95*, Kluwer, pp. 1-16

Gerson, Elihu M. & Susan Leigh Star (1986): *Analyzing Due Process in the Workplace* *ACM Transactions on Office Information Systems*, vol. 4, no. 3, July 1986, pp. 257-270.

Greenbaum, Joan & Morten Kyng (1991): *Design at work: Cooperative design of computer systems.* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Harper, Richard & John A. Hughes (1993): *What a f—ing system! Send 'em all to the same place and then expect us to stop 'em hitting: Managing technology work in air traffic control*, in Graham Button (ed.): *Technology in Working Order: Studies of Work, Interaction, and Technology*, Routledge, London and New York, pp. 245-260 (Kompendiet for CSCW efteråret 2003)

Heath, Christian & Paul Luff (2000): *Technology in Action*, Cambridge University Press.

Hewitt, Carl (1986): *Offices are Open Systems*, ACM Transactions on Information Systems (TOIS), ACM Press, New York, Vol. 4, Issue 3, July 1986, pp. 271-287.

Mejer, Jørgen & Christian Gorm Tortzen (2000): *Kend dig selv: et Platon-udvalg*, Gyldendal Uddannelse.

Reddy, Madhu & Paul Dourish (2002): *A finger on the pulse: temporal rhythms and information seeking in medical work*, in Proceedings of the 2002 ACM conference on Computer supported cooperative work, pp. 344-353.

Reddy, Madhu; Paul Dourish & Wanda Pratt (2001): *Coordinating Heterogeneous Work: Information and Representation in Medical Care*, In Proc. of the European Conference on Computer Supported Cooperative Work (ECSCW'01). pp. 239-258.

Schmidt, Kjeld & Liam J. Bannon (1992): *Taking CSCW seriously: Supporting articulation work, Computer Supported Cooperative Work: An international Journal*, vol. 1, no. 1-2, 1992, pp. 7-40 (Fra kompendiet for CSCW efteråret 2003)

Schmidt, Kjeld (1994): *Modes and Mechanisms of Interaction in Cooperative Work*, Risø National Laboratory, Roskilde, Denmark, 1994. [Risø-R-666(EN)].

Schmidt, Kjeld (2000): *The critical role of workplace studies in CSCW*. I: P. Luff, J. Hindmarsh & C. Heath (eds.) *Workplace Studies*, Cambridge University Press, Cambridge, s. 141-149.

Schmidt, Kjeld (2002): *Remarks on complexities of cooperative work*, in Pascal Salembier and Tahar Hakim Benchechroun (eds.): *Cooperation and Complexity in Sociotechnical Systems*, [special issue of] *Revue des sciences et technologies de l'information*, [série] *Revue d'intelligence artificielle (RSTI-RAI)*, vol. 16, no. 4-5, Hermes/Lavoisier, Paris 2002, pp. 443-483, submitted version.

Schmidt, Kjeld (2003): *The discipline of steel: The material embedment of coordinative practices in cooperative work*, - Forthcoming.

Schön, Donald A. (1983): *The Reflective Practitioner*, Basic Books, USA.

Star, Susan L. & James R. Griesemer (1989): *Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39*, I Social Studies of Science, vol. 19, p. 387-420

Susan Leigh Star (1989): *The structure of Ill-Structured Solutions: Boundary Objects and Heterogeneous Distributed Problem Solving*, in *Distributed Artificial Intelligence*, ed. By L. Glaser and M. Huhns, vol. 2. Pitman, London, 1989, pp. 37-54.

Strauss, Anselm (1985): *Work and division of labor*. In *The Sociological Quarterly*, vol. 29, no. 1, 1985, pp. 1-19.

Svenningsen, Signe (2004): *Den elektroniske patientjournal og medicinske arbejde. Reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*, Handelshøjskolens forlag, 2004

Woods, David D. (1988): *Coping with complexity: the psychology of human behaviour in complex systems*, Taylor & Francis, Inc. Bristol, PA, USA

METODE

Andersen, Ib mfl. (1992): *Om kunsten at bedrive feltstudier*, Samfundslitteratur.

Arvidson, Peter & Karl Erik Rosengren (1992): *Sociologisk Metodik*, Fjärde Upplagan, Almqvist & Wiksell Förlag.

Beyer, Hugh & Karen Holtzblatt (1998): *Contextual Design – Defining Customer-Centered Systems*, Morgan Kaufmann

Blomberg, Jeanette et. al. (1993): *Ethnographic Field Methods and Their Relation to Design*, Schuler & Namioka (eds.): Participatory Design: Principles and Practices, LEA, 1993, s. 123 – 154.

Heath, Christian, Pettinari, Catherine (1998): *Notes Toward An Applied Ethnography*, Work Interaction Technology Research Group, Management Centre, Kings College London.

Simonsen, Jesper; Finn Kensing & Keld Bødker (2000): *Professionel IT-forundersøgelse*, Samfundslitteratur.

Sørensen, Carsten (2000): *This is Not an Article - Just Some Food for Thoughts on How to Write One*. Report. Information Systems. The London School of Economics and Political Science.

Yin, Robert K. (1994): *Case study research – Design and Methods*, 2nd edition, Sage Publications.

PUBLIKATIONER

National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Maj 2003.

Statusrapport 2003, EPJ-Observatoriet, Ålborg universitet, oktober 2003.

Handlingsplan for den kliniske IT-arbejdsplads/EPJ i Københavns amt, Juni 2003.

Landsdækkende patienttilfredsbedsundersøgelse: Patienternes vurdering af landets sygehuse 2002, Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Amterne, H:S, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002.

Strategi for digital forvaltning 2004-2006, Udgivet af Regeringen, KL, Amtsrådsforeningen, Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune

Scenario om Det sammenhængende sundhedssamfund, CSC, uden årstal. Fundet på CSC's hjemmeside.

Sammenhæng i søgelyset: Fremtidens sundhedsvæsen til debat, Sundhedsfagligt Forum, 2004 (Fundet på Amtsrådsforeningens hjemmeside)

Sammenhæng i søgelyset: Hovedindtryk fra Sundhedsfagligt Forum, Sundhedsfagligt Forum, 2004 (Fundet på Amtsrådsforeningens hjemmeside)

Amternes Agenda, Amtsrådsforeningen. 2004.

Det etiske råd (2003): *Læge-patient-forholdet. Refleksioner og visioner*. Antologi, Indledningen.

LINKS

Det digitale Danmark: <http://www.detdigitedanmark.dk/htmlversion/forord.html>

IT-Universitetet: www.itu.dk, herunder om HIT-projektet: <http://www1.itu.dk/sw1396.asp>

ACM SIGCHI Curricula for Human-Computer Interaction, 1992, ACM SIGCHI, Chapter 2: Human-Computer Interaction, <http://sigchi.org/cdg/>

Rigshospitalets hjemmeside: www.rh.dk, herunder RH's hjemmeside til gravide: www.gravid.rh.dk

Hvidovre hospital: <http://www.hvidovre-hospital.dk/hvidovre.nsf/Skalkategorier/velkomst>

Lægeforeningens hjemmeside: www.laegeforeningen.dk med referat fra Tema-dag om Shared Care, *sammenhængende patientforløb*, i PatientLægeForum: <http://www.laegeforeningen.dk/lf/patientsamarbejde/patientforloeb.htm>