

# Digitale regionale sundhedssystemer udfordrer interprofessionelle samarbejdspraksisser

*Vibeke Andersen & Anette Lykke Hindhede*

Sundhedssektoren i Danmark er udfordret på mange områder. Omfattende digitaliseringsbe-  
stræbelser, som store regionale digitale sundhedssystemer, ses især fra politisk hold som et cen-  
tralt middel til at løse nogle af disse udfordringer. Samtidig peges der på koncepter til at styrke  
samarbejdet mellem de enkelte professioner. I denne artikel undersøger vi empirisk, ud fra en  
praksisteoretisk tilgang, hvordan et digitalt regionalt sundhedssystem udfordrer professionerne  
og ændrer de eksisterende arbejdspraksisser, som har fokus på faglighed, engagement og mening  
og dermed udfordrer de initiativer til interprofessionelt samarbejde, som er iværksat i forbindelse  
med samarbejdskonceptet IPLS.

Nøgleord: Digitale sundhedssystemer, interprofessionelt samarbejde, IPLS, professioner, trivsel.

## Indledning til artiklens problematik

Som det er tilfældet andre steder i verden, er sygehussektoren, som den største enhed i sundhedssektoren i Danmark, i centrum for gennemgribende sundhedsreformer, hvor staten i højere grad forsøger at få kontrol med sektorens ydelser bl.a. med fokus på at løse kvalitets- og effektivitetsproblemer (Christiansen 2012; Knudsen et al. 2008).

I Danmark har sygehussektoren siden strukturreformen i 2007 været forankret i fem regioner, som er folkevalgte administrative enheder, hvis hovedopgave bl.a. er at styre sundhedssektoren. De fem regioner er suveræne enheder, som hver især varetager deres egen "forretning" og har egne budgetter. I årevis har sundhedssektoren været udfordret digitalt, idet der løbende er blevet udviklet og indført mange separate

it-baserede systemer til at varetage forskellige opgaver. Et af problemerne har været, at systemerne ikke "talte sammen", og skulle betjenes hver for sig. Med en økonomiaftale i 2011 blev Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse enig med Danske Regioner om en ny struktur for samordning af sundhedssektorens tværgående digitalisering. Formålet var at koordinere regionernes samarbejde om fælles løsninger til integration og udveksling af sundhedsdata; herunder deling af basale patientoplysninger, behandlingsoplysninger, medicinoplysninger, laboratorieprøver og svar, billeddiagnostiske data og borgervendt funktionalitet. To regioner besluttede som de første at indføre et nyt fælles it-system (Krogh 2016). De mange implementeringsproblemer med det valgte system har betydet, at andre regioner i dag har valgt andre digitale sundhedssystemer, og at der

derfor fortsat ikke er ét fælles system for hele sundhedssektoren.

En anden udfordring, som ofte nævnes i forbindelse med sundhedssektoren er, at de sundhedsprofessionelle uddannes inden for forskellige uddannelsesregimer og dermed bringer forskellige forståelser, af hvad der er vigtigt og hvordan arbejdet gøres bedst, med sig ind i sektoren (D'Amour & Oandasan 2005). Igennem 00'erne har flere regioner derfor introduceret forskellige organisatoriske koncepter til at fremme samarbejdet mellem de fagprofessionelle grupper ud fra en forestilling om, at et bedre samarbejde mellem faggrupperne kan fungere som et væsentligt bidrag til at skabe en mere effektiv sundhedssektor og en bedre trivsel i arbejdet for de sundhedsprofessionelle (Lehn-Christiansen 2016a; 2016b; Andersen et al. 2017; Ernst et al. 2018). Et af disse koncepter er IPLS konceptet (InterProfessional Læring og Samarbejde), som er udviklet i Canada med det formål at afbøde manglen på fagprofessionelle inden for sundhedssektoren i landdistrikterne. Ved at de fagprofessionelle lærte af hinanden om hinandens fagprofessioner, var målet at de kunne dække eventuelle manglende kompetencer ind ved at faggrupperne overlappede hinandens arbejde. Med IPLS er der tale om en teambaseret, patientcentreret tilgang til at levere sundhedspleje, som trækker på de forskellige sundheds-fagprofessionelles ekspertiser med det formål at levere optimal behandling og pleje af patienten (Hoffman et al. 2008).

IPLS bygger på ligeværdighed i det fagprofessionelle samarbejde gennem en viden om og styrkelse af de forskellige faggruppers monofaglighed og arbejdsmetoder. Gennem et øget kendskab til og respekt for hinandens faglighed indarbejdet i den daglige arbejdspraksis forventes det, at mere komplekse og også uforudsigelige problemer bedre kan løses, så patienter og pårørende er mere tilfredse, og der også sker en større tilfredsstillelse

i arbejdet for faggrupperne. Initiativtagere fra Glostrup Hospital dannede i 2010 Dansk Selskab for Interprofessionel Læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet med inspiration fra Centre for Interprofessional Education, University of Toronto i Canada, hvor de definerer interprofessionel læring og samarbejde som:

*"Når to eller flere faggrupper lærer med, af og om hinanden i et interagerende samarbejde med inddragelse af patienten"* (www.ipls.dk)

I IPLS konceptet sættes det interprofessionelle samarbejde lig med læring, hvorved den sundhedsprofessionelle ikke kun udfører sit arbejde gennem brug af allerede erhvervede kompetencer, men også arbejder for at lære nyt med det formål at kunne løse sin del af arbejdsopgaverne bedre (Lehn-Christiansen 2016b).

Forskning i IPLS uden for Danmark viser, at når det fungerer efter hensigten, reduceres dobbeltbehandling, der sker en forbedring af patientens behandling, sundhedspersonalet udtrykker større tilfredshed samtidig med at hospitalets effektivitet forbedres (Lemieux-Charles & McGuire 2006, Long et al. 2006, Zwarenstein et al. 2009). Når IPLS ikke fungerer efter hensigten, kan det være med til at fremme konflikter, at de fagprofessionelle tilbageholder information fra hinanden og at teams som følge heraf derfor performer dårligt (Mitchell et al 2011).

Med implementeringen af såvel de regionale digitale sundhedssystemer som de interprofessionelle samarbejdskoncepter som IPLS ligger der fra ledelsens side et ønske om at kunne styre og styrke koordineringen af det sundhedsfaglige arbejde, om end det foregår med vidt forskellige virkemidler. Det betyder, at de forskelligartede initiativer ikke nødvendigvis understøtter hinanden, men også kan modarbejde den ønskede styrkede koordination. Vor interesse i denne artikel

er derfor at undersøge, på hvilke måder et regionalt digitalt sundhedssystem influerer på eksisterende arbejdspraksisser og på det interprofessionelle samarbejde. På hvilke måder understøtter og/eller modarbejder de hinanden? På hvilke måder ændres arbejdsdelinger og hierarkier i arbejdet? På hvilke måder udfoldes og ændres professioners faglighed, engagement, mening og trivsel i mødet med samarbejdskonceptet IPLS før og efter implementeringen af det digitale sundhedssystem?

## Teoretisk optik

For bedre at kunne begribe vor problemstilling, vælger vi at trække på en praksisteoretisk tilgang sådan som T. Schatzki (2001, 2002, 2006) har udviklet den. Ifølge Buch (2017), kan denne tilgang berige arbejdslivsforskningen med en række begreber, som gør det muligt at undersøge og analysere arbejdslivet som bundter af praksisser.

Schatzki (2001, 53) forstår praksisser som menneskers gøren og sigen (doings and sayings), handlinger som udføres i al deres mangfoldighed i tid og rum, og som er knyttet sammen i særlige konstellationer, der gør dem genkendelige som særlige praksisser. Det betyder eksempelvis, at en praksis som hjertekirurgi er afhængig af andre praksisser, såsom patientpleje, rengøring af operationsstue og udstyr, patientinformation osv. Praksisserne bringer handlinger sammen på en særlig måde gennem at gøre og sige noget, og gennem netop ikke at gøre og sige noget andet. En praksis er situeret i tid, sted og historie. At studere praksis er derfor ikke kun at beskrive, hvad folk siger, og hvad de gør. Praksisser er mere, end det folk gør og mere end en aktivitet eller en hændelse. Alle praksisser er styret af teleoaffektive strukturer (Schatzki 2006, 1864), hvilket er en form for åbne følelsesmæssige og normative orienteringer. De eksisterer i konfigurationer af

netværk og nexusser (ibid, 72), som bindes sammen af harmoniske eller konfliktende relationer.

## Centrale kendetegn

Når man skal studere praksisser inden for arbejdslivsforskning, er der fem centrale kendetegn, som Buch (2017) fremhæver: Det første kendetegn vedrører studiet af det levede liv med såvel mere rutinebaserede og regelstyrede handlemønstre som de situationer, hvor rutiner og regler brydes. Fokus er at se på, hvordan aktiviteten skaber og omdanner en social orden. Aktørernes færdigheder, ritualer, instrukser, arbejdsmæssige procedurer sammen med aktørernes ambitioner, mål og idealer fremanalyseres med det formål at forstå, hvordan sociale mønstre stabiliseres, transformeres eller opløses med indførelsen af IPLS og/eller det nye digitale sundhedssystem. Det andet kendetegn drejer sig om at undlade at tænke i dikotomier og i stedet fokusere på, hvordan det konkrete fysiske og materielle miljø for menneskelig udfoldelse virker ind på handlingerne ved at muliggøre, opmuntre, modarbejde eller helt forhindre, at de udføres. F.eks. hvordan IPLS og det nye digitale sundhedssystem forskyder den måde, arbejdet foregår på i tid, sted og rum. Det tredje kendetegn drejer sig om at insistere på at begrebsliggøre det handlende menneske som en aktør, der ledes af og også selv leder sociale praksisser. Vi analyserer således vore respondents sayings om mulige nye samspil mellem dem som sundhedsprofessionelle, IPLS og det nye digitale sundhedssystem. Det fjerde kendetegn vedrører forståelsen af viden, mening og sprog som noget der konkret viser sig gennem menneskets konkrete handlinger. Det femte kendetegn handler om at praksisser altid må forstås som værende i forandring, og at det er aktørerne, der med deres forskellige mål og ideer til stadighed forandrer praksisser-

ne. Dynamikkerne i og imellem praksisserne må derfor forstås i lyset af magtrelationer og interesser, forhandlinger, konflikter, dominans, inklusion og eksklusion osv.

### *Schatzki's fire elementer*

I vores analyse har vi valgt at trække på de fire elementer, som ifølge Schatzki (2006) anvendes til at forstå den type handlinger, som organiseres gennem praksisser: Praktiske forståelser, regler, teleoaffektive strukturer og generelle forståelser. *Praktiske forståelser* (ibid, 1868) indebærer at vores respondent som sundhedsprofessionel ved, hvad praksissen indebærer, hvad rækkefølgen i udførelsen er osv. Grundlæggende handler den praktiske forståelse om de sundhedsprofessionelles normative forståelser af handlinger som en rettesnor for, hvad der er rigtige og forkerte måder at foretage handlingen på. *Regler* (ibid, 1864) er også principper, forskrifter, instruktioner osv, som hjælper med at knytte bestemte handlinger i praksisser sammen og på den måde strukturere og rammesætte aktiviteterne. De *teleoaffektive strukturer* (ibid, 1864) drejer sig om, hvilke mål og intentioner de sundhedsprofessionelle har – altså en retning. Handlingerne er strukturerede og har en rettedhed, der følger de sundhedsprofessionelles ambitioner om at udføre de handlinger, som de har sat sig for. De er ikke udtryk for rationelle kalkuler, men er emotionelt orienterede. *Generelle forståelser* (ibid, 1864) handler om hvordan vore respondenter i deres sayings er rettet mod mål, som har en mere overordnet karakter, eksempelvis ideologiske og fagprofessionelle forestillinger om, hvordan verden hænger sammen, og hvad den overordnede mening med en aktivitet er.

Vi afgrænser os ikke til de situerede praksisser, men medtænker andre bundter af praksisser, der foregår andre steder: kvalitetssikringsprocedurer, pakkeforløb, vente-

tidsgarantier mm. Centralt står også sundhedsprofessionernes forskellige foreskrevne praksisser omkring, hvordan godt sundhedsfagligt arbejde udføres indenfor de enkelte professioner, ligesom de forskellige sundhedsprofessioners primære arbejdsopgaver spiller ind på praksisserne.

Det er en særlig pointe at praksisser ikke let ændres, når de eksempelvis udfordres af indførelsen af et samarbejdskoncept som IPLS eller et digitalt sundhedssystem. Det skal ikke forstås, som at de sundhedsprofessionelle er modstandere af ændringerne, og at de derfor må bringes til at forholde sig positivt til ændringerne. I stedet kan det forstås, som at disse tiltag udfordrer de eksisterende praksisser, og at det tager tid at etablere helt nye praksisser med nye praktiske forståelser, regler, teleoaffektive strukturerer og materielle arrangementer.

### **Metode**

Som baggrund for artiklen har vi gennemført i alt 15 seminstrukturerede interview fordelt på tre overlæger og tre oversygeplejersker inden for forskellige specialer og tre kvalitet- og forløbskoordinatorer indenfor forskellige områder på udvalgte sygehuse i én region. Derudover har vi interviewet fire kliniske vejledere og undervisere inden for IPLS, en fra en hospitalsledelse og en forsker, alle inden for samme region. Alle interviews er optaget og siden transskriberet. Afdelingerne var udvalgt baseret på deres eksplicite brug af IPLS til at forbedre samarbejdet mellem fagprofessionelle kombineret med ønsket om højere produktivitet og effektivitet. Alle de interviewede respondenter havde mange års erfaring inden for sygehussektoren. De blev sikret anonymitet, hvilket er gjort ved ikke at informere om, hvilket sygehus der er tale om, og kun angive stillingsbetegnelse. De fleste af interviewene havde en varighed på mellem en time til halvanden. De blev fore-

taget af de to forfattere og foregik primært på kontorer, pauserum eller frokoststuer på sygehusene. Et enkelt interview blev foretaget i informantens bolig og to andre interview blev foretaget via Skype og telefon.

De semistrukturerede interviews tog form af en samtale (Tanggaard & Brinkmann 2010), idet vi som forskere løbende forholdt os til, og kommenterede på respondenternes svar, og udfordrede dem i forhold til vor viden fra skriftlige informationer om IPLS, primært hentet fra hjemmesider om IPLS. Desuden anvendte vi vor løbende indsigt, som andre respondenter havde bidraget med (i anonymiseret form), samt inddrog artikler fra fagprofessionelle tidsskrifter og aktuelle diskussioner, som dagspressen adresserede. Vi gennemførte interviewene, kort efter at det regionale digitale sundhedssystem var blevet implementeret. Dette har påvirket den retning interviewene har taget, idet erfaringerne med det digitale sundhedssystem løbende blev inddraget i samtalen, især med de respondenter, som var tættest på praksis. Vi spurgte til det daglige arbejde, hvad de sundhedsprofessionelle lavede, hvem de samarbejdede med, og på hvilke måder IPLS var en del af det daglige arbejde. Vi spurgte til, hvordan de definerede IPLS og efterfølgende en konkretisering af, hvilke arbejdsgange IPLS havde ændret og hvordan, hvem der udførte hvilke arbejdsopgaver, om det havde ændret sig, og hvordan de kommunikerede og relaterede sig til hinanden inden for og mellem faggrupperne, og om og ifald hvordan det havde ændret sig. Vi spurgte til de første erfaringer med, hvordan det digitale sundhedssystem havde ændret de daglige arbejdsgange, arbejdsdelinger og samarbejdet mellem professionerne, og hvordan samarbejds erfaringerne ud fra IPLS og det digitale sundhedssystem understøttede og eller udfordrede hinanden i forhold til udførelsen af de daglige arbejdsopgaver og samarbejdet mellem fagprofessionerne.

Vi fik ikke mulighed for at observere arbejdet, hvilket i forhold til vor praksisteoretiske optik ville have været optimalt. I stedet supplerede vi i flere tilfælde med interviewformen 'interview to the double' (Nicolini 2009), hvor vi bad de interviewede forestille sig, at de skulle instruere en anden i at udføres deres arbejde den følgende dag. Ifølge Nicolini er de fortællinger, som her kommer til udtryk ofte mere normative og idealiserede. På den måde giver denne interviewform en anden form for indblik i arbejdet, som fungerer som et godt supplement til interviewets andre sider, f.eks. i forhold til at tydeliggøre nogle af de praktiske forståelser og de teleoaffektive strukturer i arbejdet, som afspejles i de sundhedsprofessionelles normative ambitioner med at udføre arbejdets handlinger, som ofte er mere emotionelt orienterede.

Der var generelt meget stor interesse hos de interviewede i at få forskningsmæssig opmærksomhed på erfaringerne med samarbejds konceptet IPLS, hvilket betød, at de fleste interview åbnede op for yderligere interview med andre fagprofessionelle, der havde erfaringer med at arbejde med IPLS. Vi gennemførte interviewene henover et halvt år, hvor erfaringerne med det digitale sundhedssystem og dets betydning for det interprofessionelle samarbejde som sagt kom til at fylde stadig mere i interviewene.

Analyserne er baseret på systematiske analyser af de transskriberede interview ud fra begreberne praktiske forståelser, regler, teleoaffektive strukturer og generelle forståelser. Vi er opmærksomme på, at respondenterne også kan have haft deres egen agenda i forhold til at informere os som forskere om, hvilke ændringer IPLS og det nye digitale sundhedssystem har og har haft for de eksisterende praksisser.

Den første analyse har fokus på ændringen af praksisser i forbindelse med 'at gøre stuegang', en ændring som er inspireret af IPLS tankegangen. Den anden analyse har



fokus på, hvordan et nyt digitalt sundhedssystem ændrer praksisser for 'at gøre profession'. Herefter følger en analyse af, hvordan et digitalt sundhedssystem udfordrer professionernes eksisterende arbejdspraksisser og deres forståelse af deres arbejde med fokus på faglighed, engagement og mening. Desuden analyseres udfordringen for det interprofessionelle samarbejde, som det udmønter sig i samarbejdskonceptet IPLS.

## 'At gøre stuegang' transformeres med indførelse af IPLS

En helt central aktivitet der består af bundter af praksisser på en sygehusafdeling er stuegangen, hvor lægen går rundt og tilser de enkelte patienter, træffer beslutninger om, hvad der skal ske efterfølgende, hvad enten det er videre behandling, forflytninger til andre afdelinger, udskrivning eller andet. Historisk har stuegangens praksisser ændret sig, men grundlæggende er afdelingernes øvrige praksisser i vid udstrækning organiseret omkring stuegangens praksis. Mange af afdelingens aktiviteter og arbejdsopgaver er afhængig af stuegangen, som typisk er vanskelig tidsmæssig at planlægge, da lægen som forestår stuegangen, har mange andre aktiviteter at udføre (Willemann et al. 2006).

På et af de undersøgte hospitaler havde den lokale ledelse besluttet, at afdelingerne fremover skulle arbejde ud fra en IPLS tankegang. En af afdelingerne valgte, at de ville ændre den måde, de gjorde stuegang på. Som forberedelse på denne ændring holdt personalet en række møder med patienter og pårørende, om hvilke ønsker de havde til stuegangen. På den måde fik de indsigt i patienternes ønsker og ikke kun, hvad de troede, patienterne ønskede. Sideløbende holdt de møder i den samlede personalegruppe. De besluttede at ændre en række praksisser omkring stuegangen, så de ikke længere tog udgangspunkt i, at det var lægen der gik

stuegang til patienterne. I stedet blev hver patient samt eventuelle pårørende indkaldt til en samtale på en bestemt ugedag, hvor lægen, sygeplejersken, fysioterapeuten og andre relevante faggrupper sad rundt om et bord, og hvor patienten bogstavelig talt kom i centrum. Udgangspunktet for samtalen var patienten, som indledte med at fortælle, hvordan vedkommende havde det. Herefter bød de forskellige faggrupper ind med hver deres monofaglige kompetencer. Det blev tilstræbt, at det var de fagprofessionelle, som havde kontakten til patienten, som deltog i stuegangen. Var dette ikke muligt, blev det forventet at en anden inden for fagprofessionen blev overdraget opgaven og fik den nødvendige viden og indsigt til at kunne gøre bidrage på en meningsfuld måde. Lægen sad for bordenden, var ordstyrer og havde det sidste ord.

Med den omtalte ændring blev der foretaget en række ændringer i det, som Schatzki kalder *praktiske forståelser*, idet en række forhold omkring det at gøre stuegang på ændres. Det gælder både rækkefølgen af arbejdsgangene, hvem der er ansvarlige for at sige hvad og hvornår, de lokaliteter, hvor stuegangen finder sted med videre. IPLS er en *særlig* form for samarbejde mellem professioner, som bygger på det Schatzki kalder *regler*, hvor alle ved hvad samarbejdet indebærer og ved, hvilket ansvar den enkelte har, og hvad der bliver forventet; altså noget, som hjælper med at knytte handlingerne sammen og rammesætte samarbejdet. En overlæge forklarer om reglerne i IPLS:

*"I IPLS er der nogle regler for, hvad det er man skal byde ind med. Der er også nogle regler for, hvad det ikke er, altså IPLS det er ikke, at en læge kan lige så godt hente et glas vand som assistenten kan. Det er ikke det, det handler om. Det handler om, at vi ved, hvad hinandens kompetencer er, og at vi respekterer det. Vi går heller ikke over vores monofaglige*

*grænser, fordi vi respekterer, at vi har hvert vores [fag]område."*

I overlægens beskrivelse af handlinger og aktiviteter der konstituerer stuegangspraksissen fremgår en række normative forestillinger om, hvad der er rigtigt og forkert at gøre. Overlægen henviser til nogle formelle IPLS regler i forhold til, hvad lægen og sygeplejersken hver især skal gøre. Reglerne for samarbejdet er blevet ændret og genforhandlet på en række møder mellem de fagprofessionelle med fokus på hver enkelt faggruppes monofaglighed, så alle kender både egen faggruppes og de andre faggruppers monofaglighed. En oversygeplejerske formulerer det således:

*"Der er de [involverede faggrupper] fuldstændig skarpe på deres egen monofaglighed, fordi vi har siddet sammen i personalegruppen og aftalt – hvem er det, der siger noget om søvn? Hvem er det, der siger noget om motion? Hvem siger noget om smerter? Det har vi defineret tværfagligt, så der ikke er to faggrupper, der siger noget om det samme. Og så ved man, at det er mig, der har den der. Det er handlet af. Det tog nogen tid, men nu ligger den der. Det er vi enige om."*

Det er de forhandlede regler for samarbejdet, der gør den store forskel, for som en af oversygeplejerskerne siger, så synes de selv, at de altid har samarbejdet, men karakteren af samarbejdet er anderledes med IPLS:

*...det har taget nogle år, for det at komme fra en tænkning, der hedder, at vi har altid arbejdet tværfagligt. Altså hvad er der lige i det [IPLS]... Så tænkningen omkring det har taget nogen tid."*

Det, at der er forhandlede regler knyttet til den nye stuegangspraksis er for personalet en nødvendig rettesnor for at kunne arbejde, for som overlægen formulerer det:

*"Jeg tænker at det er et værktøj, ligesom at være en kirurg, så skal du kunne operere på en bestemt måde.....det er en måde...et ledelsesværktøj... et begreb og en måde at tænke tingene på.....Så det, at der er definitioner, det er rigtig vigtigt. Fordi noget af det, der gør... at jeg blev træt i knæene hver gang der var nogen, der snakkede om tværfaglighed, det er at det er så fluffy....og der er talrige eksempler på at det faktisk ikke er specielt godt [tværfaglighed]....Men når det kører, så er det faktisk rigtig godt. Men alle har også oplevet, at det ikke kører, hvor det er enormt træls".*

Den ændrede stuegangspraksis sætter på en helt anden måde patienten i centrum, idet den enkelte patient er udgangspunktet for samtalen. Det harmonerer godt med de fagprofessionelles overordnede mål og ønsker om at udføre et godt sundhedsprofessionelt arbejde (*de teleoaffektive strukturer*), som kan se forskelligt ud for de forskellige fagprofessionelle grupper. IPLS tankegangen indebærer således en særlig måde at arbejde tværfagligt på, idet der lægges vægt på at blive bevidst omkring sin egen fagprofessiones særlige fagligheder og de andre fagprofessionernes fagligheder og gensidigt respektere hinandens praktiske forståelser, regler og teleoaffektive strukturer. Det er anderledes end blot 'at samarbejde', idet samarbejdet baseres på en bestemt måde at samarbejde på gennem en styrkelse af fagprofessionernes monofagligheder. Der er derfor tale om, at IPLS udfordrer de eksisterende samarbejdspraksisser, idet der skal etableres nye regler for samarbejdet, hvor de enkelte sundhedsprofessioners mål og intentioner tydeliggøres og præciseres. Så selvom det ifølge Schatzki er en særlig pointe, at praksisser ikke let ændres, viser dette eksempel, at det er muligt at ændre nogle af praksisserne i og omkring en stuegang. Lægens overordnede placering som den ansvarlige for den ændrede stuegang er dog ikke ændret, idet det fortsat er

lægen, der sidder for bordenden og styrer samtalen, nu blot i et andet set-up.

Det er især de kliniske vejledere og undervisere i IPLS, der formulerer sig omkring de mere overordnede forestillinger om, hvad IPLS kan betyde. De ser regionens og ledelsens konkrete initiativer i forhold til at indføre IPLS som en måde at åbne op for silotænkningen og indføre mere teambaseret arbejde. De ser dette som en unik mulighed for fremover at skabe bedre behandling af og omsorg for patienterne med inddragelse af patienterne samt bedre arbejdsmiljø for de ansatte i sektoren generelt (de generelle forståelser).

I eksemplet med den nye stuegangspraksis gav flere af vore respondenter udtryk for, at ændringerne fungerer godt. For som den ansvarlige oversygeplejerske sagde:

*"...vi har fundet ud af, at den [den ændrede stuegangspraksis] er så gavnlig, og vi har dokumenteret, at den ikke kræver flere ressourcer, så den fortsætter vi med."*

## **'At gøre profession' transformeres af nyt digitalt sundhedssystem**

Implementeringen af et nyt digitalt sundhedssystem udfordrer de etablerede fagprofessionelle praksisser på en række områder. Digitaliseringen er ikke den eneste anledning til forandringer, idet der løbende sker ændringer og tilpasninger af afdelingernes ansvarsområder, men digitaliseringen griber anderledes grundlæggende ind i de eksisterende praksisser, idet den påkalder sig en anden måde at gøre arbejdet på og prioritere arbejdsopgaverne på, og den ændrer arbejdsdelingerne og samarbejdet mellem de fagprofessionelle. Det var især lægeprofessionen, som i vort materiale gav udtryk for disse ændringer. En af de første ting de nævnte var det øgede krav til dokumentati-

on og til at de nu selv skal skrive journalerne. En overlæge forklarer:

*"Der er mere og mere der skal dokumenteres, og det koster jo.... Det [it-systemet] er tunge at arbejde med. .... og hele tiden skal vi dokumentere."*

For lægerne som faggruppe betyder de øgede krav til dokumentation ikke kun, at de udfordres på hvad deres praksis grundlæggende indebærer, hvad der er rækkefølgen i arbejdsgangene og deres normative forståelse af, hvad der er rigtigt og forkert at gøre og hvornår (praktiske forståelser). Dokumentationskravene udfordrer også de ambitioner, de som fagprofessionelle har i forhold til at give patienterne en ordentlig behandling (de teleoaffektive strukturer), idet de får mindre tid til den enkelte patient samtidig med, at de kan tilse eller behandle færre patienter. Dette medfører faldende produktivitet, da færre patienter bliver behandlet eller opereret i forhold til tidligere, hvilket også mærkes på denne overlæges afsnit:

*"Hvis det havde været tidligere, så havde vi eksempelvis fire ny henviste og fire kontroller. Det er det, programmet er baseret på. ...Så kunne jeg se 15-16 [patienter om dagen] så let som ingenting. Det kan jeg ikke i dag. Du skal ind og dokumentere alt det her."*

For overlægen er tiden meget vigtig i forhold til selv at kunne prioritere og tilrettelægge arbejdsdagen. Derfor betyder den ekstra tid der går med at betjene det digitale sundhedssystem store ændringer i de forskellige praksisser, som han udfører:

*"Altså snakke med patienten og sidde og undersøge patienten, det tager samme tid som tidligere. Men hvis det så ender i kirurgi, så kan du hurtigt bruge en time på at sidde og få det lagt ind i systemet. Så nogle [kirurger]*



*taler med patienten og venter med at booke dem til næste dag i håb om, at de lige har en time der..... men møder du op en dag, hvor alle fire patienter skal opereres (det normale antal), så er du på den”.*

Et væsentligt argument i forbindelse med indførelsen af det nye digitale sundhedssystem har fra regionens side været at skabe mere sikre, tidstro og troværdige data. På interviewtidspunktet var dette endnu ikke lykkedes, tværtimod var rapporteringerne fyldt med fejl. I forbindelse med afslutningen af et interview kikkede en af oversygeplejerskerne på sin skærm og kommenterede følgende på de indrapporterede data fra hendes afdeling:

*”Og så er det [it-systemet] solgt på, at det har tidstro data. Det har sit eget dashboard, hvor man kan gå ind og se kvalitetsdata og ledelsesdata, patientsikkerhedsdata osv. Så kan man f.eks, kl. 11.30 se, hvor mange patienter, der i dag er udeblevet fra vore ambulatorier, og hvorfor er de udeblevet. Så det kan man følge fuldstændig stringent. Eller hvor mange af vore patienter, der ikke har fået lavet indledende sygeplejevurdering osv, men det funker bare ikke lige nu. Så når jeg nu går ind og kikker, så har vi 269 udeblivelser i dag og 300 døde nede i ambulatoriet, og det er jo ikke rigtigt.”*

Citatet illustrerer tydeligt nogle af de udfordringer, det nye digitale system skabte for de sundhedsprofessionelle. De skulle dokumentere i det digitale system, men de kunne ikke stole på de producerede data.

### *Ændringer i journaliseringspraksis*

Det er ikke kun de stigende dokumentationskrav, som indførelsen af det nye digitale sundhedssystem har ført med sig. Der er også sket en grundlæggende ændring i journaliseringspraksisen, idet hospitalsledelsen i forbindelse med overgangen til det nye digi-

tale sundhedssystem har besluttet en anden praksis for journalskrivningen, idet det nu er lægerne selv, der skal skrive journalerne direkte ind i det digitale sundhedssystem. Med ændringen i journalskrivningen følger også ændringer af andre praksisser, som eksempelvis ordination af yderligere behandlinger, bestilling af blodprøver, ordination af medicin i medicinmodulet mm., som det med ændringen ligeledes er blevet lægernes opgave at varetage efter hver kontakt med patienten. Ifølge overlægen er det tidskrævende at taste journaler, bestillinger mm. ind i det digitale sundhedssystem. Tid som tages fra lægernes direkte kontakt med patienterne, og som kan måles ved at det reducerer antallet af patienter pr. dag, som lægerne kan tilse og behandle:

*”Vi kunne lige nå at se tre patienter i timen før.. Nu skriver vi selv, og det tager enorm lang tid....I dag ser vi kun 8 patienter om dagen, fordi vi samtidig skal ordinere noget behandling, og det tager tid. Der er ting, der er blevet mere vanskelige....så i dag når vi 2 patienter i timen mod tidligere 3.”*

Tidligere var det lægesekretærene, som skrev journalerne på baggrund af lægernes mundtlige diktat, udførte diverse bestillinger og bookninger samt dokumenterede en række data på vegne af lægerne. Vi hørte, at antallet af lægesekretærer var blevet kraftig reduceret på flere af de afdelinger vi besøgte, og at lægerne var frustrerede over, at de ikke var blevet inddraget i beslutningerne omkring den nye journaliseringspraksis, som de ikke kunne se det hensigtsmæssige i. En af overlægerne formulerede det således:

*”Vi laver ting, som vi aldrig skule have lavet, som ligger meget bedre og som ville blive behandlet ti gange hurtigere, hvis nogen af de andre gjorde det [underforstået lægesekretærene]. Tidligere kunne du tage patienterne*

*ind, og så kunne du have dikteret lynhurtigt. Det tager ingen tid at diktere."*

Overlægen fortalte os, at ledelsens argumenter for at indføre den ændrede journaliseringspraksis var, at ledelsen fandt, at journalerne ofte var forsinkede og behæftede med fejl. Derfor var det mere hensigtsmæssigt, at det var lægerne selv, der i forlængelse af behandlingen af patienten med det samme skrev journalen, ordinerede medicinen og eventuelle øvrige behandlinger, henvisninger mm. Overlægen var dog ikke enig med ledelsen i deres kritik af den tidligere journalføring og opfattede det mere som ledelsens fokus på at forenkle og effektivisere arbejdsgangene på sygehuset, hvor det i vid udstrækning blev overladt til de fagprofessionelle selv at få det til at fungere. Han kommenterer det således:

*"Det [hospitalet] er ikke en bolsjefabrik, hvor man bare sætter transportbåndet i gang, og så kører vi. Der er ikke én dag, der ligner dagen, der gik".*

Overlægen udtrykker en fagprofessionel rettedhed mod hvilke mål og intentioner, man som sundhedsprofessionel har til de handlinger, man udfører på et hospital, hvor det for lægeprofessionen handler om tid til at behandle og tilse patienterne. Det betyder ikke, at dokumentation og journalskrivning er ligegyldige, men de er ikke centrale i lægeprofessionens opfattelse af, hvad der er vigtigt at udføre som en del af deres profession. Som eksponent for lægeprofessionen udtrykker overlægen ambitioner om at bruge tid på patienterne (de teleoaffektive strukturer), som det primære mål med lægeprofessionens ideologiske og fagprofessionelle forestilling om, hvordan verden hænger sammen (de generelle forståelser) og at den overordnede mening med arbejdsgangene på hospitalet

ikke bare kan standardiseres, som var det en bolsjefabrik, der skulle effektiviseres.

Den ændrede måde at 'gøre lægeprofession' på betyder, at lægernes fokus på patienten og behandlingen samt hensynet og omsorgen for patienten bliver delt med lægens fokus på at levere informationer og data ind i det digitale sundhedssystem.

### *'Smarttekster' til standardisering af journalskrivningen*

Som led i standardiseringen af den ændrede journaliseringspraksis besluttede sygehusledelsen at frikøbe et antal læger inden for forskellige specialer til at 'bygge smarttekster', så journaliseringsprocessen kunne lettes ved, at journalerne kunne stykkes sammen af allerede formulerede tekster. Initiativet blev iværksat allerede inden det digitale sundhedssystem blev implementeret, og en af de frikøbte læger fortalte, at ingen vidste, hvordan disse 'smarttekster' skulle se ud ... "så de ramte helt ved siden af... simpelthen fordi vi ikke vidste, hvad det var, vi skulle bygge."

Efterhånden blev der udviklet en række smarttekster, som i dag anvendes i journalskrivningen, men journalernes kvalitet har ændret sig, og flere af vore respondenter udtrykte, at det ofte var vanskeligt at læse journalerne i de efterfølgende led. En af forløbskoordinatorerne formulerede det således: "... det er totalt sort noget af det lægerne skriver i journalerne". Eller som en overlæge, der arbejdede med tværfaglige patientforløb sagde:

*"Vi er meget afhængige af kirurgerne journaler, når vi overtager patienterne, og de er nogle gange total volapyk, der står ingenting i dem. Så har de lavet nogle skabeloner, hvor der står en masse, som så ikke er udfyldt, eller som bare ikke giver nogen mening. Og det, der er relevant, som man skal skrive selv, det er*

*så ikke skrevet....så datakvaliteten – det man havde håbet var en ensartet og god datakvalitet – det er ikke opnået.”*

### *Professionsadskilte moduler forhindrer indsigt i hinandens arbejde*

Ifølge overlægen var det primært lægerne, der oplevede store ændringer i deres arbejde og et øget arbejdspress som følge af det nye digitale sundhedssystem, men systemet udfordrer alle faggrupper. En af oversygeplejerskerne fortalte, at det er systemet, der definerer, hvilke faggrupper, der skal varetage de forskellige arbejdsopgaver ned i detaljer. Tidligere var der en række opgaver, som blev forhandlet og løbende aftalt mellem faggrupperne. Det er ikke længere muligt, idet faggrupperne har hver deres indgang i det digitale sundhedssystem. De har ikke adgang til de samme informationer, og de kan ikke logge sig ind i hinandens moduler, da hver faggruppe har sit eget modul. Det vanskeliggør et indblik i, hvad de forskellige fagprofessioner foretager sig. En af oversygeplejerskerne, som også fungerer som IPLS koordinator, forklarede det således:

*”...før kunne vi [de forskellige faggrupper] se de samme ting i systemerne, men nu, når lægerne logger på, så får de nogle andre funktioner og billeder, end jeg gør. Vi kan ikke arbejde sammen længere. Før i tiden kunne jeg vise dem [lægerne] det, det kan jeg ikke længere. Jeg aner ikke noget om deres arbejdsfunktioner. Nu er jeg nødt til at stå bag ved dem.....og har været nødt til at sætte mig ind i, hvordan lægens billede ser ud, for det er lægerne, der skal lave alting nu, at det bliver rigtigt i sidste ende.....Det er absurd, at de skal sidde med sådan noget administrativt i stedet for mig, der er meget hurtigere og bedre til at gøre det....”*

Set fra hendes perspektiv var det absurd, som også lægerne gav udtryk for, at lægerne skulle udføre et arbejde, som hun var bedre og hurtigere til at udføre, og at hun heller ikke havde adgang til de samme informationer som lægerne. Det, at det digitale sundhedssystem har adskilte moduler til de forskellige professioner, som dermed også definerer de fagprofessionernes arbejds- og ansvarsområder, er noget, der blev diskuteret professionerne imellem. Oversygeplejersken fortalte videre:

*”Der er en stor diskussion i vores klinik...Det er [det nye sundheds it-system], der definerer det....Det er, hvad der ligger i lægemodulet, hvad der ligger i sygeplejemodulet og hvad, der ligger i sekretærmodulet – og de kan ikke kikke ind i hinanden. XX [It-systemet] forhindrer den danske kultur i at tænke på tværs. Hvis en patient skal have taget blodprøver, så skal de bestilles inde i XX [it-systemet] og det er lægen, der skal gøre det. Hvis lægen så siger til sekretæren, om hun ikke lige kan bestille dem for mig, så kan hun kun bestille dem i Labkall, men svarene kommer ikke ind i XX [it-systemet], så det er ikke patientsikkert”.*

Oversygeplejerskens formulering om, at det nye digitale sundhedssystem udfordrer det at tænke på tværs, er en problemstilling, vi vil uddybe i det følgende, hvor vi vil diskutere, på hvilke måder et digitalt regionalt sundhedssystem udfordrer de eksisterende arbejds- og samarbejdspraksisser mellem de fagprofessionelle.

### **Digitaliseringen og ændring af eksisterende arbejds- og samarbejdspraksisser**

Hverdagens forskellige arbejdspraksisser for de sundhedsprofessionelle på de undersøgte sygehuse er organiseret, så de både skal leve op til ambitionen om at styrke det fagpro-

fessionelle samarbejde og samtidig arbejde med det nye digitale sundhedssystem som den styrende teknologi. Det skaber en række udfordringer i det daglige, da IPLS og det digitale sundhedssystem trækker i forskellige retninger. IPLS bygger på gensidig anerkendelse af hinandens monofagligheder med patienten i centrum, og vi har tidligere i artiklen beskrevet et eksempel på en ændret stuegangspraksis, som bygger på IPLS tankegangen, og hvor de fagprofessionelle gav udtryk for stor tilfredshed med ændringen og med at patienten helt bogstaveligt kom i centrum. Den ændrede stuegangspraksis kan derfor ses en måde at tilgodese kompleksiteten i de daglige arbejdspraksisser, hvor ingen dage ligner hinanden, som Lehn-Christiansen påpeger som en af sygehussektorens væsentlige udfordringer at kunne imødekomme (Lehn-Christiansen 2016 a; 2016b).

### *Ændringer af lægeprofessionen*

I den ændrede stuegang er samarbejdet baseret på dialog, forhandling og gensidig respekt for hinandens fagligheder, selvom det fortsat er lægen, der har det overordnede ansvar og dermed det sidste ord at skulle have sagt. Det klassiske hierarki, hvor lægen, lægefagligheden og den biomedicinske viden er placeret øverst, udfordres derfor ikke nødvendigvis af det interprofessionelle samarbejde repræsenteret ved IPLS. Det er fortsat lægen, der sidder for bordenden og styrer stuegangen ved at invitere de andre fagprofessioner ind med deres bidrag, men det er blevet tydeligt og synligt for alle, hvilket ansvar og hvilke opgaver de forskellige professioner forventes at kunne byde ind med.

Det nye digitale sundhedssystem placerer entydigt lægeprofessionen som den centrale profession og styrker dermed det klassiske hierarki. De forskellige fagprofessionelle grupper har hver deres fagmodul i systemet, men det er lægeprofessionen, der som den

eneste har adgang til modulet øverst i hierarkiet. Samtidig sker der nogle modsatrettede ændringer, idet lægerne ikke kun skal udføre lægefagligt arbejde i form af undersøgelser, operationer samt samtaler med patienterne. De skal også udføre en række administrative opgaver, som tidligere blev varetaget af lægesekretærgruppen. På den måde får det lægefaglige arbejde en anden retning, idet lægerne blev pålagt at udføre et arbejde, som de – ifølge overlægerne vi talte med – ikke var kvalificerede til, og som de mente ikke hørte ind under lægeprofessionens område, og som de tillige betragtede som en diskvalificering og en nedvurdering af det lægefaglige arbejde. Det administrative arbejde i det digitale sundhedssystem betragtede overlægerne som værende i modsætning til den fagfaglighed, som de som fagprofessionelle læger havde tilegnet sig gennem deres uddannelse og gennem udøvelsen af deres profession, understøttet af lægeprofessionens fagfaglige selskaber og fagtidsskrifter (de teleoaffektive strukturer). Herved blev den overordnede mening med lægegerningen udfordret og til tider vanskelig at finde (de generelle forståelser).

### *Ændringer af sygeplejefprofessionen*

Mange af de sygeplejersker vi har interviewet, som arbejder som oversygeplejersker, forløbs- og kvalitetskoordinatorer samt som kliniske vejledere og undervisere, så store muligheder i IPLS, som de vurderede gav dem mulighed for som profession at tydeliggøre og synliggøre deres kompetencer. Udbredelsen af IPLS konceptet understøttes af Selskabet for IPLS, som har udviklet og driver en IPLS facilitatoruddannelse, som gennem en årrække har udannet IPLS facilitatorer, der arbejder rundt om på danske sygehuse. Det er primært sygeplejersker, som har gennemført uddannelsen, og efterfølgende arbejder som facilitatorer på sygehuse. På denne

måde skaber IPLS nye karriereveje for sygeplejerskerne, som har en anden karakter end videreuddannelser knyttet til de medicinske specialiseringer.

Vi hørte flere gange sygeplejersker udtale, at IPLS giver nogle nye muligheder for, at sygeplejefprofessionen får større åbenhed, forståelse og anerkendelse af dens arbejde. Tidligere forskning har da også peget på sygeplejerskers vanskeligheder med at gøre deres kompetencer tydelige og synlige (Dybbroe 2006). Mange af sygeplejefprofessionens kompetencer blev betegnet som skjulte omsorgskompetencer, som var vanskelige at sætte på ord og begreb, og som først blev synlige, når arbejdet ikke blev gjort. Med IPLS er det nødvendigt at tydeliggøre og synliggøre den enkelte profession og afgrænse den i forhold til de andre, så professionerne gensidigt respekterer hinandens praktiske forståelser, regler, teleoaffektive strukturer og generelle forståelser.

### *Udfordringer i det tværprofessionelle samarbejde*

Mens IPLS bidrager til en praksisforståelse om gensidig respekt og anerkendelse af de forskellige professioners faglighed gennem synliggørelse og tydeliggørelse af de forskellige fagprofessioners monofaglige kompetencer, udfordrer digitaliseringen med det nye it-system denne praksisforståelse. Det digitale sundhedssystem genetablerer – og fastholder – hierarkiet på sygehusene med lægeprofessionen som den overordnede, og sygeplejefprofessionen og de andre professioner som underordnede. Så selvom der er fokus på det tværprofessionelle samarbejde med ligeværdig anerkendelse af hinandens fagfagligheder, er lægeprofessionens placering i toppen blevet forstærket med digitaliseringen, hvilket adskillelsen af de fagprofessionelle moduler i det digitale

sundhedssystem kan ses som et eksempel herpå. Som det fremgik af et tidligere citat, så *"forhindrer [det digitale sundhedssystem] den danske kultur i at tænke på tværs"*. Dette er en markant ændring i forhold til tidligere, og er et af eksemplerne på, hvordan det interprofessionelle samarbejde udfordres.

Da vi spurgte nærmere ind til, hvordan samarbejdspraksisserne mellem professionerne havde ændret sig med indførelsen af det digitale sundhedssystem, var svarene, at det er tidskrævende at arbejde med det nye digitale sundhedssystem. Det tager ikke kun tid fra den direkte kontakt med og behandling af patienterne, det tager også tid fra det tværfaglige samarbejde samtidig med, at systemet blokerer for indsigt i hinandens fagmoduler, så de enkelte faggrupper ikke længere ved, hvad hinanden laver. Netop kendskabet til hinandens fagligheder er en af grundstenene i det interprofessionelle samarbejde. En af forløbskoordinatorerne forklarede udfordringen på denne måde:

*"Vi er sådan en lille enhed med 4 sygeplejersker og en afdelingssygeplejerske, og vi hjælper hinanden vildt meget. Vi har altid haft et meget stort tværfagligt samarbejde, men det er gået fløjten med XX [det nye it-system], for meget af det arbejde sygeplejerskerne lavede, når de afsluttede patienten, det kan de ikke (nå) mere, fordi de skal klikke 30.060 gange, og det kan de ikke overskue.....så det er røget tilbage til mig....Det er virkelig ærgerligt, at vi ikke mere ved, hvad hinanden laver og forstår arbejdsfunktionerne i XX [det nye it-system], for det var det, der gjorde, at vi kunne skære dage og timer af patientens forløb, og patienterne følte, at der blev gjort noget for dem."*

De mange udfordringer med det nye digitale sundhedssystem har betydet, at samarbejdet mellem fagprofessionerne, som afgøres gennem løbende forhandlinger faggrupper-



ne imellem omkring fordeling af arbejdsopgaverne, var blevet mere vanskeligt. En af overlægerne beskrev det på følgende måde:

*” Der er sket en forskydning i faggrænserne tidligt ..... og vi har et godt samarbejde med sygeplejerskerne. Vi taler tilbage fra før årtusindskiftet...hvilke opgaver kunne udlægges til sygeplejerskerne...hvad skal vi lave, og hvad skal sygeplejerskerne lave. ...Diskussionerne er nok blevet lidt mere skingre her efter XX [det nye digitale sundhedssystem].”*

IPLS har fokus på styrkelsen af det interprofessionelle samarbejde gennem et grundigt kendskab til og anerkendelse af hinandens fagfagligheder. Det nye digitale sundhedssystem har et andet fokus og vanskeliggør allerede i udgangspunktet samarbejdet, idet systemet på forhånd har indbygget arbejds- og ansvarsfordelinger ved at have adskilte fagmoduler, som kun den enkelte faggruppe har adgang til. På nogle måder modarbejder det digitale sundhedssystem derfor det tværprofessionelle samarbejde med IPLS, fordi systemerne opererer ud fra forskellige tankegange. Dette kan dog også skabe nye muligheder, for som en oversygeplejerske siger:

*”En anden antagelse er, at nu kræver det i den grad tværfagligt samarbejde, så man ved, hvad hinanden laver. Før var det gennemsigtigt, det er det ikke nu, så kræver det i endnu højere grad, at vi ved, hvad hinanden laver..... for XX [det digitale sundhedssystem] vælter tankegangen”.*

Selvom det nye digitale sundhedssystem udfordrer det interprofessionelle samarbejde, forventes den ændrede stuegangspraksis, som er blevet indført som et led i IPLS implementeringen dog at fortsætte, også selvom

afdelingen er *”lagt ned”* af arbejdet med det nye digitale system.

Det interprofessionelle samarbejde er baseret på en styrkelse af monofagligheden og ikke tværfagligheden. Der er blandt de sundhedsprofessionelle forskellige tilgange til, hvad der opleves som vigtigt i samarbejde. En profession indebærer en viden, kunnen og villen, som er særlig (Hjort 2012), som kan afgrænses fra andre professioner, og som bl.a. bestemmer professionernes status og ansvarsområder. Samtidig er professionernes viden og kompetencer ikke stabile, men foranderlige som følge af nye teknologier, behandlingsmetoder og samfundsudvikling i øvrigt. Professionerne interagerer i en magtfuldt praksis (Lehn-Christiansen 2016b), hvor de forskellige professioners faglighed, identiteter og relationer mødes, forhandles og aftales.

Det er den biomedicinske viden, som lægeprofessionen primært repræsenterer, som samfundsmæssigt har haft forrang og er blevet betragtet som overlegen i forhold til andre vidensformer inden for sygehussektoren. Sygeplejens vidensgrundlag er ligeledes præget af det biomedicinske paradigme, men har i tilgift et særligt fokus på omsorgsrelationen (Salling Olesen 2004; Dybbroe 2006). Det interprofessionelle samarbejde kan ifølge Lehn-Christiansen (2016) udfordre den biomedicinske viden, når den møder andre vidensformer, som bringes ind af de andre faggrupper. Lægeprofessionen stræber mod at tilbyde patienten den bedst mulige behandling, mens sygeplejefprofessionen har fokus på den bedste pleje og omsorg for patienten. I forhold til den integrerede stuegang, som vi har analyseret, er det tydeligt, at denne nye praksis skaber en anden respekt om de andre faggruppers faglighed. Dog er det fortsat lægefagligheden, som har det sidste ord, at skulle have sagt.

## Konklusion

Vi har i denne artikel undersøgt, på hvilken måde et nyt digitalt sundhedssystem influerer på eksisterende arbejdspraksisser, herunder det interprofessionelle samarbejde mellem faggrupperne, eksemplificeret gennem samarbejdskonceptet IPLS, da vi er optaget af, hvordan praksis udfoldes og ændres inden for sygehussektoren under disse vilkår. Gennem kvalitative interviews med bl.a. læger, sygeplejersker, kvalitets- og forløbskoordinatorer og undervisere på udvalgte sygehuse i en region har vi vist, at det nye digitale sundhedssystem og samarbejdskonceptet IPLS måske ikke direkte modarbejder hinanden, men heller ikke understøtter hinanden i måden, hvorpå de praktiseres inden for sektoren i dag. Begge 'systemer' er begge implementeret ovenfra som et forsøg på effektivisering, men de trækker i forskellige retninger. IPLS har fokus på styrkelsen af det interprofessionelle samarbejde gennem et grundigt kendskab og anerkendelse af hinandens fagfagligheder. Det nye digitale sundhedssystem har i stedet fokus på at effektivere arbejdet blandt andet gennem adskilte fagprofessionelle moduler i systemet. Herved vanskeliggøres det interprofessionelle samarbejde.

## REFERENCER

- Andersen, Vibeke, Anette L. Hindhede, Jette Ernst (2017): Samarbejde via social kapital og relationel koordinering – hvem trækker det længste strå? *Tidsskrift for Professionsstudier*, 25, 44-54.
- Buch, Anders (2017): Praksisteori og arbejdslivsforskning, *Tidsskrift for ARBEJDSLIV*, 19 årg., nr. 4, 2017.
- Christiansen, Terkel (2012): Ten years of structural reforms in Danish healthcare, *Health policy*, 106, 114-119.
- D'amour, Danielle & Ivy Oandasan (2005): Inter-professionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: An emerging concept, *Journal of interprofessional care*, 19(sup1), 8-20.
- Dybbroe, Betina (2006): Omsorg i skæringspunktet mellem arbejde og liv, *Tidsskrift for ARBEJDSLIV*, 8 årg., nr. 1, 2006.
- Ernst, Jette, Anette L. Hindhede & Vibeke Andersen (2018): From theoretical concept to organizational tool for public sector improvement: Janus-faced social capital in a hospital department, *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 31, issue 7.

Eksemplet med stuegangen viser, at det at skabe et bedre samarbejde mellem faggrupperne ud fra en IPLS tankegang, kan medvirke til både at sikre en højere effektivitet og en bedre trivsel i arbejdet for de ansatte, som en række udenlandske undersøgelser også viste (Lemieux-Charles & McGuire 2006, Long et al. 2006, Zwarenstein et al. 2009). Når IPLS derimod ikke fungerer efter hensigten, kan det være med til at fremme konflikter, at faggrupperne tilbageholder information fra hinanden og som følge heraf performer dårligt som team, hvilket andre internationale undersøgelser har peget på (Mitchell, Parker & Giles 2011). Det er tydeligt at IPLS samarbejdet udfordres af det digitale sundhedssystem, og at det kan blive vanskeligt at undgå konflikter faggrupperne imellem samtidig med at effektiviteten falder. Der kan dog også argumenteres for, at det nye digitale sundhedssystem vil få svært ved at fungere tilfredsstillende uden en insisteren på det interprofessionelle samarbejde, som udover den gensidige anerkendelse af hinandens fagligheder også har patienten i centrum. Det synes dog at være overladt til de sundhedsprofessionelle selv at finde deres vej – sammen.

- Hjort, Katrin (2012): *Det affektive arbejde*, Frederiksberg, Samfundslitteratur.
- Hoffman, Steven J., Daniel Rosenfield,, John H. Gilbert & Ivy F. Oandasan (2008): Student leadership in interprofessional education: benefits, challenges and implications for educators, researchers and policymakers, *Medical Education*, 42(7), 654-661.
- IPLS – Dansk Selskab for Interprofessionel læring og Samarbejde i Sundhedsvæsenet. Tilgængelig på: <http://ipls.dk/wordpress/> Sidst set 13.03.18.
- Krogh, Simon (2016): *Anticipating organizational change. A study of the pre-implementation phase of Sundhedsplatformen*, PhD Series 51.2016 Copenhagen Business School, Frederiksberg.
- Knudsen, Janne. L., Mads E. Christensen & Bente Hansen (2008): *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, København, Nyt Nordisk Forlag.
- Lehn-Christiansen, Sine (2016 a): Kampen om tværsamarbejdet, *Tidsskrift for ARBEJDSLIV*, 18 årg., nr. 4, 2016.
- Lehn-Christiansen, Sine (2016 b): *Tværfprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis*, Munksgaard.
- Lemieux-Charles, Louise & Wendy L. McGuire (2006): What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature, *Medical Care Research and Review*, 63(3), 263-300.
- Long, Debbie, Rowena Forsyth, Rick Iedema, & Katherine Carroll (2006): The (im) possibilities of clinical democracy, *Health Sociology Review*, 15(5), 506-519.
- Mitchell, Rebecca J., Vicki Parker & Michelle Giles (2011): When do interprofessional teams succeed? Investigating the moderating roles of team and professional identity in interprofessional effectiveness, *Human relations*, 64(10), 1321-1343.
- Nicolini, Davide (2009): Articulating practice through the interview to the double, *Management Learning*, 40(2), 105-212.
- Salling Olesen, Henning (2004): Professioner som (trod)spejl for arbejdet i den udfoldede modernitet, *Tidsskrift for ARBEJDSLIV* 6 årg., nr. 1, 2004.
- Schatzki, Theodore R. (2001): "Practice Mind-ed Orders", i T. Schatzki, K. Knorr-Cetina & E. von Savigny (red.): *The Practice Turn in Contemporary Theory*, London, Routledge.
- Schatzki, Theodore R. (2002): *The Site of the Social. A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change*, Pennsylvania State University Press.
- Schatzki, Theodore R. (2006): On organizations as they happen, *Organization studies*, 27(12), 1863-1873.
- Tanggaard, Lene & Svend Brinkmann (2010): Interviewet: Samtalen som forskningsmetode, i *Kvalitative metoder: En grundbog*, 1 udg, bind. 1, Hans Reitzels Forlag, København, 29-53.
- Willemann, Marlene, Mette Svendsen N., Anni Ankjær-Jensen, Palle G. Petersen & Majbritt Christensen (2006): *Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion*, Medicinsk Teknologivurdering – puljeprojekter 2006, 6(1)/DSI Rapport 2006.02, København, Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.
- Zwarenstein, Merrick, Joanne Goldman & Scott Reeves (2009): Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes, *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(3), CD000072.

**Vibeke Andersen**, Lektor. Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, email: [vian@learning.aau.dk](mailto:vian@learning.aau.dk)

**Anette Lykke Hindhede**, Lektor Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, email: [alh@learning.aau.dk](mailto:alh@learning.aau.dk)