

# Skakmat – kan prisen for indflydelse blive for stor?

## Skyggearbejde og workarounds blandt ansatte i psykiatrien

*Malene Friis Andersen, Jeppe Ajslev, Lene Tanggaard & Peter Aske Svendsen*

Arbejdsmiljøforskningen har fastslået, at indflydelse i arbejdet er en af de vigtigste faktorer for trivsel og oplevelsen af at kunne løse opgaverne. Men nye styringsformer og –rationaler inden for New Public Management kan binde og begrænse medarbejdernes indflydelse på nye måder. Med afsæt i etnografisk feltstudie og 41 semistrukturerede interviews viser vi i denne artikel, hvordan ansatte i psykiatrien oplever, at behandlingspakker og Sundhedsplatformen standardiserer opgaveløsningen i en grad, så de oplever ikke at have tilstrækkelig indflydelse til at løse arbejdsopgaverne med afsæt i deres professionelle dømmekraft. Analyserne viser, at de ansatte finder veje til at øge indflydelsen i det skjulte gennem *skyggearbejde* og *workarounds*. Men den øgede indflydelse kommer med en pris i form af merarbejde, utilstrækkelighedsfølelse og frygt for afsløring. Vi viser, at de ansatte befinder sig i en vanskelig situation, hvor de erfarer, at der ikke er lydhørhed over for deres kritik. De kan derfor vælge mellem at handle i modstrid med deres professionelle dømmekraft eller øge arbejdsintensiveringen i det skjulte.

Nøgleord: indflydelse, professionel dømmekraft, new public management, standardisering, usynligt arbejde

### Introduktion

Indflydelse i arbejdet er en af de mest velundersøgte faktorer i forskningen i det psykosociale arbejdsmiljø (Madsen et al., 2017). Indflydelse er især defineret og operationaliseret med afsæt i Krav-kontrol modellen, som har domineret indflydelsesforskningen de seneste godt 50 år (Väänänen & Toivanen, 2018). I denne model forstås indflydelse i arbejdet som de ansattes mulighed for at

have medbestemmelse på, i hvilken rækkefølge de løser arbejdsopgaverne, hvordan de løser dem, og om de har tilstrækkelige udviklingsmuligheder (Theorell et al., 2015). Indflydelse i arbejdet er den psykosociale arbejdsmiljøfaktor, som har den største betydning for medarbejderes mentale helbred (Madsen et al., 2017; Theorell et al., 2015). Indflydelse i arbejdet er vist at hænge sammen med medarbejdernes oplevelse af at kun-

ne løse arbejdsopgaverne til en tilstrækkelig kvalitet (Sørensen, 2008). I tråd med dette er det blevet foreslået, at indflydelse i arbejdet har betydning for medarbejderes mulighed for at løse arbejdsopgaverne med afsæt i deres professionelle dømmekraft (Gulløv, 2015; Knudsen, 2018). Professionel dømmekraft dækker over evnen til efter bedste faglige skøn at udføre den bedste (be)handling i en given situation i stedet for den foreskrevne (be)handling (Abbott, 1988; Schon, 2008). Muligheden for at løse opgaver med afsæt i sin professionelle dømmekraft kan hænge sammen med, hvorvidt organisationen tilbyder tilstrækkeligt handlerum til, at de fagprofessionelle kan løse opgaverne på andre måder end de foreskrevne, hvis de vurderer det relevant og meningsfuldt for den faglige opgavehåndtering.

Vi er i denne artikel optaget af de organisatoriske rammer, som offentlige ansatte i psykiatrien arbejder under, og hvorvidt de oplever, at have tilstrækkelig indflydelse til at kunne løse arbejdsopgaverne med afsæt i deres professionelle dømmekraft. Det er relevant at se på sundhedssektoren, da den i de seneste ti år været genstand for øget standardisering og digitalisering (Ahgren, 2014) i tråd med styringsparadigmet New Public Management (NPM) (Andersen et al., 2017). NPM er især karakteriseret ved anvendelsen af målstyringsmetoder som resultatkontrakter, Key Performance Indicators (KPI'er), kvalitetsstyring, resultatløns, etc. Målstyringsrationaliteten har medført et øget behov for standardisering af arbejdsopgaver og processer, så de kan gøres til genstand for optælling og dernæst evaluering af, om der er leveret som aftalt (Andersen & Tanggaard, 2016). Studier peger på, at målstyring og standardisering kan reducere ansattes indflydelse i arbejdet, idet de skal løse arbejdsopgaverne på prædefinerede foreskrevne måder samt anvende deres tid på de specifikke aktiviteter, som de måles på og ikke nødvendigvis dem,

de vurderer fagligt relevante (Pflueger, 2015). Dette kan føre til tab af mening (Dybbroe, 2012; Kamp & Hvid, 2012), en oplevelse af mistillid (Wiedemann, 2016), samt en mere instrumentel relation til arbejde og patienter (Clark & Thompson, 2015). Andre argumenterer derimod for, at målstyring og standardisering skaber overblik, tryghed og forudsigelighed, idet det hjælper de ansatte til at prioritere i opgaverne og fokusere (Linder & Voxted, 2015; Neely et al., 2005). Hvorvidt effekterne bliver positive eller negative kan også afhænge af faggruppe og de opgaver, de løser (Hasle, 2014).

Styringen af offentlige organisationer tager i stigende grad form af øget digitalisering af arbejdsopgaver og -processer (Andersen et al., 2017). Justesen & Plesner (2018) har vist, at digitaliseringen reducerer kommunale sagsbehandlers indflydelse og mulighed for at løse arbejdsopgaverne med afsæt i deres professionelle skøn (Justesen & Plesner, 2018).

På under ti år har implementeringen af især to standardiseringsteknologier ændret arbejdet og opgaveløsningen for mange sundhedsprofessionelle: Indførelsen af standardiserede behandlingspakker og det elektroniske journalsystem Sundhedsplatformen (SP). I denne artikel er vi særligt optagede af, hvordan de indførte behandlingspakker og SP-former ansatte i psykiatriens indflydelse til at løse arbejdsopgaverne i overensstemmelse med deres professionelle dømmekraft. De to teknologier er valgt som genstand for vores analyser, da de, som vi vil vise i nedenstående, medfører en høj grad af standardisering og styring af opgaveløsningen og dermed har potentiale til at omforme rammerne for de ansattes faglige praksis. SP er en gennemgribende ændring af, hvad og hvordan medarbejderne skal dokumentere, og introduktionen af behandlingspakkerne har forandret de ansattes mulighed for selv at vurdere behandlingsbehov. De kan således begge potentielt have betydning for de

ansattes oplevelse af at have tilstrækkelig indflydelse.

Vi beskriver her kort behandlingspakker og SP. Vi præsenterer ligeledes de to teoretiske begreber – usynligt arbejde og workarounds -, som har guidet vores analyser, idet vi er særligt interesseret i, usynligt arbejde i relation til behandlingspakker og workarounds i relation til SP.

## Behandlingspakker i psykiatrien

Med det frie sygehusvalg og ventetidsgarantien i Sundhedsloven fra 2005 samt Danske Regioners Kvalitetsreform fra 2011 kom der øget fokus på at nedbringe ventelisterne og standardisere behandlingen. Dette arbejde ledte blandt andet til nationale behandlingspakker, først i somatikken og derefter indført i psykiatrien i 2013. Pakkerne standardiserer og specificerer alle dele af behandlingsforløbet – herunder indhold og varighed af behandlingen for en række udvalgte diagnoser. Eksempelvis udløser en angstdiagnose syv individuelle behandlingssessioner af 45 minutter eller 14 gruppesessioner af to timer samt en time til farmakologisk behandling. Pakkerne i psykiatrien har været medvirkende til at reducere ventelisterne (Sundhedsdatastyrelsen, 2015). Men flere kritiske røster har påpeget, at en psykiatrisk diagnose ikke er et godt redskab til at vurdere patientens behandlingsbehov, som er den indlejrede logik i pakkerne (Heinskou & Alberdi, 2016). Det kan medføre, at de fagprofessionelle giver patienter diagnoser, som de ifølge de diagnostiske kriterier reelt ikke lever op til, men som er nødvendige for, at de er kvalificeret til behandling (Rossen et al., 2019).

### *Usynligt arbejde*

Studier har vist, hvordan standardiseringen af arbejdet kan usynliggøre centrale dele af arbejdet. Begrebet usynligt arbejde blev op-

rindeligt introduceret af Arlene K. Daniels (1987) tilbage i 1987. Med begrebet viste Daniels, at lønnet arbejde i almenhed anses som "rigtigt arbejde", mens ulønnet arbejde som husarbejde og børnepasning får ingen eller begrænset anerkendelse og dermed bliver usynligt. Usynligt arbejde har afsæt i feministisk teori, men begrebet bliver i stigende grad anvendt mere bredt til at beskrive, hvordan det, som kan standardiseres og tælles i organisationer, synliggøres og får forrang over det, der vanskeligere kan måles, og som dermed ikke tillægges værdi (Andersen & Tanggaard, 2016; Star & Strauss, 1999). Kamp og Dybbroe (2013, 2016) har i et dybdegående studie af børnepsykiatrien vist, hvordan standardisering af arbejdet øger forekomsten af usynligt arbejde. Eksempelvis tæller en aktivitet kun, hvis barnet er direkte involveret, mens samtaler med fx barnets forældre uden barnet ikke tæller – og derfor ikke kan registreres som en ydelse. Ej heller selvom behandlerne vurderer, at sådanne aktiviteter kan være centrale for diagnosticering og behandling. Hermed usynliggøres denne form for både tids- og følelsesmæssigt krævende arbejde (Kamp & Dybbroe, 2013, 2016).

Forskningen har dokumenteret at usynligt arbejde findes inden for flere områder af sundhedssektoren. Eksempelvis er det vist, hvordan hjemmehjælperes indsats for at lære borgere velfærdsteknologi er et usynligt, men nødvendigt arbejde, som ikke registreres eller anerkendes (Ertner, 2019), samt at sygeplejerskers indsats med at binde forskellige led af behandlingen sammen, er en usynlig opgave, som de hverken anerkendes for eller har tid til (Allen, 2015; Oudshoorn, 2008).

Som udgangspunkt var vi interesseret i at undersøge, om behandlingspakkerne i psykiatrien resulterer i usynligt arbejde. Men som det vil blive udfoldet i afsnittet "Resultater – Et indsnævret indflydelsesrum" finder vi en anden form for usynligt arbejde, end hvad der er beskrevet i litteraturen. Vi introducerer

begrebet ”skyggearbejde”, som dækker over, at medarbejderne bevidst hemmeligholder bestemte aktiviteter for bedre at kunne løse arbejdsopgaver i overensstemmelse med deres professionelle dømmekraft. Arbejdet bliver således ikke usynligt, fordi systemet ikke tæller eller anerkender det – men derimod usynligt, fordi medarbejdere bevidst løser det i skyggen – væk fra andres opmærksomhed og uden andres vidende. Usynligt arbejde og skyggearbejde er således beslægtede, men ikke identiske begreber. Dette vil blive udfoldet i artiklens resultat- og diskussionsafsnit.

## Sundhedsplatformen

Sundhedsplatformen (SP) er et digitalt patientjournalssystem, som samler alle informationer om patientens forløb, behandling, udredning, etc. i sundhedsvæsenet. SP er siden maj 2016 implementeret på alle hospitaler i Region Hovedstaden og Region Sjælland. SP er et omdiskuteret værktøj, der har affødt megen diskussion både offentligt og i faglige arenaer (Røhl & Nielsen, 2019). Forskning i sundhedsprofessionelles arbejdspraksis efter SP peger på en øget mængde dokumentationsopgaver, som tager tid fra patientkontakt (Andersen & Hindhede, 2018). Fagprofessionelles vidnesbyrd og debatartikler fortæller om fejl i data og systemer (Heissel, 2017; Marckmann, 2018), problemer med synkronisering med andre systemer samt frygt for fejlmedicinering (Bundgaard, 2018), hvilket har medført, at nogle overlæger har valgt at sige op i protest mod SP (Oyre, 2017) eller blevet afskediget, fordi de modsatte sig brugen af SP (Lindemann, 2017). Rigsrevisoren har vist, at der to år efter implementering af SP ses et fald i produktivitet på regionens hospitaler (Statsrevisorerne, 2018).

## Workarounds

Videnskabelige studier inden for Science and Technology Studies (STS) viser, at elektroniske patientjournaler ikke blot er en praktikalitet for sundhedspersonalet. Elektroniske patientjournaler har derimod agens og er med til at ændre strukturerne for organisering af arbejdet og arbejdsgange for personalet. Det ses eksempelvis ved, at opgaver redistribueres, organisationens opmærksomhed rettes i nye retninger, magten ansatte imellem kan forskydes (Clark & Thompson, 2015; Vikkelsø, 2005), og eksisterende arbejdspraksisser i sundhedssektoren udfordres (Andersen & Hindhede, 2018).

Medarbejdere er dog ikke blot passive modtagere og brugere af sundhedssektorens elektroniske systemer (Jensen, 2018). Flere studier har vist, hvordan sundhedsprofessionelle praktiserer ’workarounds’, hvis de oplever et dårligt ’fit’ mellem teknologi og opgaveløsning (Goodhue & Thompson, 1995). Begrebet workarounds anvendes i litteraturen især til at beskrive ansattes handlinger i relation til digitale teknologier, hvor ansatte: ”intentionally [are] using computing in ways for which it was not designed or avoiding its use and relying on an alternative means of accomplishing work” (Gasser, 1986, s. 216). Workarounds kan fx være, at kollegaer kender hinandens passwords, så de undgår at bruge tid på dobbeltverificering ved godkendelse af medicindosering, eller at de skriver testresultater ind et tilfældigt sted, fordi de ikke kan finde det rigtige tekstfelt (Beerepoot et al., 2019; Koppel et al. 2015). I forhold til SP har behandlere rapporteret, at de anvender egne, analoge systemer til at bevare overblikket over patienter, da de oplever at miste data eller dataoverblik i SP (Landex, 2017). Workarounds kan således betragtes som medarbejderes forsøg på at udvide deres indflydelse til at løse arbejdsopgaverne ved at udvikle alternative arbejdspraksisser rundt om eller i systemet (Dupret & Friberg, 2018).

Forskningen i workarounds har overvejende fokus på, hvilke konsekvenser workarounds har for cybersecurity, patientsikkerhed og behandlingskvalitet. Man har endnu begrænset viden om, hvordan det påvirker medarbejdere at blive sat i situationer, hvor de oplever det nødvendigt at lave workarounds for at løse arbejdsopgaverne. Det vil vi belyse i denne artikel.

## Metode

Artiklens analyser er funderet på et knap fire måneders feltstudie i psykiatrien som led i et tre-årigt forskningsprojekt om indflydelse i arbejdet finansieret af Arbejdsmiljøforskningsfonden. Førsteforfatteren til denne artikel gennemførte feltstudiet fra august 2018 til december 2018 i en større enhed inden for den ambulante psykiatri. Psykiatrien blev valgt som en informationsorienteret case (Flyvbjerg, 2006), da forskningsprojektet fokuserer på medarbejdere og ledere inden for videns- og relationsarbejde i organisationer. I feltstudiet blev der især praktiseret skyggeobservationer (Czarniawska, 2007) i aktiviteter som fx behandlingskonferencer, terapisaftaler, personalemøder, morgenmad. Der var derudover løbende mulighed for en række uformelle drøftelser med de ansatte om aktiviteterne i de over 400 timer, som førsteforfatteren tilbragte i felten. Der blev dagligt skrevet udførlige feltnoter (Bernard, 2011). De ansatte blev spurgt, om de ville deltage i et individuelt interview om indflydelse i arbejdet. Det blev understreget, at deltagelsen var frivillig, og at data blev anonymiseret. Der blev gennemført 41 individuelle interviews med medarbejdere og teamledere med afsæt i en semistruktureret interviewguide. Spørgsmål var blandt andet: Hvad er vigtigt for dig at have indflydelse på? Har du tilstrækkelig indflydelse på dine opgaver? Hvad oplever du muliggør og forhindrer din indflydelse?

I interviewene blev der også spurgt ind til og reflekteret over episoder fra observationerne, så feltnoter og interviews informerer hinanden. Interviewene varede en time og blev optaget og efterfølgende transskriberet. Dataanalysen trækker på principper fra Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) (Smith, 2004; Smith & Osborn, 2008), da vi er interesseret i, hvordan de ansatte erfarer og skaber mening om det fænomen – indflydelse – vi er interesseret i (Smith & Osborn, 2008). Artiklens første- og sidsteforfatter læste feltnoter og transskriptioner af de 41 interview og analyserede tematikker gennem løbende drøftelser. Tematikker inkluderer bl.a. oplevelsen af indflydelse, betydningen af indflydelse samt oplevelsen og konsekvenserne af behandlingspakker og SP. Artiklens sidsteforfatter har efterfølgende kodet datamaterialet i Nvivo 11 ud fra temaerne. Vi var i analyserne overvejende interesseret i usynligt arbejde i relation til behandlingspakker og workarounds i relation til SP i tråd med forskningslitteraturen, der som vist især knytter begrebet usynligt arbejde til standardiserings- og målstyringsteknologier rettet mod arbejdsopgaverne, mens begrebet workarounds i særligt omfang knyttes til digitale teknologier. Selvom der kan være et vist overlap mellem de to begreber, fremtræder de i særlig dominerende form i relation til hver sin respektive teknologi, og vi præsenterer dem derfor adskilt i resultatafsnittet.

I artiklen anvendes pseudonymer for alle ansatte, og karakteristika, der kunne lede til genkendelse af arbejdsplads eller individer, er sløret. Informanterne har enten en lang videregående uddannelse som psykolog eller psykiater eller en mellemlang uddannelse (fx sygeplejerske, fysioterapeut eller sagsbehandler) med en psykoterapeutisk efteruddannelse. Af anonymiseringshensyn har vi ikke angivet informanternes jobfunktion ved citater eller feltnoter.



## Resultater

### – Et indsnævret indflydelsesrum

I dette afsnit viser vi, hvordan behandlingspakker og SP griber ind i de ansattes indflydelsesrum. Vi viser også, hvordan de ansatte aktivt – gennem skyggearbejde og workarounds – i det skjulte forsøger at øge deres indflydelse til at løse arbejdsopgaverne i overensstemmelse med egen professionelle dømmekraft. Som afslutning reflekterer vi over årsager til og prisen for at skjule og hemmeligholde strategier til at generobre den tabte indflydelse.

### Behandlingspakker

*"Jo mere der tænkes i fastlåste strukturer og pakkeforløb, altså, jo mere det er patienterne, der skal passe ind i en pakke, og ikke behandlingen der skal passe til patienten, så bliver min indflydelse jo også mindre og mindre. Det er jo en udvanding af fagligheden, fordi det er jo at gøre psykiske lidelser til noget, man kan fuldstændig, ja, proppe ind i sådan nogle firkanter... ... hvor man ikke rigtigt, jamen, så ser man ikke bare på patientens behov. Og jo mere der er sådan noget, jo mindre faglighed bliver der." (Tina)*

Som beskrevet i introduktionen skal de ansatte behandle patienterne inden for behandlingspakkernes fastsatte ydelser. Både i interviewene og i de løbende drøftelser med og mellem de ansatte, giver de udtryk for, at de efter indførelsen af behandlingspakkerne oplever det vanskeligere at løse arbejdsopgaverne til en kvalitet, de vurderer som tilstrækkelig. De fortæller, at dette blandt andet skyldes, at de efter pakkerne kan tilbyde færre sessioner til patienterne, og at samme diagnose ikke er lig med samme behandlingsbehov. Samtidig med denne ændring oplever de, at patienterne har flere sociale problemer og diagnoser end tidligere. Implementeringen af pakkerne har medført,

at de ansatte i stigende grad oplever at blive målt på, om de leverer de pakker og har det flow, de skal, fremfor kvaliteten af det, de gør:

*"De [topledelsen] går jo aldrig op i, hvor gode pølser det er, vi laver på pølsefabrikken, men hvor hurtigt pølserne kommer igennem pølsefabrikken, og hvor mange pølser, der kan være på pølsefabrikken." (Kristine)*

Selvom stort set alle ansatte oplever, at pakkerne er for standardiserede og begrænser deres mulighed for at imødekomme behandlingsbehovet hos en del af patienterne, fremhæver flere samtidig, at pakkerne gør både patient og behandler mere opmærksom på løbende at evaluere behandlingen og fremhæver det positive i en kortere venteliste. De ansatte ønsker sig således ikke tilbage til "gamle dage", hvor "det var godt for dem, der var inde, men ikke så godt for dem, der stod uden for og ventede" (Peter).

Men trods det nuancerede blik på pakkerne kommer det frem i både interviews og drøftelser på konferencer, personalemøder og ved frokostbordet, at de ansatte ofte oplever, at rammerne begrænser deres indflydelsesrum i en grad, så de ikke kan arbejde i overensstemmelse med deres professionelle dømmekraft og faglige værdier:

*"Jeg kan næsten ikke holde ud ikke at give en ordentlig behandling. Det er imod al grund til, at jeg blev behandler. Jeg kan simpelthen ikke holde ud, hvis jeg ikke kan være ved siden af fx hende, der lige gik ud af døren, når hun er så krisepreget, som hun er, altså så er der ikke nogen grund til, at jeg er blevet behandler.... Nogle gange føler jeg, at rammerne er så stramme. Men jeg bryder dem hele tiden." (Stine)*

I nedenstående sætter vi fokus på skyggearbejde, som er en udbredt praksis, som en del af de ansatte praktiserer for at øge deres indflydelse i en arbejdsammenhæng, hvor

de oplever, at deres faglighed udvandes. Som vi skal se, adskiller skyggearbejdet sig fra usynligt arbejde ved, at skyggearbejdet er en aktiv bevidst hemmeligholdt praksis, som de ansatte benytter til at øge deres indflydelse. Men som vi vil vise, er skyggearbejdet ikke uden negative konsekvenser for de ansatte.

### *Skyggearbejde*

Med næsten hviskende stemme fortalte en stor del af de ansatte, at de *"går under radaren"* og giver patienterne til tider væsentligt mere behandling, end pakkerne tillader. Denne praksis betegner vi som *"skyggearbejde"*. Skyggearbejde kan defineres som de måder, de ansatte i det skjulte udvider deres muligheder for at gøre noget andet eller mere, end de standardiserede pakkeforløb tillader. Skyggearbejde dækker over handlinger, som fx at ansatte undlader at registrere det som en session, hvis en patient udebliver uden afbud, forlænger behandlingsforløbet med nogle sessioner mere end pakken tillader, eller har *"skuffepatienter"* gående, som får terapi halve til hele år efter pakkens formelle ophør. Skyggearbejde kan også være mikro-handlinger som at bruge 55 minutter pr. behandlingssession, som er sat til 45 minutter. I sjældnere tilfælde bruger ansatte fridage på at deltage i fx patienters møder med jobcentret for at sikre kontinuitet i indsatsen. Selvom mange af de ansatte praktiserer en eller flere former for skyggearbejde, gør de det kun yderst sjældent til genstand for samtale og drøftelse med hinanden:

*Amira: "Jeg snakker ikke med nogle om det, men bliver ved med at se dem hver uge, indtil jeg synes, det giver mening ikke at gøre det. Og hvis det ikke giver mening ikke at gøre det, så tager jeg dem bare hele vejen, selvom der kun er x-antal timer i en pakke. Og det taler jeg ikke med nogle om, altså det gør jeg bare ikke. For jeg gider ikke at sidde og arbejde med*

*en kvinde, hvor hun lige pludselig ikke magter at arbejde i terapien, fordi hun kun bliver set hver 14 dag".*

Interviewer: *Hvad betyder det for dig at skabe dig selv det rum?*

*Amira: "Det betyder, at jeg bliver mere presset arbejdsmæssigt. Fordi jeg skal jo tage de patienter, som jeg skal tage. Det, jeg er ude i, er, at jeg presser mig selv" (Amira).*

Selvom de ansatte gennem skyggearbejdet generobrer noget indflydelse til at handle med afsæt i deres professionelle dømmekraft, peger empirien på, at skyggearbejdet også kan have en række negative konsekvenser. Det drejer sig især om arbejdsintensivering og udvidelse af arbejdstiden, idet de både skal nå deres formelle arbejdsopgaver og skyggearbejdet. Det betyder, at det nogle gange er nødvendigt for de ansatte at springe frokosten over, blive længere, lave behandlingsmanualer om aftenen eller i weekenden, etc.

En behandler fortæller i et interview, at vedkommende *"arbejder rigtig meget i skyggen"* (Mie). Hun er erfaren, og de tunge og komplekse patienter lander ofte hos hende. Hendes engagement i arbejdet er stort, men hun fortæller også om, at hun i stigende grad oplever søvnbesvær, svimmelhed samt syns- og høreforstyrrelser. Hendes arbejdspress er steget yderligere grundet sygdomsmeldinger i teamet, og hun fortæller i interviewet om, at hun netop sammen med sin leder står overfor at skulle lægge en plan for at nedbringe arbejdsopgaverne. Intervieweren spørger til, om hun har indflydelse på den plan:

*"Jeg har jo medindflydelse, fordi den plan jeg lægger, er jo den plan, der sker. Men det er også meget meget utilfredsstillende at skulle sige, jamen rent lavpraktisk der er vi bare nødt til at cutte noget af patienternes behandling. For jeg kan ikke... Jeg har ikke tiderne i min*

*kalender. Altså det er sådan helt, jeg føler mig helt skakmat. Så jeg har medindflydelse, men på den anden side, så føler jeg også, at jeg er bundet af vilkårene". (Mie)*

Som Mie formulerer det i ovenstående, har hun medindflydelse på, hvilke opgaver hun nedprioriterer. Men i forhold til at kunne løse arbejdsopgaverne til en tilstrækkelig kvalitet, føler hun sig skakmat – afmægtig og bundet af vilkårene, som hun oplever ikke i tilstrækkeligt omfang tillader hende at løse opgaverne med afsæt i sin professionelle dømmekraft. Hun og de andre ansatte synes således at befinde sig en vanskelig situation. Enten kan de praktisere skyggearbejde men samtidig risikere at øge arbejdsintensitet og –belastning, eller de kan arbejde efter pakkerens standarder, men gå på kompromis med egen professionelle dømmekraft.

### *Sundhedsplatformen*

*"Det ikke er vores arbejdsgange, der former IT-systemet, men IT-systemet der former vores arbejdsgange" (Sarah).*

I overensstemmelse med kritikpunkterne af SP beskrevet i indledningen, viser vores analyser også frustration over SP. De ansatte fortæller om at bruge mere tid på registrering og dokumentation efter indførelsen af SP, som tager tid fra behandling af patienterne. Både i interviews og flere episoder i feltstudiet fortæller og viser de ansatte om mange meningsløse "klik-opgaver", hvor bokse skal tjekkes af inden, under eller efter patientkontakt. De oplever, at det tager tid fra at skrive fx mere udførlige notater om patienterne. Men SP påvirker også de ansatte på mere indirekte måder ved at forme og reducere deres indflydelse i arbejdet.

Flere af de ansatte oplever, at SP passer dårligt til deres arbejdsgange, arbejdsopgaver og behov, og de fortæller om at bruge

mere opmærksomhed på at følge og afkode SPs skabeloner og standarder end på at gøre det, som de vurderer relevant i den konkrete opgave i forhold til den konkrete patient:

*"Vi skal sidde og skrive nogle journaler, som ikke inviterer til, at vi egentlig laver en ordentlig beskrivelse af patienternes problematik, men går enormt meget op i sådan mere standardpunkter om, hvad patienten har haft af allergier... ... folk bruger al deres energi på at forstå systemet og acceptere skabelonen og så prøve at få deres ting ind i den skabelon, og det bruger de rigtigt meget energi på i stedet for bare at bruge energi på, hvad de gerne vil, altså indholdet." (Niels)*

Flere oplever, at SP har betydning for de samtaler, de ansatte har med patienterne. De bruger tid på at stille spørgsmål til patienten, som de ikke vurderer klinisk relevante eller måske endda kan være kontra-produktive for opbygningen af en tillidsfuld relation. Det kan medføre at fokus og opmærksomhed i opgaveløsningen bestemmes af SP fremfor deres professionelle dømmekraft. En behandler formulerer det som, at SP *"lægger en præmis ned over os, som gør, at vores bevægelsesfrihed stopper"*.

I det følgende afsnit vil vi se på workarounds, som er medarbejdernes handlinger rettet mod at øge deres indflydelse og ikke mindst, hvad praktisering af workarounds gør ved de ansatte selv.

### *Workarounds*

En stor del af de ansatte praktiserer workarounds i relation til SP, men der synes at være forskel på, hvilke de talte åbent om med hinanden. Enkelte workarounds taler de ansatte sammen om på møder. Især i forhold til journalskrivning af de indledende vurderinger af patienterne drøftes og afstemmes workarounds, og nogle ledere legitimerer fleksibilitet i forhold til at følge SPs standardise-



rede punkter ved fx at sige til medarbejderne *"Jeg vil hellere have, at I er lidt ulydige, end at vi sidder med noget, vi ikke kan bruge"* (Tina). Der er dog også en række workarounds, der praktiseres i det skjulte. Disse workarounds udspringer blandt andet af, at nogle medarbejdere har opgivet at orientere sig i SPs hyppigt foranderlige dokumentations- og registreringsveje:

*"Nu har der været ændringer 20 gange i SP i forhold til, hvordan vi skal lave de indledende vurderinger og indskrive dem. Og der må jeg bare indrømme: jeg orker ikke engang at høre det. Jeg gider ikke. Jeg gør det ikke. Der var undervisning i går, og jeg deltog ikke i det. Jeg skriver det ind på min måde, og så må de komme efter mig. Så må de komme til mig, hvis jeg gør det forkert"* (Mie).

Andre skjulte workarounds er udvikling af parallelle systemer for at kompensere for mangler, som de oplever, at SP indeholder. Eksempelvis skriver nogle ansatte deres egne tanker om patienters problematikker, dynamikker i terapigrupper og kliniske arbejdshypoteser i notesbøger, som opbevares i låste skuffer. De har vanskeligt ved at anvende SP til dette, da patienten har adgang til sin journal, og de derfor ikke kan skrive arbejdsnoter eller opmærksomhedspunkter til egen forberedelse. Flere benytter også både Outlook og papirkalender til at skabe overblik over, hvilke patienter de har hvornår, da de ikke føler, at SP giver et tilstrækkeligt overblik. Selvom denne to- eller tre-delte kalenderpraksis er både forbudt og tidskrævende, opleves den som nødvendig. I en lille pause efter frokosten, hvor jeg og to ansatte sidder tilbage, fortæller en af dem:

*"Jeg skriver patienternes navne i Outlook, og det bliver jeg altså ved med. Hvad vil de gøre ved det? Så må de jo fyre mig, eller putte mig*

*i fængsel. De stiller os nok ikke op på række og skyder os"* (Lærke)

Selvom den ansatte er ironisk omkring de yderste konsekvenser af denne workaround, siger det noget om, at de ansatte har i baghovedet, at workarounds kan have konsekvenser for dem, og at *#nogle kan komme efter dem*". En ansat fortæller i et interview mere indgående om, hvad det gør ved hende at befinde sig i en situation, hvor hun ikke kan efterleve alle SPs krav om at tjekke, registrere og dokumentere, og samtidig have fokus på *"det egentlige"* i arbejdet, som hun betegner udredningen og behandlingen af patienterne:

*"Sundhedsplatformen er sådan et fuldstændigt vildt dokumentationsmedie. Det er bygget til at understøtte den her måde at arbejde og tænke på. At tjekke og registrere i et væk...Man er jo magtesløs overfor det, fordi det kommer væltende. Så prøver man jo at ligesom at navigere i det med en fornemmelse af, at man hele tiden gør noget lidt forkert, sikkert. Fordi der ligger 30.000 instrukser, ingen ved, hvordan de skal finde, og forskellige forældede versioner. Ingen forestiller sig, at nogen kender dem, men de eksisterer et eller andet sted. Så man prøver hele tiden sådan at gætte sig lidt frem og måske, ja... Og så fungerer man jo alligevel i det og omgår det og undlader at gøre det, man formelt set skulle gøre, fordi det... Altså det kan ikke lade sig gøre det hele. Og det er jo igen sådan frustrerende og utilfredsstillende, og det gør det jo nemt bagefter at påvise, at nogen har gjort noget forkert, fordi der er ikke nogen der har... Hvis man gennemgår patientforløb, er der ikke nogen, der har fulgt alle de vejledninger, der findes. Så der er altid noget, der er forkert. Så kan man finde en anledning til at lave en ny vejledning."* (Inge).

Selvom de ansatte hver især finder måder at navigere i og med SP i den daglige opga-

veløsning, så installerer SP en oplevelse af forkerthed i dem. En stille, men allestedsnærværende følelse af at have gjort noget forkert. Det synes umuligt for dem at kende og følge alle instrukser og dermed gøre SP "rigtigt" samtidig med, at SP er et så gennemgribende dokumentationsmedie, der logger aktiviteter som hver enkelt medarbejder har gjort eller ikke gjort. En gennemgang af ethvert patientforløb rummer således potentialet for at afsløre og dokumentere medarbejderes eventuelle ufuldstændigheder samtidig med, at SP ikke synes at tilbyde dem muligheden for at gøre det rigtige.

Workarounds kommer således med en pris for de ansatte. De introducerer gradvist en mere eller mindre realistisk oplevelse hos de ansatte af, at de 1) gør noget forkert, 2) bliver overvåget, 3) kan blive opdaget og 4) det kan have personlige konsekvenser for dem at blive opdaget. Og alligevel omgår de SP for at føle de løser arbejdsopgaverne bedst muligt.

I nedenstående afsnit vil vi afslutningsvis se lidt nærmere på den hemmeligholdelse, der karakteriserer både skyggearbejdet og størstedelen af workarounds. Vi vil reflektere over konsekvenserne af de skjulte praksisser, deres funktion, grobund og konsekvenser og stille spørgsmålet: hvorfor siger de det ikke bare højt?

### *Når hemmeligheder skaber overlevelse og undergang på samme tid*

Teamledere og medarbejdere giver generelt udtryk for samme udfordringer og frustrationer i forhold til konsekvenserne af behandlingspakkerne og SPs standardisering af opgaver og arbejdsprocesser, som beskrevet i ovenstående. Medarbejderne oplever da også, at der blandt teamlederne er en forståelse for de frustrationer, som pakkerne og SP

afstedkommer. Men den gensidige forståelse medfører ikke øget indflydelse:

*"Apropos indflydelse, så tænker jeg, jamen der er nok en vis forståelse for det her i huset, men det nytter ikke så meget, fordi vi er jo styret af behandlingspakkerne, så vi kan ikke bare gøre det, vi tænker, ville være det bedste. For det har vi ikke hjemmel til at gøre, fordi vi skal jo følge de pakkepoint og de pakker". (Annika)*

Frustrationerne bliver således ikke nødvendigvis holdt hemmelige eller skjult. De ansatte kan dele deres frustrationer over SP højlødt til møder og frokostbordet. Det, der hemmeligholdes, er de mange omveje, smutveje, kringelkroge og merarbejde, de ansatte benytter sig af for at øge indflydelse til at løse arbejdsopgaverne. I de individuelle interviews og uformelle drøftelser i felten indleder mange af de ansatte fortællingerne om skyggearbejde og workarounds med sætninger som *"det er off the record"*, *"det er jeg næsten bange for at sige på bånd"*, *"nu skal jeg vise dig noget hemmeligt"*, *"jeg går under radaren med det"*, *"det håber jeg ikke, du siger videre"*.

De mange identiske individuelle hemmeligheder kan betragtes som en stiltiende accept af, at skyggearbejde og workarounds er nødvendige praksisser for at løse arbejdsopgaverne med afsæt i den professionelle dømmekraft. Hvis disse praksisser blev gjort til genstand for eksplicit drøftelse, risikerer de ansatte at indskrænke indflydelsesrummet, da de med en vis sandsynlighed ville blive bedt om at holde sig inden for pakkerne, afslutte skuffepatienter og bruge SP efter forskrifterne. På en enkelt behandlingskonference nævner en medarbejder eksplicit, at hun ønsker at fortsætte med en patient udover, hvad behandlingspakken tillader af sessioner. Hun argumenterer for patientens behov for yderligere behandling. Lederen ender med at give tilsagn til, at medarbejderen giver

fem sessioner udover pakken med følgende argument:

*"Jeg går kun med til det, fordi du oplever det meningsfuldt og for at understøtte din arbejdsglæde. Men vi skal tænke på, at vi mangler individuelle tider." (Gry)*

Som det ses i citatet, er lederne også splittet mellem at honorere systemets krav om flow og nedbringelse af ventetider og medarbejdernes faglige tilfredshed og professionelle dømmekraft.

Med afsæt i empiriens mange eksempler på, at de enkelte ansatte bærer på sammenlignelige hemmeligheder om skyggearbejde og workarounds, kan det undre, at de ikke drøfter disse praksisser og de afledte konsekvenser og sammen formulerer en fælles kritik af rammebetingelserne. Som vi viser i nedenstående, fortæller flere af de ansatte i interviewene om negative erfaringer med at få systemet – politikerne, Sundhedsstyrelsen, sygehusledelsen, Regionsrådene – til at lytte til deres kritik af betingelserne. En ansat fortæller om sit forsøg på at den politiske ledelse i tale efter at have siddet i arbejdsgrupper, der arbejdede for ændringer i SP:

*"Man kan jo godt blive set og hørt uden nødvendigvis at få ret. Den måde systemet giver os ikke-ret på, er på en meget, meget nedgørende måde. Det latterliggør en, i stedet for at sige: 'jeg hører, hvad du siger, men der er nogle andre hensyn, der vejer tungere'. Det, systemet siger til os, er: 'Du er en idiot, og vi vil skide på, hvad du mener, selvom det er dig, der sidder med fingrene i suppen'. Og det... Det er en form for ikke-respekt. Altså man kan godt blive overruled på en respektfuld måde, og det tror jeg ville være meget mere, altså det ville ikke være så traumatiserende. Men det der med at blive overruled på en måde, hvor man samtidig får at vide, at det er dig, der er skævt på den. Altså hvis vi fik at vide,*

*'jamen de der faglige hensyn, det forstår jeg godt. Det ville også være godt, hvis vi kunne det, og vi hører hvad du siger, men desværre har vi ikke penge til det eller'... Altså det er jo fair nok et eller andet sted." (Gry)*

En anden ansat fortæller om et stort arbejde, der er pågået afdelinger imellem for at ændre længden af udvalgte behandlingspakker. Til spørgsmålet om, hvordan det gik med at få indflydelse på pakkerne gennem det koordinerede samarbejde, svarer den ansatte i interviewet:

*"Ej, men det er en stor kæmpe fuckfinger, selvom der er blevet lavet et kæmpe stort stykke arbejde. Jeg kan ikke huske, om det var sidste forår, hvor pakkerne skulle revurderes, og man har hørt alle regionerne og klinikker. Jeg går ud fra, at alle regioner og alle klinikker har sagt, at xx-pakken er alt for kort. Ja, nu er den så bare den samme, altså... Jeg synes, det er en joke". (Henrik)*

De ansattes hemmeligholdelse af skyggearbejde og workarounds kan således også forstås i sammenhæng med deres dårlige erfaringer med at påvirke rammerne ved at få "systemet" og de egentlige beslutningstagere i tale.

I nedenstående afsnit vil vi forholde vores resultater til den eksisterende litteratur og afslutningsvis svare på spørgsmålet i artiklens titel: Kan prisen for indflydelse blive for stor?

## Diskussion

Vores resultater peger på, at de ansatte i psykiatrien oplever en række problemstillinger i forhold til den øgede standardisering og styring, som behandlingspakker og SP medfører. Vi har vist, hvordan de ansatte oplever, at deres indflydelse til at løse arbejdsopgaverne med afsæt i deres professionelle dømmekraft reduceres som følge af disse styringsteknologier. Som modsvar til dette praktiserer

de ansatte skyggearbejde og workarounds. Vores resultater peger på, at praktisering af workarounds og skyggearbejde kan øge arbejdsmængde og –intensitet samt medføre en følelse af utilstrækkelighed samt frygt for at blive afsløret og straffet for at arbejde uden om de officielle standarder.

Praktiseringen af workarounds og typerne af workarounds, som vi har identificeret i dette studie, er i overensstemmelse med den tidligere forskning, nævnt i introduktionen. Men i vores studie viser vi, at det er følelsesmæssigt krævende for de ansatte at praktisere workarounds. Bevidstheden om ikke at efterleve IT-systemets standarder og funktioner afstedkommer følelser af forkert-hed, utilstrækkelighed og bekymring blandt de ansatte. Vores studie peger således på, at den stigende tendens til digitalisering af arbejdsopgaver- og arbejdsprocesser i offentlige organisationer kan indeholde arbejdsmiljø-problestillinger i relation til indflydelse i arbejdet.

Et andet formål med denne artikel var at undersøge, hvorvidt behandlingspakkerne resulterede i usynligt arbejde. Vores analyser har fået os til at navngive de i denne artikel beskrevne praksisser som skyggearbejde i stedet. Begreberne usynligt arbejde og skyggearbejde indeholder lighedspunkter: De dækker begge over aktiviteter og indsatser, der ikke tæller i det formelle system, ligesom de begge kan føre til arbejdsintensivering og merarbejde. Men de adskiller sig også på væsentlige punkter. Forskningen i usynligt arbejde i organisationer har bl.a. vist, hvordan emotionelt arbejde (Kamp & Dybbroe, 2016) og koordination af behandling (Allen, 2015) bliver usynligt arbejde, fordi de falder uden for de standardiserede ydelser og dermed ikke tæller. Men skyggearbejde adskiller sig fra usynligt arbejde ved, at de ansatte, som vist i vores studie, gør en aktiv indsats for at gå under radaren og skjule arbejdsaktiviteter. Skyggearbejdet kan betragtes

som en hemmeligholdt individuel strategi til at generobre noget af den indflydelse, som de ansatte oplever, at behandlingspakkerne har frataget dem. De ansatte underligger og indordner sig således ikke blot under de ydre styringsrationaler. I stedet yder de en skjult modstand mod dem indefra, selvom dette kan resultere i arbejdsmæssige og følelsesmæssige belastninger. Skyggearbejdet har visse lighedspunkter med begrebet 'job crafting', som beskriver medarbejderes proaktive adfærd for at forme eller ændre deres arbejdsopgaver. Forskningen i job crafting har overvejende vist en positiv sammenhæng mellem job crafting og en række outcomes som mening i arbejdet og et bedre fit mellem person og job (Tims et al., 2016). Vores studie peger ligeledes på, at de ansattes skyggearbejde øger deres oplevelse af mening i arbejdet og oplevelsen af at kunne stå inde for arbejdet. Men som beskrevet i denne artikel, kommer dette også med nogle negative konsekvenser. Nogle studier peger på, at medarbejdernes jobcrafting også kan bestå i at ignorere dele af arbejdet, som medarbejderne ser som ineffektive i forhold til at bidrage til opgaveløsningen (Bindl et al., 2019). En forskel på skyggearbejde og denne form for job crafting er dog, at de ansatte i vores studie ikke undlader at løse aktiviteter, der ikke opleves at bidrage til opgaveløsningen, men derimod øger antal aktiviteter.

Vi har i artiklen peget på, at hemmeligholdelsen af skyggearbejde og workarounds også kan ses i lyset af, at en del af de ansatte har erfaret det nyttesløst at skabe ændringer af deres rammer. Som vist har de en oplevelse af, at deres frustrationer bliver forstået af den lokale ledelse på den konkrete arbejdsplads, men de oplever, at der ikke er en åbning for kritik op i ledelses- og beslutningslagene. I stedet oplever de, at deres kritik afvises på måder, så de selv gøres til problemet. Rasmus Willig har gennem sin forskning beskrevet, hvad han betegner som "kritikkens U-ven-

ding" (Willig, 2015). Willig viser, hvordan offentligt ansattes kritik af arbejdsbetingelser fremlægges som brok, og at fordringen til offentligt ansatte er, at de skal tåle forholdene, hærde sig og øge egen robusthed (Willig, 2015). Vi ser også dette eksemplificeret i vores studie, hvor de ansatte fortæller om, at svaret på deres kritik og forbedringsforslag er "*en stor fuckfinger*" og at blive set som en idiot. De ansatte har således gradvist erfaret, at det ikke er muligt at ændre de organisatoriske rammer og strukturer. Men denne erfaring fører ikke blot til afmagt og resignation, som teorier om indlært hjælpeløshed (Seligman, 1972) ville forvente. I stedet praktiserer de ansatte skjulte mikrohandlinger som workarounds og skyggearbejde, hvormed de ansatte øger graden af indflydelse – men de risikerer at betale en pris for dette. Med hemmeligholdelsen mister de ansatte muligheden for at dele, hvad manglen på indflydelse gør ved dem, og de mister muligheden for at drøfte de mikrohandlinger, de hver især føler sig nødsaget til at praktisere – og ikke mindst konsekvenserne af dem i form af merarbejde, arbejdsintensivering og følelse af utilstrækkelighed.

I mødet med psykiatriske patienter står den enkelte ansatte således tilbage med valget mellem at følge behandlingspakkerne og SP og derigennem acceptere den begrænsede indflydelse og løse arbejdsopgaverne på måder, der til tider ikke giver mening for dem, og som de ikke kan stå inden for. Alternativt kan de benytte sig af skyggearbejde og workarounds for at øge deres indflydelse tilstrækkeligt til at løse arbejdsopgaverne mere i overensstemmelse med deres professi-

onelle dømmekraft. Men intet af det kommer uden en pris. Første situation kan resultere i mistrivsel som moralsk stress, der korrelerer med lav indflydelse (Lamiani et al., 2017). Den sidste situation kan resultere i arbejdsintensivering og risiko for arbejdsrelateret belastning.

Arbejdsmiljøforskningen har som nævnt identificeret indflydelse som den mest centrale arbejdsmiljøfaktor for medarbejderes trivsel og opgaveløsning. Denne artikel viser, at standardisering og målstyring i psykiatrien reducerer de ansattes oplevelse af indflydelse i en grad, der begrænser muligheden for at løse arbejdsopgaverne i overensstemmelse med deres professionelle dømmekraft. Vi har formuleret artiklens titel som et spørgsmål, og vi har i denne artikel vist, at de ansattes forsøg på at øge indflydelsen har omkostninger i form af øget arbejdspress og -belastning. Men det har også omkostninger for dem at løse arbejdsopgaverne i modstrid med deres professionelle dømmekraft. Uanset hvad de gør, er der således en pris at betale, og svaret på artiklens spørgsmål er således ikke entydigt. Vi håber, at beslutningstagere i offentlige organisationer i stigende grad vil interessere sig for, hvilken pris styrings- og standardiseringsteknologier, som de her undersøgte, kommer med for de ansatte, og i stigende grad reelt involverer de ansatte i udviklingen og implementeringen af sådanne teknologier. Det vil potentielt kunne forbedre "fittet" mellem arbejdsopgaver og -processer samt standardiserings- og styringsteknologierne. Ellers kan prisen for sådanne teknologier blive for stor.

## LITTERATUR

Abbott, A. (1988). *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago: University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226189666.001.0001>

Ahlgren, B. (2014). The path to integrated healthcare: Various Scandinavian strategies. *Inter-*



- national Journal for Care Coordination*, 17(1-2), 52-58. doi:10.1177/2053435414540606
- Allen, D. (2015). *The invisible work of nurses: Hospitals, organisation and healthcare*. Abingdon, Oxon: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315857794>
- Andersen, L. B., Greve, C., Klausen, K. K., & Torfting, J. (2017). *Offentlige styringsparadigmer: Konkurrence og sameksistens* (1. udgave). København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Andersen, M. F., & Tanggaard, L. (2016). Tæller vi det der tæller? – Introduktion. I M. F. Andersen & L. Tanggaard (red.), *Tæller vi det der tæller? Målstyring og standardisering i arbejdslivet* (Vol. 1, side 9-30). Aarhus: Klim.
- Andersen, V., & Hindhede, A. (2018). Digitale regionale sundhedssystemer udfordrer interprofessionelle samarbejdspraksisser. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(3), 41-56. doi:10.7146/tfa.v20i3.110813
- Beerepoot, I., van de Weerd, I., Leopold, H., Koorn, J., van den Hooff, B., & A. Reijers, H. (2019). *Working Around Health Information Systems: The Role of Power*. Manuskript præsenteret ved The Working Around HISs: The Role of Power. Fortieth International Conference on Information System, Munich.
- Bernard, H. R. (2011). Field notes and database management. I H. R. Bernard (red.), *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches* (5. udgave, side 291-305). Lanham, MD: AltaMira.
- Bindl, U. K., Unsworth, K. L., Gibson, C. B., & Stride, C. B. (2019). Job crafting revisited: Implications of an extended framework for active changes at work. *Journal of Applied Psychology*, 104(5), 605-628. doi:10.1037/apl0000362
- Bundgaard, B. (2018). "Det, der patientsikkerhedsmæssigt er værst, er det med medicinen". *Ugeskrift for Læger*. Tilgået fra <https://ugeskriftet.dk/nyhed/det-der-patientsikkerhedsmæssigt-er-værst-er-det-med-medicinen>
- Clark, I., & Thompson, A. (2015). Healthcare assistants: Distributional losses as a consequence of NHS modernisation? *New Technology, Work and Employment*, 30(3), 209-221. doi:10.1111/ntwe.12053
- Czarniawska, B. (2007). *Shadowing, and other techniques for doing fieldwork in modern societies* (1. udgave). Malmø: Liber.
- Daniels, A. K. (1987). Invisible Work. *Social Problems*, 34(5), 403-415. doi:10.2307/800538
- Dupret, K., & Friberg, B. (2018). Workarounds in the Danish health sector – from tacit to explicit innovation. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 8(3), 7-27. doi:10.18291/njwls.v8iS3.105274
- Dybbroe, A. (2012). The meaning of work from subjective and intersubjective perspectives – a daily conflict of creating and losing meaning in elderly care. I A. Kamp & H. Hvid (red.), *Elderly Care in Transition – Management, Meaning and Identity at Work: A Scandinavian Perspective*. Frederiksberg: Samfundslitteratur Press.
- Ertner, M. (2019). Enchanting, evoking, and affecting: The invisible work of technology implementation in homecare. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 9(5), 33-47. doi:10.18291/njwls.v9iS5.112690
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. doi:10.1177/1077800405284363
- Gasser, L. (1986). The integration of computing and routine work. *Journal of ACM Transactions on Information Systems*, 4(3), 205-225. doi:10.1145/214427.214429
- Goodhue, D. L., & Thompson, R. L. (1995). Task-technology fit and individual performance. *MIS Quarterly*, 19(2), 213-236. doi:10.2307/249689
- Gulløv, J. M. (2015). *Dømmekraft i praksis: En antropologisk undersøgelse af professionelle på en skole*. Roskilde Universitet, Roskilde.
- Hasle, P. (2014). Lean og professionel autonomi på hospitaler. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 16(1), 67-82. doi:10.7146/tfa.v16i1.108955
- Heinskou, T., & Alberdi, F. (2016). Behandlingspakker i psykiatrien er problematiske. *Ugeskrift for Læger*. Tilgået fra <https://ugeskriftet.dk/debat/behandlingspakker-i-psykiatrien-er-problematiske>
- Heissel, A. (2017). Psykiatere: Sundhedsplatformen stjæler vores vigtigste arbejdsredskab. *Ugeskrift for Læger*. Tilgået fra <https://ugeskriftet.dk/nyhed/psykiatere-sundhedsplatformen-stjaeler-vores-vigtigste-arbejdsredskab>

- Jensen, C. (2018). "Jagten på de gode tal". *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(4), 32-47. doi:10.7146/tfa.v20i4.111591
- Justesen, L., & Plesner, U. (2018). Fra skøn til algoritme: Digitaliseringsklar lovgivning og automatisering af offentlig sagsbehandling. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(3), 9-23. doi:10.7146/tfa.v20i3.110811
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2013). Hvad tæller, og hvem tæller? — standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 15(4), 42-58. doi:10.7146/tfa.v15i4.108947
- Kamp, A., & Dybbroe, B. (2016). Struggles of professionalism and emotional labour in standardized mental health care. *Nordic Journal of Working Life Studies*, 6(1), 67-86. doi:10.19154/njwls.v6i1.4886
- Kamp, A., & Hvid, H. (2012). Meaning of work in elderly care in Denmark: Fragile reconstructions. I A. Kamp & H. Hvid (red.), *Elderly Care in Transition – Management, Meaning and Identity at Work: A Scandinavian Perspective* (side 107-132). Frederiksberg: Samfundslitteratur Press.
- Knudsen, L. E. D. (2018). *Relationer mellem teori og praksis i pædagogisk og lærerfagligt arbejde* (1. udgave). København: Akademisk Forlag.
- Koppel, R., Smith, S., Blythe, J., & Kothari, V. (2015). Workarounds to computer access in healthcare organizations: You want my password or a dead patient? *Studies in Health Technology Information*, 208, 215-220. doi:10.3233/978-1-61499-488-6-215
- Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. (2017). When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51-67. doi:10.1177/1359105315595120
- Landex, N. (2017). Det episke sundhedsvæsen. *Ugeskrift for Læger*, 179(25), 2225-2228.
- Lindemann, B. (2017, 2017). Bortvist overlæge: Sundhedsplatformen er et ubrugeligt eksperiment. *Ugeskrift for Læger*. Tilgået fra <https://ugeskriftet.dk/nyhed/bortvist-overlaege-sundhedsplatformen-er-et-ubrugeligt-eksperiment>
- Linder, J., & Voxted, S. (2015). *Performance management: Moderne ledelse i praksis* (1. udgave). København: Hans Reitzel.
- Madsen, I. E. H., Nyberg, S. T., Magnusson Hanson, L. L., Ferrie, J. E., Ahola, K., Alfredsson, L., ... Kivimäki, M. (2017). Job strain as a risk factor for clinical depression: Systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychological Medicine*, 47(8), 1342-1356. doi:10.1017/s003329171600355x
- Marckmann, P. (2018). Hverdag med Sundhedsplatformen: Patientfarligt og tidsrøvende. *Ugeskrift for Læger*. Tilgået fra <https://ugeskriftet.dk/debat/hverdag-med-sundhedsplatformen-patientfarligt-og-tidsroevende>
- Neely, A., Gregory, M., & Platts, K. (2005). Performance measurement system design: A literature review and research agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 25(12), 1228-1263. doi:10.1108/01443570510633639
- Oudshoorn, N. (2008). Diagnosis at a distance: The invisible work of patients and healthcare professionals in cardiac telemonitoring technology. *Sociology of Health & Illness*, 30(2), 272-288. doi:10.1111/j.1467-9566.2007.01032.x
- Oyre, S. (2017). Jeg er superbruger, overlæge og it-nørd. Men sundhedsplatformen knækkede mig *Politikken*. Tilgået fra <https://politiken.dk/debat/kroniken/art6590761/Jeg-er-superbruger-overlaege-og-it-noerd.-Men-sundhedsplatformen-knaekkede-mig>
- Pflueger, D. (2015). Accounting for quality: On the relationship between accounting and quality improvement in healthcare. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-13. doi:10.1186/s12913-015-0769-4
- Rossen, C. B., Buus, N., Stenager, E., & Stenager, E. (2019). Identity work and illness careers of patients with medically unexplained symptoms. *Health*, 23(5), 551-567. doi:10.1177/1363459317739440
- Røhl, U. B. U., & Nielsen, J. A. (2019). Sundhedsplatformen i modvind: En analyse af aktørernes teknologiforståelser i danske medier. *Samfundslederskab i Skandinavien*, 34(3), 178-206. doi.org/10.22439/sis.v34i3.5810
- Schon, D. A. (2008). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action*. New York: Basic Books.

- Seligman, M. E. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23, 407-412. doi:10.1146/annurev.me.23.020172.002203
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1(1), 39-54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2008). Interpretative phenomenological analysis. I J. A. Smith (red.), *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (2. udgave). Los Angeles: SAGE Publications.
- Star, S. L., & Strauss, A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Journal of Computer Supported Cooperative Work*, 8(1), 9-30. doi:10.1023/a:1008651105359
- Statsrevisorerne. (2018). *Rigsrevisionens beretning om Sundhedsplatformen*. Tilgået fra <https://www.rigsrevisionen.dk/media/2104845/sr1717.pdf>
- Sundhedsdatastyrelsen. (2015). *Ventetid i psykiatrien på tværs af regioner*. Tilgået fra <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sundhedsvaesnet/ventetid-somatik-psykiatri/ventetid-psykiatri-2015.pdf>
- Sørensen, O. H. (2008). *Arbejdets kerne: Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund.
- Theorell, T., Hammarstrom, A., Aronsson, G., Traskman Bendz, L., Grape, T., Hogstedt, C., . . . Hall, C. (2015). A systematic review including meta-analysis of work environment and depressive symptoms. *BMC Public Health*, 15, 738. doi:10.1186/s12889-015-1954-4
- Tims, M., Derks, D., & Bakker, A. (2016). Job crafting and its relationships with person-job fit and meaningfulness: A three-wave study. *Journal of Vocational Behavior*, 92, 44-53. doi:10.1016/j.jvb.2015.11.007
- Vikkelsø, S. (2005). Subtle redistribution of work, attention and risks: Electronic patient records and organisational consequences. *Scandinavian Journal of Information Systems*, 17(1), 3-30.
- Väänänen, A., & Toivanen, M. (2018). The challenge of tied autonomy for traditional work stress models. *Work & Stress*, 32(1), 1-5. doi:10.1080/02678373.2017.1415999
- Wiedemann, F. (2016). De offentligt ansatte sidder ikke og surmuler, Ove Kaj Pedersen! Tilgået fra <http://politiken.dk/debat/kroniken/ECE3208045/de-offentligt-ansatte-sidder-ikke-og-surmuler-ove-kaj-pedersen/>
- Willig, R. (2015). *Kritikkens u-vending: En diagnose af forvandlingen fra samfundskritik til selvkritik* (3. udgave). København: Hans Reitzel.

**Malene Friis Andersen**, Forsker, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)  
e-mail: mfa@nfa.dk

**Jeppe Ajslev**, Seniorforsker, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA)  
e-mail: jza@nfa.dk

**Lene Tanggaard**, Professor, Institut for Kommunikation og Psykologi,  
Aalborg Universitet  
e-mail: lenet@hum.aau.dk

**Peter Aske Svendsen**, Videnskabelig assistent, Det Nationale Forskningscenter  
for Arbejdsmiljø (NFA)  
e-mail: pea@nfa.dk