

Data og relationer i omsorgsarbejdet

Mellem datadrømme og virkelighed i kommunale sundhedsindsatser

Jonathan Hermansen, Niels Borch Rasmussen, Irina Papazu & Kasper Friis Rasmussen

Abstract

Mens data i årtier er blevet anvendt som ledelsesinformation i den offentlige sektor, er der på det seneste opstået et ønske om at anvende data til at understøtte og udvikle den professionelle opgaveløsning. Der mangler imidlertid viden om, hvordan og hvorvidt denne ambition realiseres i praksis, og det er her, denne artikel søger at bidrage. Vi undersøger denne ambition med udgangspunkt i praksis i et kommunalt sundhedscenter, der tilbyder indsatser for borgere med diabetes og demens. Ved brug af begrebsparret "bevise/forbedre" (eng: "proving/improving"), introduceret af STS-teoretiker Annemarie Mol (2006), undersøger vi først, i hvilken grad og hvordan velfærdsprofessionelle med borgerkontakt anvender data i praksis, og herefter hvad de professionelle forstår ved "data" i relation til deres arbejde, samt hvorvidt det oplevede behov for at anvende data overhovedet vækker genklang blandt medarbejderne. Analysen viser, at data i form af statistik og "gode historier" anvendes til at "føre bevis" for sundhedscentrets aktiviteter opadtil i forvaltningen og udadtil blandt kommunens borgere. Sundhedscentrets fagsystem anvendes som platform for journalisering og koordinering af kollegialt samarbejde, mens oplysninger, som indgår i den professionelle opgaveløsning, primært indsamles fra samtaler med borgeren; disse oplysninger opleves imidlertid ikke som "data" i streng forstand. Selv om sundhedscentrets ledelse giver udtryk for et potentiale i at anvende data til at forbedre opgaveløsningen, kan professionelle med borgerkontakt ikke genkende et sådant, da de ønsker at fokusere på mødet med den enkelte borger.

Keywords: omsorgsarbejde, data, datastyring, ledelse, velfærdsprofessionelles arbejde

Indledning

I et kommunalt sundhedscenter, der blandt andet råder over tilbud inden for rygestop, diabetesrehabilitering og demens, har medarbejderne svært ved at se værdien af data i deres arbejde med borgerne:

"Meget af tiden, så gør det [data] ingen forskel for, hvordan jeg løser min opgave den dag. Vi

går faktisk ikke ind og læser alt muligt om borgerne, når vi får dem, for vi skal egentlig ikke vide mere end højst nødvendigt. Det er rigeligt for os at vide, at der er tale om demens, og at mit hold er det tilbud, der er vurderet som det bedste" (Interview 5).

Data fylder ellers meget i den offentlige sektor i dag. Der knytter sig store håb til de

nye muligheder, der tilbydes af algoritmer, automatiseret sagsbehandling og ledelsesinformationssystemer, som bearbejder data for at effektivisere og forbedre offentlige serviceydelser og arbejdsgange. Siden 1980'erne har styringen i den offentlige sektor i stigende grad været baseret på performanceindikatorer, hvor data indsamles på driftsniveauet, for at ledere kan kontrollere decentrale enheders aktiviteter, regeloverholdelse og produktivitet (se f.eks. Børgesen, 2018; Rod & Jöhncke, 2015; Shore & Wright, 2015; Høyer & Bødker, 2020). Den udbredte brug af performancestyring har skabt den velkendte problematik, at tiden, der bruges til at dokumentere, tages fra det egentlige velfærdsarbejde. Kritikken er, at dokumentation måske nok understøtter styringsniveauet, men ikke nødvendigvis det velfærdsprofessionelle arbejde (Sauzet et al., 2020).

Som reaktion herpå har man i de senere år set et nybrud i fremstillingen af formålet med brug af data i den offentlige sektor (Ledelseskommisionen, 2018; KL, 2019, 2020, 2021, 2022). Det anses nu for afgørende, at arbejdet med data giver mening for medarbejdere i deres praksis og bidrager til at understøtte opgaveløsningen. Denne nytænkning blev tydelig i Ledelseskommisionens rapport fra 2018, hvori det fremgår, at forvaltninger har en "særlig forpligtelse" til at arbejde med data for at bidrage med viden om effekten af velfærdsydelser og "præsentere dem for det borgernære driftsniveau med henblik på refleksion over, hvad der kan gøres for at forbedre resultaterne for borgerne" (s. 43). Kommunernes seneste datastrategi (KL, 2022) fremhæver endvidere vigtigheden af at opbygge en "datakultur", og at "data skal [...] styrke medarbejdernes opgaveløsning" ved at "integreres" i kerneopgaven (KL, 2020).

Der er imidlertid to bemærkelsesværdige træk ved den måde, datas potentiale præsenteres i den forvaltningspolitiske debat. *For det første* forbliver debatten på et abstrakt

niveau, uden at det tydeliggøres, hvordan data i praksis skal anvendes til at udvikle den professionelle opgaveløsning. Debatten giver intet konkret indblik i, *hvordan* arbejdet med data foregår eller bør foregå i praksis. Også i den akademiske litteratur er der sparsomt med studier af, hvordan ledere og professionelle anvender data til at kvalitetsudvikle opgaveløsningen (for undtagelser se Høybye-Mortensen, 2015; Høybye-Mortensen & Ejbye-Ernst, 2019). Vi ved derfor meget lidt om, hvordan data rent praktisk anvendes i den offentlige sektor.

Det er *for det andet* slående, at næsten alle bidrag til debatten er skrevet af offentlige chefer, konsulenter eller akademikere inden for ledelse og forvaltning. I debatten om at data skal "give mening" på det borgernære driftsniveau, mangler der således bidrag fra netop de professionelle, der leverer de offentlige velfærdsydelser. Helt fundamentale spørgsmål står derfor hen i det uvisse, herunder *hvorvidt* velfærdsprofessionelle genkender potentialet i at arbejde datainformeret, og *i hvilken grad* det allerede praktiseres.

Et sådant praksisorienteret perspektiv fra de professionelle er dermed nødvendigt i bestræbelserne på at fremme en datainformeret offentlig sektor og forstå, hvor vi står i dag. Studier, der indfanger professionelles erfaringer med at anvende data i deres arbejde og deres forståelser for, hvad databegrebet i det hele taget rummer og potentielt kan bidrage med i deres arbejdsliv, kan således bidrage til at bringe den forvaltningspolitiske debat "ned" på det, Ledelseskommisionen kalder "det borgernære driftsniveau". Formålet med denne artikel er derfor at undersøge, *i hvilken grad og hvordan velfærdsprofessionelle med borgerkontakt anvender data i praksis, hvordan de professionelle forstår databegrebet i relation til deres arbejde, og hvorvidt det postulerede potentiale i at anvende data vækker genklang blandt medarbejderne.*

Professionelles opfattelser og brug af data varierer givetvis afhængigt af kontekst og velfærdsområde. Artiklens undersøgelse er baseret på indsatser for demens og diabetes i et kommunalt sundhedscenter; begge kroniske sygdomme, der ikke kan helbredes. Der er derfor snarere end behandling tale om et kontinuerligt kommunalt omsorgsarbejde. Som filosof og etnograf inden for videnskabs- og teknologistudier (STS) Annemarie Mol skriver om kroniske tilstande, så kan "gode interventioner meget vel tilvejebringe substantielle forbedringer, men de kan ikke helbrede. Det rejser spørgsmålet om, hvad "substantielle forbedringer" betyder. Hvilke forbedringer skal vi stræbe efter, hvis helbredelse ikke er opnåelig?" (2006, s. 406; egen oversættelse). Citatet giver anledning til spørgsmål om, hvad man kan forvente sig af data i indsatser, hvor mål ikke er ens for alle borgere i forløb, men knyttes til hver enkelt borgers livssituation. Når det gælder ikke-kroniske sygdomme og f.eks. rygestoptilbud, kan man stille imod helbredelse og opstille kriterier for registrering af effekten af behandlingen (blev patienten rask/holdt borgeren op med at ryge? Ja/nej) under hensyntagen til prædefinerede faktorer som antallet af besøg i sundhedscentret og længden af behandlingen. Her vil man formentlig kunne anvende data til at "forbedre resultaterne for borgerne" (Ledelseskommissionen, 2018, s. 43).

Men med afsæt i Mols begreb om "god omsorg" som en lokal og situationsspecifik praksis, hvis kvalitet ikke lader sig sætte på formel (Mol, 2006, s. 408), er det uklart, hvad der tæller som et objektivt "godt" resultat, og hvilke succeskriterier der kan opstilles for sundhedsindsatsen. Ambitionerne omkring arbejdet med data trækker spor ind i det kliniske sundhedssparadigme, der lægger vægt på data som grundlag for evidensbaseret viden. Som Mol bemærker, og som vi vil uddybe i det følgende, kommer evidens imidlertid til

kort, når det kommer til ambitionen om at sikre "god omsorg" (Mol, 2006, s. 406).

Artiklen tager udgangspunkt i dette potentielle modsætningsforhold mellem de politiske og ledelsesmæssige ambitioner om at anvende data i opgaveløsningen på den ene side og de velfærdsprofessionelles praktiske erfaringer på den anden. I vores empiriske materiale møder vi medarbejdere, der på den ene side fokuserer på mødet med borgeren, men som samtidig ønsker sig bedre registreringssystemer og anerkender datas potentiale for at forbedre koordinering mellem teams. Vi ser desuden en leder, der har blik for sine medarbejders opgavevaretagelse, med eller uden registrering og anvendelse af data. Disse nuancer beskrives i analysen, som anvender begrebsparret "proving/improving" (herefter bevise/forbedre) (Mol, 2006) til at begrebsliggøre de muligheder og begrænsninger, der ligger i sundhedscenterets anvendelse og forståelse af data. Mens lederen er optaget af at bruge data til at *bevise*, at centerets tilbud virker og forsøger at konstruere en fortælling om effektivitet ved hjælp af data, oplever lederen medarbejderne som ængstelige og skeptiske over for datas muligheder, samtidig med at de arbejder på at *forbedre* både deres arbejde med borgeren og deres indbyrdes samarbejde.

Teoretisk baggrund

Perspektiver fra litteraturen

De seneste års teknologiske udvikling har muliggjort omsættelsen af fagprofessionelles arbejde til data, der indgår i diverse fagsystemer for at understøtte det professionelle skøn, beslutningstagen og samarbejde. Adskillige undersøgelser, særligt inden for videnskabs- og teknologistudier (STS) og kritiske datastudier, har imidlertid påpeget, at teknologiernes løfter om øget effektivitet og rationalitet i

arbejdet ofte ikke realiseres i praksis. Disse studier har endvidere påpeget, at ikke bare anvendelsen af data men også databegrebet i sig selv er en kompleks størrelse. En meningsfuld forståelse og definition af data i dette situerede perspektiv kræver, at man har blik for konteksten og de oversættelser og forhandlinger, der finder sted mellem forskellige institutioner, faggrupper og systemer. I denne forståelse er data ikke "rå" (Gitelman, 2013) eller objektive (Høyer & Winthereik, 2019), men der opnår kun mening i kraft af datas indlejring i komplekse systemer, infrastrukturer og konkrete situationer. Det er dermed ikke muligt at lade undersøgelsen tage udgangspunkt i én på forhånd bestemt definition af, hvad data er. Afdækningen af hvad der forstås som data i den konkrete situation, er for os et centralt og i udgangspunktet åbent element af undersøgelsen, og det vil næppe være muligt at finde ét klart svar herpå (se Mol, 2002).

I et etnografisk studie fra 2021 undersøger Cruz, hvordan data anvendes i praksis af sundhedsprofessionelle i diabetesindsatser. Hun skelner her mellem et udefra- og et indefra-perspektiv på studier af dataanvendelse i organisationer. Førstnævnte er kendetegnet ved undersøgelser af, hvordan organisationer "udefra" pålægges at anvende data. Her er det analytiske fokus på styring, standardisering, design og konsekvenserne af en top-down tilgang til "dataficeringen" af organisationer. Indefra-perspektivet tager derimod et mere "intimt" udgangspunkt i, hvordan arbejdet med data udfolder sig og opleves i praksis internt i organisationen. Dette er også formålet med vores studie.

Ser man på den nordiske litteratur om brugen af data i den offentlige sektor, er der, ligesom Cruz påpeger inden for en amerikansk-orienteret kontekst, en overvægt af studier fra et udefra-perspektiv. Nogle studier anlægger et *ledelses*orienteret perspektiv og fokuserer på de professionelles ændrede

arbejdsbetingelser. De peger på, at begrænsede IT-kundskaber blandt de fagprofessionelle kan skabe problemer (Nygren, 2012); at faggrupper kan modsætte sig brugen af nye teknologier, hvis de oplever, at deres professionelle roller og arbejdsopgaver ændres i uhensigtsmæssig retning (Plesner & Raviola, 2016); eller at medarbejdere kan opleve, at deres faglighed kommer under pres eller ikke respekteres (Nygren, 2012). Andre studier påpeger, hvordan fagsystemernes tekniske begrænsninger kan vanskeliggøre meningsfuld brug af data i mødet med borgeren og samspillet mellem kolleger (Bentzon & Rosenberg, 2021). Der er her fokus på *design*, hvilket ifølge Cruz' kategorisering også hører til udefra-perspektivet. Andre studier fokuserer på udfordringer i den organisatoriske virkelighed, teknologierne implementeres i. Winthereik og Vikkelsø (2005) har f.eks. fundet, at *standardisering* af behandling vha. øget brug af data kan medføre øget bureaukrati i sundhedsvæsenet, da standardisering igennem data nødvendiggør flere oversættelser af oplysninger om borgerne på tværs af systemer og professioner, når komplicerede forløb skal tilpasses prædefinerede rammer. Dertil kommer forskning, der påpeger, at mange aspekter af datainformeret eller datadrevet arbejde i sundhedsvæsenet stadig er kendetegnet af forhåbninger snarere end realiteter (Høyer, 2019). Derfor bliver både diskussion og praksis let reduceret til et spørgsmål om at indsamle og registrere oplysninger i fagsystemer som de første spæde skridt imod en datadrevet praksis. Wadmann et al. finder f.eks., at dette øgede fokus på dokumentation kan opleves som kontrol frem for understøttelse af den professionelle beslutningstagen (2019; se også Høybye-Mortensen, 2015; Høyer & Wadmann, 2020; Christensen & Madsen, 2018). Dette illustrerer endvidere datas potentiale som *styrings-* og *evalueringsregnskab* (Høyer, Bauer & Pickersgill, 2019) og at data ikke bare er en neutral hjælpende hånd til

de professionelle, men potentielt et potent politisk redskab (Jensen, 2018).

Kendetegnende for disse studier er et fokus på, hvordan teknologier, initiativer, krav og forventninger til brug af data påvirker organisationer og professionelles arbejde. Langt mindre belyst er de perspektiver på data-anvendelse, der opstår i professionel praksis, ikke mindst i mødet med borgeren; det, som Cruz kalder indefra-perspektivet (2021). Vi undersøger derfor, hvordan og i hvilket omfang velfærdsprofessionelle oplever at anvende data i praksis, hvilke forestillinger om "data" de har i relation til deres arbejde, og hvorvidt de oplever data som et meningsfuldt værktøj til at løse deres arbejdsopgaver. Analysen har samtidig også et blik på lederen af sundhedscentret, der udgør en væsentlig kontekst for analysen, da lederens ambitioner er med til at forme medarbejdernes oplevelser med og forestillinger om data. Dermed har vores undersøgelse også elementer af udefra-perspektivet, omend artiklens primære bidrag er den praksisorienterede tilgang til det potentielt datainformerede arbejde i mødet mellem borger og velfærdsprofessionel.

Teoretisk ramme

Vores fokus på den praktiske anvendelse af data i velfærdsprofessionelles arbejde samt i organisatorisk praksis understøttes teoretisk af begrebsparret "bevise/forbedre", som Mol introducerer i artiklen *Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection* (2006). Her diskuterer hun to strategier for forskningsbaseret vidensproduktion på sundhedsområdet: bevise og forbedre. Disse to strategier indfanger den centrale spænding, vi identificerer i vores datamateriale; nemlig at dataorienteringen i professionsudøvelsen lægger op til en evidensbaseret tilgang til arbejdet, som de sundhedsprofessionelle ikke genkender sig selv, deres patienter eller deres arbejde i.

Den evidensbaserede tilgang har rødder i den kliniske sundhedsvidenskab og har til formål at "bevise" effekten af en given behandling gennem kliniske forsøg. Der er en grundlæggende tro på objektive løsninger, der rækker ud over den enkelte fagprofessionelles viden, erfaring og kontekst (Jørgensen, 2020). Selv om evidensbaseret forskning står centralt i sundhedsprofessionerne, argumenterer Mol (2006) for, at evidensbaseret viden ikke er den eneste form for viden, sundhedsprofessionelle har brug for. Særligt når det gælder kroniske sygdomme, hvor målet ikke er at færdigbehandle patienten, er der behov for alternative strategier for, hvordan sundhedsprofessionelle yder behandling og omsorg. Omsorg opstår i relationen mellem behandler og borger og forhandles fra møde til møde, eftersom hvad der er god behandling og omsorg i den ene sammenhæng og i den ene borgers situation, ikke nødvendigvis er det for den anden. Når behandleren citeret i indledningen udtaler, at "vi skal egentlig ikke vide mere om borgeren end højst nødvendigt", udtrykkes en bevidsthed om denne omsorgsrelation og et ønske om at møde borgeren i-sig-selv, ikke borgerens abstrakte "data-double" (Lupton, 2012). Det er imidlertid ikke det, der lægges op til, når der fra bl.a. Ledelseskommissionens side drømmes om en datainformeret professionsudøvelse, hvor data har reel indflydelse på de velfærdsprofessionelles arbejde.

Mols argument er altså, at der er behov for anerkendelse af alternative vidensformer, som, i stedet for at bevise effekten af en given behandling, er møntet på at forbedre den eksisterende indsats; den omsorg der gives. Med begrebet "forbedre" opfordrer Mol til, at sundhedsprofessionelle i højere grad reflekterer over, hvordan deres omsorgspraksis kan udvikles. Begrebsparret bevise/forbedre handler således om, hvilken form for viden, der er relevant for at varetage en specifik opgave. I analysen anvender vi begrebsparret

til at tematisere det modsætningsforhold, vi har identificeret i vores datamateriale mellem ledelsens efterspørgsel efter data, der beviser effekter og resultater af sundhedsindsatser, og sundhedsprofessionelles orientering mod data, der er relevant i arbejdet med at forbedre patienters individuelle livssituation.

Casebeskrivelse

Undersøgelsen tager udgangspunkt i et samarbejde med et sundhedscenter i Region Hovedstaden. Sundhedscentret har arbejdet med at anvende data i den professionelle opgaveløsning, men har ambitioner om at løfte indsatsen yderligere, så medarbejderne i højere grad oplever, at dataarbejdet integreres i deres hverdag. Sundhedscenteret er ikke en ekstrem case, men er valgt for at give et billede af, hvilke erfaringer medarbejdere i et hjørne af den offentlige sektor har med at ændre egen praksis ved at bruge data i større udstrækning end hidtil; og hvis denne databrug endnu ikke er udbredt, hvilke samtaler, forestillinger og begyndende datainformerende praksisser der da er på spil i casen. Da der som nævnt findes meget få beskrivelser af, hvordan data konkret anvendes i mødet mellem velfærdsprofessionel og borger, er det vanskeligt at fastslå, hvorvidt medarbejderne i sundhedscenteret arbejder mere eller mindre systematisk med data end professionelle i tilsvarende funktioner i andre kommuner. Til gengæld giver empirien et indblik i en praksis, hvor der er en udtalt ledelsesmæssig og politisk ambition om at øge anvendelsen af data.

Sundhedscentret er de seneste ti år vokset til tredobbelt størrelse. Vokseværket er led i en national omstrukturering af sundhedssystemet, da man i forsøg på at lette presset på hospitalerne har overført opgaver til kommunale sundhedscentre, hvilket samtidig har flyttet flere ressourcer til forebyggende indsatser. Type 2-diabetes er en af de livsstils-

sygdomme, der fylder meget i omstillingen til forebyggende indsatser. Antallet af borgere, der diagnosticeres med type 2-diabetes, er næsten fordoblet det seneste årti (Sundhedsstyrelsen, 2017, 2021), og indsatsen er en vigtig brik i kommunens forebyggende arbejde, da diabetespatienter er i risiko for at udvikle behandlingskrævende følgesygdomme, hvis sygdommen ikke kontrolleres. Formålet med sundhedscentrets diabetesindsats er at "at styrke borgerens egen evne til at leve et sundt liv med diabetes" (internt dokument). Sundhedscenterets diabetesteam består af en diætist, to sygeplejersker og to fysioterapeuter. Indsatsen for diabetesrehabilitering består af tre trin: 1) den afklarende samtale, 2) aktiviteter i forløbet og 3) den afsluttende samtale. For hvert diabetesforløb udarbejdes en individuel plan, der indeholder specifikke mål angående f.eks. vægttab, ændrede kostvaner eller motion, der ønskes indfriet inden forløbets afslutning. Der er dermed et element af målstyring i diabetesindsatsen, men da alle planer er individuelle, kan data ikke umiddelbart sammenlignes og aggregeres på tværs af enheder og patienter.

Dertil kommer demensindsatsen under Sundhedscentret, som er et tilbud målrettet borgere med demens på et tidligt stadie, som fortsat bor i eget hjem. Sundhedscentret råder over en række aktiviteter, bl.a. fysisk træning, kreative aktiviteter, kognitiv stimulering og rådgivning til pårørende. Demensindsatsen er bemandet af en koordinator, som visiterer borgere til indsatsen, og to demenssygeplejersker. Demens er en fremadskridende lidelse, der normalt ikke findes behandling for, og formålet er derfor at tilbyde borgere med let til moderat demens aktiviteter i hverdagen samt støtte til ægtefælle og øvrige pårørende med aflastning i hverdagen samt rådgivning. I modsætning til diabetesindsatsen udarbejdes der ikke individuelle planer i demensindsatsen. Her stopper borgeren i stedet i indsatsen,

når lidelsen har nået et stadie med større plejebehov. Fælles for begge indsatser er, at der er en udtalt ledelsesmæssig ambition om at bruge data til at informere medarbejdernes opgaveløsning.

Metode

Efter indledende samtaler med sundhedscentrets ledelse blev seks sundhedsprofessionelle med borgerkontakt udpeget som interviewpersoner, og derudover interviewede vi også lederen af sundhedscentret. Alle interviews blev gennemført marts-april 2021.

Interviewene blev gennemført online af hensyn til de da gældende covid-19-restriktioner og varede hver omkring en time. Forud for interviewene afholdtes et fælles online møde, hvor de fagprofessionelle kunne stille spørgsmål til de praktiske omstændigheder for interviewene, undersøgelsens formål og den efterfølgende anvendelse af interviewene.

Det fagprofessionelle arbejde i sundhedssektoren er præget af komplekse samarbejdsrelationer mellem forskellige teams, institu-

tioner og forvaltninger, der kan variere fra en kommune til en anden. Vi har derfor læst lokale handlingsplaner og styringsdokumenter for at sikre et kendskab til den specifikke organisatoriske kontekst, de fagprofessionelle navigerer i. Dokumenterne omfatter forløbsbeskrivelser for rehabilitering, arbejdsgangsbeskrivelser for undervisning i kommunen, samtalemanualer samt initiativbeskrivelse af screening. Dokumenterne er ikke offentligt tilgængelige, men er rekvireret efter dialog med en ledende medarbejder som baggrundsbeskrivelse til forståelse af professionsudøvelsen i sundhedscentret og kvalificering af interviewguiden.

Da analysens formål er at bidrage med et indefra-perspektiv (Cruz, 2021) på medarbejdernes praksis, udarbejdede vi en tematisk interviewguide, som tillod informanterne at udfolde, hvad de selv forstår ved begrebet "data". De øvrige tematikker var orienteret mod praksis og omhandlede "databrug i praksis", "samarbejde om databrug", "ledelse og databrug" og "udvikling i databrug". Det primære sigte med interviewene var at få informanterne til at beskrive konkrete, prak-

Interview	Uddannelsesbaggrund* – arbejdsområde
1	Sygeplejerske – Centerleder
2	Sygeplejerske - Diabetes og Demens
3	Sygeplejerske – Diabetes
4	Diætist – Diabetes
5	Audiologopæd - Demens
6	Sygeplejerske - Demens
7	Sygeplejerske - Demens

* Interviewpersonernes første sundhedsfaglige uddannelse er angivet. Flere har taget videreuddannelser, som ikke fremgår for at sikre sundhedscentrets og medarbejdernes anonymitet.

Tabel 1: overblik over interviewpersoner.

sisnære situationer og oplevelser, der relaterer sig til, hvordan de udfører deres arbejde, og hvordan data spiller ind i opgavevaretagelsen, hvis overhovedet. Derfor centrerede størstedelen af samtalen i interviewene sig om konkrete eksempler, informanterne kunne komme i tanker om i relation til temaerne.

I den efterfølgende databehandling blev optagelserne transskriberet, gennemlæst og kodet separat af hver af forfatterne i NVivo. Vi har drøftet kodningerne og sammenfattet vores fund gennem overordnede meningskategoriseringer (se Kvale, 1997). Den induktive kodning identificerede en række overordnede temaer (såsom "data-samarbejde", "ledelse med data" og "udvikling i databrug"), som analysen vil komme ind på gennem en to-delt struktur, hvor først centerlederens og herefter de fagprofessionelles erfaringer med, reservationer omkring og forestillinger om brugen af data i arbejdet udfoldes. Vi har fravalgt eksempler og citater fra beskrivelser af arbejdsgange, der ikke relaterer sig til brugen af data, medmindre disse eksplicit sættes i forbindelse med eller i kontrast til databrug af informanten. Vi har som nævnt ikke taget udgangspunkt i én bestemt forståelse af data, og derfor anser vi enhver reference til data som potentielt relevant for analysen, selv hvis denne ikke er i overensstemmelse med, hvad vi, Ledelseskommissionen eller den akademiske litteratur måtte kategorisere som data i streng forstand.

Analyse

Centerlederens perspektiv

Centerlederens baggrund for anvendelsen af data peger i to retninger: Data anvendes på den ene side i afrapporteringen til det kommunalpolitiske udvalg, som sundhedscentret hører under. På den anden side ønsker centerlederen, at data skal være omdrejningspunkt

for hendes ledelse af sine medarbejdere. Lederen giver dermed udtryk for en forståelse af, at data på én og samme tid kan fungere som redskab til at "bevise" og "forbedre" arbejdet i det kommunale sundhedscenter. Disse to retninger for databrug i kommunal ledelse udfolder vi herunder.

Data som omdrejningspunkt for afrapportering

Afrapporteringen til det kommunalpolitiske udvalg sker i form af en årlig rapport, hvor sundhedscentrets aktiviteter og nøgletal beskrives. Denne afrapportering er afgrænset til basale data om de borgere, der i løbet af året har været tilknyttet aktiviteter i sundhedscentret. Selv om centerchefen hverken møder modstand eller får særlige ønsker fra kommunaludvalget angående afrapporteringen, er hun ikke selv tilfreds med de data, som den nuværende afrapporteringspraksis beror på: "Egentlig synes jeg ikke, det er særlig interessant. Jeg synes, det er meget mere interessant at se, hvor mange der har *fået noget ud af vores tilbud*" (Interview 1). Trods rapportens utilfredsstillende indhold anerkender lederen den politiske vigtighed af afrapporteringen, da data kan bruges til at "bevise" relevansen af sundhedscenterets arbejde. Denne bevisførelse er væsentlig, da kommunen ikke er lovmæssigt forpligtet til at levere disse ydelser. For centerlederen er det derfor afgørende at kunne vise, at sundhedscentrets tilbud skaber værdi for kommunens borgere, da de ellers kan risikere lukning.

"Der er en sårbarhed i det og en brændende platform i at få data til at fortælle de gode historier. Det er derfor, jeg løber sådan efter det. [...] Mit område er afhængigt af at fortælle den gode historie for at overleve. Ved et kommunalvalg kan der jo komme nogle andre ind og synes noget andet" (Interview 1).

Som centerlederen beskriver, ser hun data indgå som en løbende del af en "bevisførelse" til fordel for sundhedscentret. Ifølge hende giver de data, som politikerne for nuværende præsenteres for, muligvis et retvisende billede af centrets aktiviteter, men de fortæller kun en lille del af sandheden. Hun ønsker sig derfor flere data til afrapporteringen:

"Det er ret krævende at få [data] ind på alle områder. Men det vil jeg gerne. Jeg presser lidt på for at få hjælp til det, for det er ikke noget, vi kan klare selv. [...] Altså, der skal være nogen, der har forstand på at sætte det op i vores fagsystemer, så vi kan trække det ud den vej igennem. Det, vi gjorde med rygestop[-indsatsen], var, at vi fik nogle puljemidler til at lave et kvalitetsløft på området. Så vi fik en ordentlig vitaminindsprøjtning i form af penge og en medarbejder, som virkelig gik hardcore efter de der data" (Interview 1).

Centerlederen efterspørger ressourcer til at dokumentere værdien og effekten af centrets arbejde. Det vigtigste, uddyber hun, er ikke, om data består af tal eller tekst, men selve omfanget af data og muligheden for at synliggøre sundhedscentrets aktiviteter over for beslutningstagerne. Forestillingen om, at sundhedscentret lever en prekær tilværelse, er medvirkende til, at centerlederen efterspørger flere data, der kan dokumentere sundhedscentrets resultater. Netop dette er lykkedes i centrets rygestopindsats, der ikke alene dokumenterer aktiviteter men også effekter i form af hvor mange borgere, der fastholder rygestoppet efter seks måneder. Erfaringen er således, at data både kan anvendes til at "forbedre" og "bevise" værdien af indsatsen, og det er på denne baggrund, at centerlederens ambitioner om at anvende data i diabetes- og demensindsatsen skal forstås. I lederens optik er udfordringen ikke, at indsatserne for diabetes og demens er vanskelige at måle, men er i stedet det simple forhold, at der mangler

ressourcer til at etablere arbejdet med data. Medarbejdernes perspektiv på dette vil fremgå senere i analysen.

Data som omdrejningspunkt for faglig ledelse

Centerlederen beskriver endvidere, hvordan hun bruger politikernes tilbagemeldinger på afrapporteringen til at motivere sine medarbejdere:

"Vi viser resultaterne for politikerne. Det er jo vores øverste ledelse, der ser deres arbejde, og hvilken frugt det har givet. Og den feedback får medarbejderne lige tilbage. 'Nu skal I høre, politikerne sagde: Ih hvor er det flot arbejde, det er så flot, og de er så glade for at se de her resultater'. Det betyder rigtig meget, den opmærksomhed på deres arbejde" (Interview 1).

Centerlederen laver en tydelig kobling mellem anvendelsen af data til at legitimere sundhedscentret opad i systemet og hendes ledelse af sine medarbejdere, hvor data gøres til omdrejningspunkt for en anerkendende tilgang. "Beviserne" for værdien af medarbejdernes indsats forbliver altså ikke passiv dokumentation, men gøres til et centralt ledelsesværktøj:

"Det med, at man kan tale ind i deres faglighed og oprigtigt interesseret ind i deres arbejde, det betyder noget for deres arbejdsmiljø. Jeg kan jo godt sige, at det er en dejlig måde, de møder borgerne på. [...] Men det er ikke det, der motiverer en klinisk diætist eller en rygestoprådgiver. Det er, at de er smadder gode til at få folk til at holde op med at ryge eller til at tage sig, eller hvad det måtte være" (Interview 1).

For centerlederen giver datagrundlaget, hvor begrænset det end er, mulighed for at betone

det faglige indhold og værdien af medarbejdernes arbejde. Data giver hende indsigt i opgaveløsningen, hvilket gør hende i stand til at bedrive en fagligt orienteret ledelse af det professionelle arbejde. Lederen mener altså, at de anvendte data både "beviser" den faglige værdi af arbejdet over for medarbejderne selv og samtidig kan bruges til at "forbedre" arbejdet.

Datas potentiale for at blotlægge svagheder i det udførte arbejde er imidlertid en udfordring, da resultatmålingen gør medarbejderne utrygge. De er bevidste om, at data også er et styrings- og evalueringsregnskab (Høyer, Bauer & Pickersgill, 2019) og ikke bare et anerkendelsesværktøj. Centerlederen må derfor imødekomme denne utryghed:

"Det kræver godt ledelsesarbejde, for det er utrygt i starten: 'Hvad har hun af agendaer? Er jeg god nok? Ryger jeg ud?'. Jeg har jo også den ret. Så kan man godt blive nervøs. [...] Så det kræver meget ledelse og dialog at vise, at man vil bruge data konstruktivt. Tage frygten: 'Hvad bekymrer du dig for? Hvad er det for en frygt?', og mane den i jorden" (Interview 1).

Centerlederen må gå en ledelsesmæssig balancegang baseret på dialog og ærlig kommunikation, så medarbejderne ikke oplever, at data bruges til at kontrollere deres arbejde. Men samtidig skal data hjælpe leder og medarbejdere med at "forbedre" opgaveløsningen. Lederen giver udtryk for en forestilling om, at leder og medarbejdere skal indgå i et samarbejde, hvor lederen, guidet af data, hjælper medarbejderen med at lykkes med sine opgaver, samtidig med at hun må håndtere medarbejdernes utryghed og frygt for at blive benchmarket. Lederens afvisning af at bruge data som et mere kontant evaluerings- og styringsredskab (hun vil i stedet "bruge data konstruktivt"), der potentielt kunne lede til justeringer eller fyringer, kan imidlertid synes overraskende, da hun omfavner datas

evne til både at "bevise" værdien af og "forbedre" de fagprofessionelles arbejde.

De konkrete erfaringer med data, som centerlederen henviser til, er fra sundhedscen-
trets rygestopindsats, et samarbejde mellem en række kommuner i Region Hovedstaden, hvor der systematisk følges op på kursisters rygestop seks måneder efter afsluttet forløb. Indsatser for diabetikere og demente borgere har dog ikke samme entydige og målbare succeskriterier. Centerlederen har ambitioner om at styrke indsamlingen af data og brugen af evalueringsmål også på disse områder. Den største udfordring hidtil har imidlertid været, at det ikke er lykkedes at anvende sundhedscen-
trets fagsystem, CURA, til at understøtte dataindsamling.

"Kommunen har købt et fagsystem, som bliver udviklet hen ad vejen. Vi har haft CURA i snart tre år, og vi er først nu ved at arbejde med, hvordan vi får data ud af systemet. [...] De data, vi får ud, stritter i tusinde retninger, fordi folk tikker af i de forkerte bokse og sådan. Og det er jo helt naturligt, når de får et nyt fagsystem. Jeg synes bare, det er længe, at der skal gå tre år. [...] Så får man lyst til bare lige at gøre det i et Excel-ark, ikke?" (Interview 1).

Centerlederen mener, at den fornødne infrastruktur i princippet er til stede, men ærgres over, at fagsystemet stadig ikke understøtter arbejdet, bl.a. fordi det vil kræve en større ændring af medarbejdernes registreringspraksis. Det vil kræve kompetencer og ressourcer at producere og omsætte data om aktiviteterne til brugbar information, og da dette ikke er en del af kerneopgaven, har centeret brug for hjælp fra kommunen til at udnytte de muligheder, der er i fagsystemet. Herved illustreres en af udfordringerne ved KL's (2020) ambition om at integrere data i kerneopgaven, idet selve arbejdet med data kræver ressourcer, som enten må tilføres området eller tages fra varetagelsen af netop kerneopgaven. Denne

grundlæggende uklarhed omkring systemets formåen betyder, at centerlederens forventninger om et mere datainformeret arbejde – der indbefatter parallelle ønsker om både at "forbedre" kvaliteten i arbejdet og "bevise" dets værdi – ikke for nuværende kan realiseres i praksis.

De fagprofessionelles perspektiver på data

I interviewene med de fagprofessionelle indledte vi med at spørge, hvad medarbejderne forstår ved data i deres arbejde. Spørgsmålet havde til formål at fremkalde medarbejdernes associationer til data, så eventuelle interne forskelligheder i deres opfattelse af begrebet eller uoverensstemmelser med ledelsens dataforståelse kunne komme til udtryk. Det viser sig, at de alle har en praksisnær forståelse af data som værende oplysninger af primært kvalitativ karakter, der giver indblik i den borger, de arbejder med. Her vises citater fra tre forskellige informanter:

"Jeg tænker, at data i virkeligheden er... en helt almindelig dag: Hvad tid står du op, hvad spiser du, hvad er klokken, hvad drikker du, og sådan? For at få et indtryk af, hvordan din hverdag ser ud... Så for mig er data mange ting. Jeg tror, jeg starter med at mappe, hvad jeg kan skrue på. Så det tror jeg, er det overordnede svar på, hvad data er. Det er ikke nødvendigvis et tal, men kan også være et indblik i en kontekst" (Interview 2).

"Så ved jeg ikke, om I kalder det data, men det er jo oplysninger om ting i hverdagen: Hvad det er, de spiser, hvad det er, de ønsker?... Altså, hvem er det, vi taler med? Det er meget vigtigt for mig at vide for at få et billede af, hvordan er deres hverdag og trivsel?" (Interview 3).

"Jamen det er vel de oplysninger, jeg skal indhente og de input, jeg skal bruge, for at jeg kan udføre mit arbejde for at lære den person, jeg skal tale med, lidt bedre at kende... Hvis jeg skal kigge på mit borgernære arbejde, er det det, jeg skal bruge for at kunne udføre min praksis" (Interview 4).

Citaterne giver et billede af, at data for sundhedscentrets professionelle i høj grad handler om at få indblik i borgerens "kontekst", "trivsel" og "hverdag" for at kunne hjælpe borgeren. Medarbejderne sidestiller således data med "oplysninger", som til alle tider er nødvendige for at lære det menneske at kende, som de sidder overfor – hvilket de beskriver som selve grundlaget for deres opgavevaretagelse. I denne forståelse omfatter data information, som er personbunden, kvalitativ og som "ikke nødvendigvis er tal".

Som nævnt er omsorgsarbejde en lokal og situationsbestemt praksis (Mol, 2006), og det er tydeligt, at medarbejdernes forståelse af data er formet af deres praksis. Dette står i kontrast til den mere gængse (omend naive; se Gitelman, 2013, s. 2) forestilling om data som "rå" numeriske punkter i et datasæt. De første to citater illustrerer da også en usikkerhed hos informanterne, om hvorvidt andre deler deres opfattelse af, hvad data er. Det ligger mellem linjerne, at de anerkender, at data også kan forstås mere snævert, hvor det kun er systematisk indsamlede oplysninger i talform, der tæller som "rigtige" data. Denne usikkerhed kan indikere, at der ikke er skabt en fælles forståelse i organisationen af, hvad arbejdet med data indbefatter; det, KL kalder en "datakultur" (2022). Usikkerheden kan imidlertid også indikere, at medarbejderne tvivler på, at den gængse forståelse af data vil kunne understøtte deres arbejde. Ifølge Rod og Jöhncke (2015) indebærer opsummeringen af det fagprofessionelle arbejde med data som kategoriseringer, at man "producerer en simplicitet" (2015, s. 52), der vil usynliggøre

og måske på sigt umuliggøre facetter af omsorgsarbejdet. Citaterne fra medarbejderne ville i så fald antyde, at der i deres usikkerhed ligger en mulig afstandtagen til denne simplicitet.

Datainfrastruktur som problemfyldt kommunikationsplatform

Den oprindelige ambition med fagsystemet CURA var, at det skulle anvendes til at foretage datatræk over sundhedscenterets forskellige områder:

“Jeg kan huske, hvordan der blev lovet guld og grønne skove, da man valgte CURA... Og jeg tænker, det er den samme snak, man hører i dag: ‘Det kommer’ og ‘Vi skal også lige justere ind’. Og så hele implementeringen: så er der nogen derude decentralt, der implementerer en arbejdsgang, og så får du jo kun de data, som man putter ind.” (Interview 4).

Det fremgår, at der længe har været ambitioner om at arbejde systematisk med data, og at man valgte netop CURA for at understøtte det arbejde. Forventningen til arbejdet med data var desuden, at det ikke ville kræve yderligere ressourcer, når det først var implementeret (se Wadmann et al., 2019). I sundhedscentrets enkelte afdelinger er systematisk indsamling af data imidlertid aldrig blevet integreret i arbejdsgangene, og den videndeling, som medarbejderne blev stillet i udsigt, har endnu ikke indfundet sig. Derimod påpeger flere, at de har udviklet egne rutiner for dataindsamling:

“Helt personligt har jeg en liste, hvor der er flere ting på, som CURA ikke kan give mig. Helt lavpraktisk er det et Excel-ark. [...] Så der har jeg altså lavet mit eget, for jeg har brug for et hurtigt overblik, når jeg skal sammensætte

det næste hold. [...] Jeg synes, det understøtter min koordinerende rolle” (Interview 2).

Medarbejdere på tværs af sundhedscentrets områder nævner, at de i fraværet af et fælles velfungerende system bruger egne, lavpraktiske løsninger som Excel-ark til at skabe overblik over borgere og aktiviteter. Dermed opstår hjemmelavede arbejdsgange og ad hoc-løsninger frem for den koordinerede registrering, som både medarbejdere og ledelse ønsker. Det er desuden de overordnede rammer for arbejdet, koordineringen af hold og samarbejdet med kolleger, som medarbejderne ønsker understøttet af data. I selve mødet med borgeren ses, som indikeret ovenfor, ikke det samme potentiale.

Tre år efter systemets indførelse anvendes CURA stadig primært som digital platform for journalisering og kommunikation mellem medarbejdere, og systemets praktiske funktion er dermed at understøtte den eksisterende måde at løse opgaver på. En koordinator beskriver:

“Selvom jeg er uddannet i 2010, har jeg jo været med til, at man har haft fysiske journaler, og jeg vil sige, at man kan jo godt bladre fra ende til anden. Men det skal man bruge mange ressourcer på. Måske skal du vandre hen i et gammelt arkiv, og så står den der ikke rigtigt. Det har CURA hjulpet godt på vej. Og der er også noget i, at jeg faktisk kan lave en henvendelse til en anden faggruppe i en anden organisation i CURA, uden jeg nødvendigvis behøver at vide, at det lige præcis er dig, jeg skal have fat i” (Interview 2).

De professionelle praksis har således udviklet sig fra analog til digital journalisering, men uden at det har medført egentlige datadrevne eller -informerede arbejdsgange. Som kommunikationsplatform er det desuden bemærkelsesværdigt, at flere informanter nævner, at der ligger et enormt arbejde i at udvikle

normer for, hvordan der skal kommunikeres mellem medarbejdere med kontakt til de samme borgere, samt hvilke oplysninger der skal understøtte samarbejdet:

“Vi bruger utrolig meget tid på at have møder om, hvordan vi skal bruge fagsystemet og på at forstå, hvordan det her fagsystem er bygget op. I forhold til hvad det giver af værdi i vores arbejde, som egentlig ikke er databaseret, men hands-on menneske til menneske, så er det uforholdsmæssig meget tid, vi bruger på at prøve at forstå, hvordan systemet skal bruges... Når der er så mange, der skal bruge det samme, så er man nødt til at ensrette nogle ting, og så klipper man en hæl og hakker en tå” (Interview 5).

Det store arbejde med fagsystemet består således i at udvikle normer og rutiner for at få CURA til at fungere som kommunikationsplatform. Medarbejderne må selv definere arbejdsgangene i systemet, hvilket er et omfattende koordineringsarbejde, der involverer forskellige grupper af sundhedsprofessionelle. Medarbejderne betragter det imidlertid ikke som en central del af deres arbejde at udarbejde normer for indsamling, indtastning og bearbejdning af data i et IT-system, og det betyder, at dataperspektivet let helt forsvinder ud af billedet. Desuden forekommer det, at den data, der trækkes fra systemet, er forældet, når det skal bruges, hvilket også er med til at svække tilliden til data:

“Hvis jeg kan se, der har været kontakt og problematikker før, er jeg også nødt til at spørge til, om det stadig er en udfordring. Ellers viderefører jeg bare gamle data. Det kan jo godt være, at det, der står i systemet, slet ikke er aktuelt. Så skal det jo ikke stå der som et nutidigt problem. Så gamle oplysninger skal også fjernes. Så man får det reelle billede, hvis nu en anden i teamet skulle slå borgeren op” (Interview 3).

Den mulige forekomst af utidssvarende eller urigtige data har den sideeffekt, at oplysningerne hverken opleves som anvendelige til at kunne ”bevise” værdien af eller ”forbedre” resultaterne af arbejdet. Flere professionelle oplever, at fagsystemet ikke kan understøtte deres arbejde, hvorfor de har udviklet alternative rutiner som supplement til arbejdsgangene i CURA:

“Det er nok mest over telefonen, vi koordinerer, fordi det går hurtigst. Risikoen for at der opstår for mange misforståelser, er også bare for stor. Så man kan ikke bare lade alt køre over systemer. Der er nødt til at være noget menneskelig kontakt” (Interview 6).

Informanten udtrykker skepsis over for et system, der skaber ”for mange misforståelser”. Som demenskoordinator oplever hun, at hendes arbejde nødvendiggør løbende koordinering og udveksling af oplysninger, og at det er lettere at kommunikere over telefonen end gennem et fagsystem, man har begrænset tillid til. I citatet kan der måske spores en generel modstand mod systemer, som truer med at erstatte menneskelig kontakt med skærmarbejde – såvel mellem kolleger som mellem professionelle og borgere. Det lader således til, at de fagprofessionelle primært selv indsamler relevante data i direkte kontakt med borgerne, mens fagsystemet anvendes sporadisk som digital kommunikationsplatform til at understøtte eksisterende praksis. Der er derimod ikke en egentlig praksis for, endsige samtale om, at indsamle og bearbejde data systematisk med henblik på at udvikle det professionelle arbejde.

Medarbejdernes forhåbninger og bekymringer omkring brug af data

Vi spurgte desuden medarbejderne, hvilke data der ville kunne udvikle deres arbejde, og

i givet fald hvordan de ville indsamle og bearbejde denne data. De sundhedsprofessionelle har generelt vanskeligt ved overhovedet at forestille sig data, som vil kunne understøtte deres opgaveløsning. For dem er det centralt at skabe en tæt relation til borgeren, da det er herigennem, de får de oplysninger, der er relevante for at løse deres opgaver. Her forklarer en medarbejder, hvilke data der er vigtige i hendes arbejde med demente borgere:

“Meget af tiden, så gør det [data] ingen forskel for, hvordan jeg løser min opgave den dag. Vi går faktisk ikke ind og læser alt muligt om borgerne, når vi får dem, for vi skal egentlig ikke vide mere end højst nødvendigt. Det er rigeligt for os at vide, at der er tale om demens, og at mit hold er det tilbud, der er vurderet som det bedste. [...] Og så observerer vi jo selv, fordi det, de har observeret i hjemmet, det er ikke nødvendigvis det, vi observerer, når vi har dem ude hos os. Så vi har brug for at få en føling med dem” (Interview 5).

Medarbejderen her går længere end til at afvise ideen om, at data vil kunne ”forbedre” hendes opgaveløsning. I tråd med Mol (2006) lægges der i omsorgsarbejdet vægt på den direkte og tætte relation til, ”følingen med”, borgeren. Data opfattes desuden som potentielt fejlbehæftede (”det, de har observeret i hjemmet, er ikke nødvendigvis det, vi observerer”), og der sker en afvisning af den kollektive vidensproduktion, der ellers kunne lægges til grund for mødet med borgeren: ”Vi går ikke ind og læser alt muligt”. Der er ingen tiltro til, at data kan bidrage til at ”forbedre” arbejdet med borgerne.

Informanterne blev desuden forelagt ideen om, at man i højere grad kunne arbejde med data, der måler, hvad borgeren får ud af indsatsen. En udbredt holdning var her, at man havde vanskeligt ved at forestille sig, hvordan man kunne måle værdien af det, borgerne fik ud af tilbuddene (se Wadmann et al., 2019).

Dette er i tråd med Mols spørgsmål: ”Hvilke forbedringer skal vi stræbe efter, hvis helbredelse ikke er opnåelig?” samt hendes understregning af, at ”resultatet” af eller målet med behandlingen må defineres i en forhandling, der gentages i hvert nyt møde mellem borger og behandler. Hvis det overordnede formål med indsatsen er uklart, hvordan kan data af den slags, der kan indtastes i et IT-system, så bidrage til at måle indsatsens værdi?

Som beskrevet ovenfor er formålet med diabetesindsatsen at hjælpe borgerne til at leve et godt liv med diabetes:

“Du kan jo godt have borgere, som ikke nødvendigvis får forbedret vægt eller diabetes, men det kan være, at de alligevel har fået det bedre. Og det er jo kvalitative ting, der er rigtigt svære at måle på. Og det, har jeg tænkt over, har været udfordringen i forhold til at arbejde med livsstil, at det faktisk er svært at måle på... Men det her kvalitative om, hvordan man har det, kunne jeg godt tænke mig, at der var mere fokus på. Ét er at kigge på vægt og blodprøver, men det har endnu større betydning, at du får noget mere livskvalitet i din dag. [...] Ja, at slutte fred med sin krop og sin vægt, og hvad det ellers kan være” (Interview 4).

For medarbejderen kan værdien af indsatsen ikke opgøres i tal. Dels er diabetesforløbene individuelt sammensat på baggrund af borgerens situation og individuelle ønsker, og dels er der tale om ”kvalitative ting, der er svære at måle på”. Da indsatsen tager udgangspunkt i den enkelte borger, opfattes det ikke som meningsfuldt at opstille indikatorer for effekten af indsatsen. Betoningen af begrænsningerne ved at bruge data til at måle effekt indikerer også, at databegrebet, som det optræder i fagsystemet, opleves som begrænsende og kontekstløst. Enkelte udtrykker ligefrem skepsis over datainformering som sådan:

"Jeg er forsigtig med de der tal. Min bekymring kan være, at du bruger meget tid på dokumentation, der går udover den direkte omsorg. Min bekymring går også på, at man bruger dokumentation eller data til at træffe forkerte beslutninger. Hvilke data eller indikatorer er det, du vælger, der skal belyse hvad? Hvilke antagelser har du? Altså data kan læses som fanden læser biblen. Det er sådanne ting, der kan bekymre mig. At det bliver IT, der styrer hele vores system... Det er en lang historie, men det er bare for at fortælle, at det er den bekymring, jeg har, at systemet løber af med os. [...] Så, nu skal vi ikke snakke mere, for jeg bliver lidt irriteret en gang imellem" (Interview 6).

Informanten giver her udtryk for sin frustration over de digitale systemer og den tiltro, mange har til systemernes evne til at "forbedre" det professionelle arbejde. Hun frygter, at "systemet løber af med os" på en sådan måde, at data får større vægt i det professionelle arbejde end hendes faglige vurdering af borgeren. I hendes øjne er det ikke et problem, at systemerne endnu ikke understøtter det professionelle arbejde. Hun mener derimod, at IT-systemer udgør en trussel imod selve opgaveløsningen. Ambitionen om at anvende data er i hendes øjne en trussel mod kvaliteten i opgavevaretagelsen, da det professionelle arbejde risikerer at blive datastyret frem for -informeret (Høyer, Bauer & Pickersgill, 2019).

Konklusion

I den nyere danske litteratur om data i det professionelle arbejde er vægten overvejende på, hvordan professionelle påvirkes af og reagerer på udefrakommende krav om at anvende data (Nygren, 2012; Plesner & Raviola, 2016; Winthereik & Vikkelsø, 2005; Wadmann et al., 2019; Høybye-Mortensen, 2015; Høyer & Wadmann, 2020; Christensen & Madsen,

2018; Høyer et al., 2019; Jensen, 2018). Derimod savnes der i litteraturen perspektiver på, hvordan professionelle i den offentlige sektor, med udgangspunkt i egen praksis og mødet med borgeren, ser potentialet i at anvende data til at understøtte opgaveløsningen. Formålet med denne artikel har været at bidrage med et såkaldt indefra-perspektiv (Cruz, 2021) på, hvordan velfærdsprofessionelle i et kommunalt sundhedscenter anvender data i deres arbejde, og i hvilket omfang potentialet for at datainformere opgaveløsningen vækker genklang blandt sundhedscenterets medarbejdere. Artiklens resultater er i overensstemmelse med flere indsigter i den eksisterende litteratur, men bidrager samtidig med et indblik i professionelles erfaringer og perspektiver på baggrund af egen praksis, som bør være en vægtig stemme i debatten om datainformeret professionelt arbejde. Vi har anvendt begrebsparret "bevise/forbedre" (Mol, 2006) som analytisk distinktion mellem anvendelser af data, der hhv. har til formål at dokumentere (bevise) værdien af sundhedscentrets indsatser og understøtte eller videreudvikle (forbedre) det professionelle arbejde. I tråd med Mol finder vi, at de sundhedsprofessionelle ønsker at forbedre deres omsorgsarbejde, men at dette arbejde er baseret på menneskelige relationer og tager udgangspunkt i borgerens livssituation, hvilket betyder, at data om effekter og resultater ikke opleves som direkte relevante for opgaveløsningen.

Centerlederens forestillinger om anvendelse af data i sundhedscentret peger i to retninger. På den ene side har hun behov for at bevise værdien af sundhedscentrets indsatser over for beslutningstagere i kommunen. På den anden side ønsker hun at anvende data til at understøtte den faglige ledelse af medarbejderne med henblik på at forbedre opgaveløsningen. Lederen medgiver dog, at sundhedscentret på interviewtidspunktet ikke anvendte data til at understøtte

selve opgaveløsningen. Ikke desto mindre fastholdes ønsket, og dermed flugter artiklens analyse med Høyer (2019), der påpeger, at det snarere er forhåbninger end realiteter, der kendetegner den datainformerende opgaveløsning i sundhedsvæsenet.

Da fagsystemet CURA blev indført i sundhedscentret, blev ledere og medarbejdere stillet i udsigt, at systemet rummede en række muligheder for at arbejde datainformeret. Efter tre år er praksis imidlertid, at fagsystemet hovedsageligt anvendes som digital platform til journalisering, kommunikation og koordinering af samarbejdet mellem de professionelle. Det fremhæves desuden, at der ligger et stort arbejde i at udvikle rutiner for koordinering af arbejdsopgaver i fagsystemet. Deres erfaringer vækker mindelser om Winthereik og Vikkelsøs (2005) påpegnings af, at standardisering af komplicerede forløb medfører øget bureaukrati i form af et omfattende koordineringsarbejde.

Analysen bidrager desuden med et indefra-perspektiv på dataanvendelse i den daglige opgaveløsning, der er underbelyst i litteraturen. For medarbejderne består relevante data af oplysninger om borgerens hverdag og livssituation, som de får adgang til i mødet med borgeren. Det er gennemgående i vores materiale, at medarbejderne anser mødet med borgeren som kernen i arbejdet, hvor det centrale for opgaveløsningen er "følingen" med borgerens liv, som en informant udtrykker det. I forlængelse heraf viser analysen, at sundhedscentrets medarbejdere har svært ved at genkende potentialet i at bruge data til at "forbedre" den professionelle opgaveløsning; et ønske som ellers præger den forvaltningspolitiske dagsorden (f.eks. Ledelseskommisionen, 2018; KL, 2022). Derudover udtrykker en medarbejder bekymring for, at arbejdet med data vil føre til forkerte beslutninger, hvilket flugter med Nygrens (2012) pointering af,

at medarbejdere kan opleve, at overdreven brug af data sætter fagligheden under pres.

Analysens fund skal ses i lyset af, at både diabetes og demens er kroniske sygdomme, hvilket betyder, at formålet med indsatserne ikke er behandling, men derimod et sundt liv med sygdommene. Der er derfor behov for yderligere undersøgelser af, om lignende opfattelser af og erfaringer med data gør sig gældende blandt sundhedsprofessionelle, hvis opgave er behandling af patienter.

REFERENCER

- Bentzon, N., & Rosenberg, J. (2021). Destrutiv digitalisering - en debatbog om Sundhedsplatformen 2016-2021. *FADL's Forlag, Copenhagen, Denmark*.
- Børgesen, K. (2018). Mellemlederes målstyringspraksis i et højt formaliseret performance og målstyringssystem: Middle managers' goal-management in a highly formalised performance. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(4), 48–71.
- Christensen, M., & Madsen, M. A. (2018). Metodelygten - Når standardiseret ledelsesinformation forandrer socialarbejderens handle- og refleksionsrum. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(4), 72–86.
- Cruz, T. M. (2021). Data politics on the move: Intimate work from the inside of a data-driven health system. *Information, Communication & Society*, 1-16.
- Gitelman, L. (Ed.). (2013). *Raw data is an oxymoron*. Edited by Lisa Gitelman. Cambridge: MIT Press.
- Høybye-Mortensen, M. (2015). Decision-making tools and their influence on caseworkers' room for discretion. *British Journal of Social Work*, 45(2).
- Høybye-Mortensen, M., & Ejbye-Ernst, P. (2019). What is the purpose? Caseworkers' perception of performance information. *European Journal of Social Work*, 22(3).
- Høyer, C. L. (2019). "Brug af data i det offentlige skal skabe læring, ikke kontrol og ekstraarbejde", *Information*, 12. juni 2019.
- Høyer, K., Bauer, S., & Pickersgill, M. (2019). Datafication and accountability in public health:

- Introduction to a special issue. *Social Studies of Science*, 49(4), 459-475.
- Høyer, K., & Bødker, M. (2020). Weak Data: The Social Biography of a Measurement Instrument and How It Failed to Ensure Accountability in Home Care. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(3).
- Høyer, K. L., & Winthereik, B. R. (2019). Smukke, rå og beskidte: Data som antropologisk anliggende. *Tidsskriftet Antropologi*, 79, 135-142.
- Høyer, K., & Wadmann, S. (2020). 'Meaningless work': How the datafication of health reconfigures knowledge about work and erodes professional judgement. *Economy and Society*, 49.
- Jensen, C. J. (2018). "Jagten på de gode tal": Plejepersonalets arbejde med patienternes vitale værdier på computere. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 20(4), 32-47.
- Jørgensen, A. M. (2020). Beslutningsstøttesystemer på børn- og ungeområdet - Konstruktionen af en ny vidensform. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 22(3), 42-56.
- KL (2019): Ledelsesmæssig og organisatorisk forankring af FLIS – Tre kommuners erfaringer med FLIS. Casesamling. Produktionsnr. 830459
- KL (2020): Foranalyse om en tværgående datastrategi. November 2020.
- KL (2021): Digital svar på fremtidens udfordringer, *Kommunernes Digitaliseringsprogram 2021-2025*.
- KL (2022): Data - en nøgleressource i et bæredygtigt velfærdssamfund, *Kommunernes Datastrategi*, 1. udgave 1. oplag.
- Kvale, S. (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Ledelseskommissionen (2018): Sæt borgerne først - Ledelse i den offentlige sektor med fokus på udvikling af driften, Ledelseskommissionens rapport, 2. udgave.
- Lupton, D. (2012). M-health and health promotion: The digital cyborg and surveillance society. *Social Theory & Health*, 10(3), 229-244.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Duke University Press.
- Mol, A. (2006). Proving or improving: On health care research as a form of self-reflection. *Qualitative health research*, 16(3), 405-414.
- Nygren, Giritli K. (2012). Narratives of ICT and organizational change in public administration. *Gender, Work & Organization*, 19(6), 615-630.
- Plesner, U., & Raviola, E. (2016). Digital technologies and a changing profession: New management devices, practices and power relations in news work. *Journal of Organizational Change Management*.
- Rod, M. H., Jöhncke, S., Steffen, V., & Raahauge, K. M. (2015). The social life of evidence: Rationalizing professional practice in the welfare state. I Rod, M. H., Jöhncke, S., Steffen, V., & Raahauge, K. M. (red) *Between Magic and Rationality, on the Limits of Reason in the Modern World*, 43-70. København: Museum Tusculanum.
- Sauzet, S., Vaaben, N., Pors, A. S., & Kamp, A. (2020). Velfærdsprofessioner, styringsteknologi og faglighed. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 22(3), 5-8.
- Shore, C., & Wright, S. (2015). Audit culture revisited: Rankings, ratings, and the reassembling of society. *Current Anthropology*, 56(3).
- Sundhedsstyrelsen (2021). Sund aldrig. Udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Ida Kyvsgaard, Kaare Christensen og Anne Illemann Christensen
- Sundhedsstyrelsen (2017): Anbefalinger for tværsektorielle forløb for mennesker med type 2-diabetes. Udgivet af Sundhedsstyrelsen. April 2017.
- Wadmann, S., Holm-Petersen, C., & Levay, C. (2019). 'We don't like the rules and still we keep seeking new ones': The vicious circle of quality control in professional organizations. *Journal of Professions and Organization*, 6(1), 17-32.
- Winthereik, B. R., & Vikkelsø, S. (2005). ICT and integrated care: some dilemmas of standardising inter-organisational communication. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 14(1), 43-67.

Jonathan Hermansen, lektor, ph.d.,
Københavns Professionshøjskole, Forvaltning, Organisation og Skat, johe@kp.dk

Niels Borch Rasmussen, lektor, ph.d.,
Københavns Professionshøjskole, Forvaltning, Organisation og Skat, nibr@kp.dk

Irina Papazu, lektor, ph.d.,
IT-Universitetet, Department of Business IT – Technologies in Practice research group, irpa@itu.dk

Kasper Friis Rasmussen, forskningsassistent,
IT-Universitetet, kfrr@itu.dk