

Indholdsfortegnelse

1. Hypotese	2
2. Baggrund	2
2.1 DVH	3
2.2 Et eksempel på et udviklingsforløb	3
2.4 Grundjournalen	4
2.3 Standardplaner	4
3. Analytisk ramme	5
3.1 Computeren som repræsentation af virkeligheden	5
3.2 Hvordan skabes computeren som repræsentation? – Forhandlinger om Standardplanen	7
3.3 Hvordan virker computeren som repræsentant? – Effekten af Grundjournalen	8
3.4 Forskningsspørgsmål	9
4. Tidsplan	9
4.1 Planen	11
5. Metode	11
6. Ethiske overvejelser	13
7. Institutionel tilknytning	13
8. Litteratur	14

Maskiner mellem mennesker, mennesker mellem maskiner.

En antropologisk undersøgelse af repræsentation af virkeligheden som den kommer til udtryk gennem et IT-system. Nærmere betegnet gennem den Elektroniske Patientjournal.

1. Hypotese

Når vi har med IT-systemer at gøre, har vi med repræsentationer af virkeligheden at gøre. Min hypotese er at IT-systemet ikke udgør en neutral aktør. Jeg mener at computeren, med sin repræsentation af virkeligheden, deltager aktivt i konstruktionen af de sociale aspekter i forbindelse med udviklingen af den Elektroniske Patientjournal. Dette mener jeg er tilfældet både i skabelse og brug af journalen.

2. Baggrund

Den elektroniske patientjournal, (Herefter EPJ) er opbygget af en række moduler som bruges på Århus amts hospitaler. Det modul jeg vil beskæftige mig med, er det sidste store modul Klinisk-proces som har til formål at erstatte den gamle papirbaserede journal.

Modulet består af to dele. Den første del er *Grundjournalen* som efter planen skal være klar til implementation på pilotafdelinger fra 1. januar 2007. Arbejdet med anden del, *Standardplanerne* er stadig er under udvikling og til forhandling mellem softwareudviklere og amtet frem til 1. maj 2007. Standardplanerne når dermed ikke ud til slutbrugerne på hospitalet under mit feltarbejde. I stedet giver de anledning til at se på udviklingsprocessen og de forventninger og krav der stilles til modulet før implementationen. Grundjournalen som sættes i pilotdrift mens jeg udfører feltarbejde, giver derimod anledning til at se på effekten af systemet når det tages i brug på afdelingerne.

Fællesnævneren for de to dele er computeren, som en repræsentation, fordi den i begge tilfælde står mellem mennesker som en aktør der repræsenterer en bestemt virkelighed. I første del vil jeg se på hvilke idealer og strategier der ligger bag ønsket om at skabe et program på computeren, og i den anden del vil jeg se på hvilke konsekvenser denne repræsentation så får for slutbrugernes opfattelse af den.

2.1 Det virtuelle hospital

Det Virtuelle Hospital (herefter DVH) er en del af amtet som varetager den overordnede projektplanlægning vedrørende EPJ (A). Deres rolle er at agere mellemlid mellem klinikerne på hospitalet og softwareudviklerne der koder EPJ.

Hen over sommeren 2006 vil en nedsat gruppe fra DVH sætte sig til bords med softwareudviklerne for at specificere krav standardplanen i klinisk-proces-modul. Dette gøres for at sikre der er forståelse mellem grupperne, så softwareudviklerne som jo ikke kender til daglig praksis på afdelingerne alligevel kan skabe et optimalt IT-system. En anden gruppe er SFI-gruppen. Her sidder tre nøglepersoner fra kravspecifikationsmøderne sammen med en gruppe af klinikere fra forskellige faggrupper og hospitaler, for at få klarlagt hvilke data de forskellige grupper dokumentere og har brug for adgang til. Dette skal bruges i arbejdet med at udarbejde standardplanerne.

2.2 Et eksempel på et udviklingsforløb.

At skabe et det gode IT-system er ikke så lige til. Der er tale om en længere proces inden man må forvente at et system er helt færdigt.

For eksempel kan klinikerne sige at de ønsker et program der understøtter dobbelt check af medicindoser. Derefter kan softwareudvikleren byde ind med et designforslag om at der i medicinskemaerne er mulighed for at et felt med et givent medicinpræparat kan have tre forskellige farver: -en når der er doseret, en når den er givet til patienten, og eventuelt en når det er registreret at patienten har indtaget medicinen-. Dermed bidrager begge parter med input til konstruktionen af programmet ud fra en forventning om at denne løsning er mest optimal og bedst muligt repræsenterer en god måde at dobbeltchecke medicindoseringer på.

Men processen er ikke færdig efter denne forhandling. DVH har selv folk der gennemtester programmet. Derudover køre man programmerne på pilotafdelinger inden de tages endeligt i brug. Alligevel viser det sig at der er specialtilfælde man ikke altid kan forudsige (Elisabeth Bendstrup 2006) Ofte viser det sig at et program efter det er taget i brug, er for upraktisk eller ikke virker optimalt til trods for at parterne kom frem til enighed tidligere. Dermed viser processen med at skabe et tilfredsstillende computersystem sig hverken simpelt eller færdigt efter første gennemarbejdelse.

Derfor er det heller ikke muligt at sætte en afgrænset ramme op for hvad der skal studeres, hvis man ville dække hele udviklingen af klinisk proces, eftersom dette arbejde allerede er startet og formentlig vil fortsætte lang tid efter mit feltarbejde er slut. I stedet har jeg valgt at tage udgangspunkt i en mere

overordnet problemstilling, nemlig computeren som repræsentation af virkeligheden da denne er til konstant forhandling.

2.3 Grundjournalen

Klinisk proces er afgørende forskelligt fra de andre moduler i EPJ. Tidligere har patienten været repræsenteret via henholdsvis sygeplejerskens Kardex, og lægens¹ journal. Med procesmodulet vil journalen være delt af både sygeplejersker og læger. De skal således deles om en bestemt organisering af data. Lægers dokumentation er kronologisk opbygget, mens sygeplejerskernes allerede er tilstræbt problemorienteret. (C) Der er stadig forhandlinger om hvordan man skal skabe mulighed for begge dokumentationsformer i klinisk-proces, men den problemorienterede måde at arbejde på udgør i sig selv en mål for EPJ. Derfor vil denne blive opprioriteret. Min hypotese er at denne repræsentation vil give nye muligheder for at skabe overblik, mens andre vil forsvinde. Blandt andet skifter journalen karakter fra at være en mappe med løse ark, til at være repræsenteret på en enkelt computerskærm. Hvor man før kunne sprede papirerne ud på bordet, ligger alle data nu repræsenteret på en enkelt skærm, og er sorteret efter nye principper.

Det er hos lægefaggruppen jeg vil se nærmere på konsekvenserne af denne nye form for repræsentation. Jeg udvælger lægerne fordi det primært er dem der bruger den store journal som er kronologisk opbygget. Sygeplejerskernes arbejdsgang og dokumentation er i forvejen tilstræbt mere problemorienteret gennem deres egen plejelog. Dermed forventer jeg at skiftet fra papir til skærm vil være størst for lægegruppen.

2.4 Standardplaner

Standardplaner er en udbygning af grundjournalen, som intuitivt er lette at se som skabeloner. For eksempel får ambulatoriet et skærbillede op hvor de ting der forekommer mest typiske at dokumentere er samlet i et vindue. Hvis for eksempel lægen i ambulatoriet skal indtaste/indhente data omkring vægt social status samt urinprøver findes disse data tre forskellige steder i EPJ. Med en standardplan kan alle disse data indtastes et sted, og vil samtidig figurere på hver deres normale plads i EPJ således at data fx

¹ Journalens benyttes også af sekretærer, fysioterapeuter, ergoterapeuter og også sygeplejerskerne supplerer sin viden ved at slå op i den, men de to journaler afspejler at det er forskellige områder i forhold til patienten som sygeplejerske og læge beskæftiger sig med.

kan indhentes af sygeplejersken på sengeafdelingen uafhængigt af at ambulatoriet han indsamlet og indtastet dem et sted samlet.

Medicineringsforløb vil også figurere som standardplaner, således at man kan indhente en forløb for penicillin, eller dræn, uafhængigt om drænet er lagt i knæ eller skulder. I princippet kan hver afdeling have deres egen preskriberede standardforløb. Man kan således hente en anden afdelings standardplan for fx dræn hvis denne er bedre. Når planen er indhentet i EPJ, vil den se ud som om den er manuelt indtastet og kunne tilpasses den enkelte afdeling eller patient som man skønner bedst i den enkelte situation.

Der findes også standardtekster, som kan indsættes, hvis man skal skrive hvordan en operation er udført, (og den er udført efter planen,) så er det meningen at en standardtekst der beskriver operationen kan indsættes uden at man skal til at ind og skrive det samme hver gang. Hvis der er afvigelser kan disse tilføjes.

En anden ting der forhandles om er tekstfelter versus afkrydsning. Afkrydsning skal ikke erstatte tekstfelterne helt, men de stedet hvor det spare tid uden at kompromittere kvaliteten af dokumentationen er det ønskeligt. For eksempel kan man under social status afkrydse om er tale om mand eller kvinde, men kan man også afkrydse om vedkommende er gift eller skilt, og hvad med en nylig skilt og netop kræftramte kvinde? I nogle tilfælde er afkrydsning en smart ting mens der i andre går nuancer tabte som kunne være relevante. I standardplanerne forsøger man at finde den løsning som er mest optimal. Men hvad er formålet med disse standard løsninger? Er det at gøre det softwaremæssigt nemt, billigt, eller smart, er det for at kunne standardisere behandling, eller er det at sikre definitioner på hvad der er det rigtige og gennem disse standarddefinitioner at styre behandling i en bestemt retning? Ved at overvære møder hvor henholdsvis det sundhedsfaglige indhold og kravspecifikationerne i forbindelse med standardplanerne forhandles på plads, forventer jeg at komme nærmere hvad der er på spil for både klinikere og softwareudviklere men også hvilke valg og fravalg der tages i forbindelse med hvad computeren skal repræsenterer.

3. Analytisk ramme

3.1 Computeren som en repræsentation af virkeligheden

Den analytiske ramme tager udgangspunkt i repræsentationer og klassifikationer.

I forhandlingen mellem klinikere og softwareudviklerne er der et fælles forsøg på at skabe computersystemet, så det fra starten repræsenterer et arbejdsredskab, der understøtter arbejdsgangene på hospitalet. For at få et indblik i computeren som repræsentation er det gavnligt at se på det klassifikationssystem en computer anvender, da dette har betydning for dens muligheder for at repræsenterer virkeligheden.

Et IT-system er bygget op omkring en bestemt organisering af data. Alt hvad der indtastes, har derfor en rette plads. Fx kan der være et sted til diagnoser og en andet til plejeplan og igen et andet til resultatet af plejeplanen. Dermed har vi med en bestemt klassifikatorisk opbygning at gøre.

I samspillet mellem computer og mennesker kan dette skabe problemer hvis computerens klassifikationssystem, ikke harmonere med menneskets, eller med den verden computeren forsøger at repræsenterer.

Et eksempel på dette har vi fra en pilottest af grundjournalen hvor en læge pointerer det problematiske i computerprogrammets opbygning. Han siger ”*Du har en patient med sukkersyge, en hjertesygdom og så en gigtsygdom. Men så får patienten hovedpine, og det hører ikke naturligt til de 3 sygdomme, der er registreret, men vi skal give noget Panodil og så bliver vi nødt til at oprette et nyt forløb. Selvom det kun er en gang om året, så står den nu som forløb, fordi den hører ikke naturligt under de andre. Hvorfor kan man ikke have et sted, hvor vi kan skrive nogle diagnoser som vi alle kommer ud for en gang imellem?*” (D s.21)

Dermed vil et overordnet syn på klassifikationer være relevant for at belyse computerens rolle som repræsentant, eftersom dens organisering af data har indflydelse på dens mulighed for at repræsentere virkeligheden. Needham forholder sig i den forbindelse til henholdsvis *Polythetisk* og *Monothetisk* klassifikation (Needham 2000). Denne opdeling modsvarer forskellen på henholdsvis den måde computer og menneskes kategorisering er bygget op. De to er bygget op omkring henholdsvis overlappende og gensidigt udelukkende kategorier. Med denne opdeling som udgangspunkt vil jeg se nærmere på hvilken konsekvens de to forskellige kategoriseringer har i praksis når menneske og computer skal samarbejde.

I processen med skabelse og implementation af EPJ indgår mange aktører. For at se på deres indbyrdes relationer vil jeg anvende aktør-netværksteori. Aktør-netværksteori har fokus på relationerne mellem aktørerne i netværket og på forhandlingerne mellem disse. Fælles for aktør-netværksteoretikere som Bruno Latour (1992), John Law (1992, 1999) er, at de anser aktøren for værende såvel mennesker som ikke-mennesker - et IT-system kan således fungere som aktør såvel som lægen. Begrundelsen for at se

på begge parter som aktører på lige fod, er at de begge har indflydelse på hinandens muligheder for at fungere.

I analyserne af netværk ligger der også ifølge Callon et underforstået magtaspekt: Forhandlingerne i netværket handler om, at aktørerne forsøger at definere hinanden (Callon 1986, 203). Callon arbejder med hvordan aktørerne har hver deres problemstilling de forsøger løst. Det er ud fra denne, de forsøger af definerer de andre aktører. Med udgangspunkt i Callons tilgang, vil jeg se på hvordan klinikerne når de sidder ved forhandlingsbordet forholder sig til den problemstilling de ønsker computeren skal løse, og ud fra dette hvordan de forsøger at beskrive en klinikers arbejde. Derefter vil jeg se på hvilken problemstilling klinikerne står med når de i praksis skal få driften på afdelingen til at fungere, og ud fra dette hvordan de definerer computeren som redskab.

3.2 Hvordan skabes computeren som repræsentation?

- Forhandlinger om standardplanerne.

For at se på hvad der er på spil i forhandlingerne om computerens repræsentation i skabelses af programmet vil jeg anvende Bordieus tilgang til praksis. (Bourdieu 1990)

Bourdieu argumentere for at det er for unuanceret at tale om regler, og at man i stedet skal se på strategier. Han argumenterer gennem en spilmetafor for at reglerne for spillet og de strategier der bruges er dialektisk forbundet. Regler for spillet skabes på baggrund af de strategier der er mulige, mens strategierne udnytter reglerne at udfordre dem og dermed skaber nye regler.

Dette fokusskrift fra kun at se på regler som normative og determinerende til i stedet at se på strategier er relevant i forhandlingerne om kravspecifikationer. Her gælder det ikke blot eftersom om at få omformet ønsker, om en given måde at arbejde på, til et IT-system med opstillede regler for dette. Man ønsker også dette gjort på en måde så det er realistisk at brugerne handler korrekt og indenfor de opstillede spilleregler.

Dette kan illustreres ved hjælp af et eksempel med givning af IV-medicin. Computeren påvirker brugeren til at udføre arbejdet på en bestemt måde. Fx at registrere i computeren når medicin er *Blandet*, *Hængt op* og *Nedtaget*. Men brugerens strategiske handlen for eksempel ved at klikke *Nedtaget* med det samme fordi dette er nemmere, påvirker computerens mulighed for at repræsentere de ønskede spilleregler (Jensen 2006).

Derfor er det i den der laver programmets reglers interesse, at skabe reglerne ud fra forventninger til brugernes måde at håndtere programmet på. Vi har dermed ikke med regler at gøre, men mere med

forskellige aktørers strategier og forventninger til hinandens strategier at gøre. Det er altså tale om en proces i Bourdieus teori, som er meget lig processen mellem computer og bruger.

3.3 Hvordan virker computeren som repræsentant?

- Effekten af grundjournalen

Ved grundjournalen vil jeg vende billedet om og se på hvilke konsekvenser computeren som repræsentationen af patienten har for forståelsen af patienten, men også definitionen af hvad der er væsentligt og ikke-væsentligt.

For at se hvordan computeren som repræsentation har betydning konkret i afdelingerne vil jeg tage udgangspunkt i Gertz. Gertz arbejder med to begreber *modeller for* og *modeller af*. Med disse argumentere han for at modeller for ting kan have indflydelse på hvordan de forstås og dermed kan blive til modeller af virkeligheden. (Geertz 1973)

Ved at se computeren som en repræsentation af virkeligheden vil jeg se på hvilke konsekvenser denne får for forståelsen af virkeligheden. Signe Svenningsen kommer ind på hvordan roller og arbejdsrelationer ændres mens Lars Sønderby kommer ind på hvordan nye kategorier opstår i kølvandet på indførelsen af EPJ. Blandt andet ændres nogle diagnoser, mens andre helt forsvinder fordi de ikke mere er repræsenteret i systemet (Svenningsen 2003: 176, Sønderby 2005: 50). På baggrund af dette er det min hypotese at en ny repræsentation af patienten gennem computeren ikke udgør en neutral aktør men derimod bidrager til nye syn på patient, og nye vægtninger af væsentligt og uvæsentligt.

Når den elektroniske patientjournal er bygget op omkring et bestemt klassifikationssystem er kategorierne ladet med bestemte værdier. Disse er skabt på baggrund af valg og fravalg. (Bowker og Star 1999, 44, 53, 64). Dermed har computeren som repræsentation en afgørende rolle gennem begge dele af mit projekt.

For ikke kun at fokusere på hvad computeren repræsenterer, vil jeg også vende det om og se på hvad den ikke repræsenterer. Star retter en kritik at aktørnetværksteoretikere som tidligere nævnte Callon, (Star 1991) Hun argumenterer for at et netværksteorier ikke tager hensyn til ting der ikke repræsenteres i netværket. Aaløkke bruger dette til at påpege at standardisering af arbejdsopgaver gennem computeren har skabt usynlig arbejde i form af arbejde som ikke er repræsenteret i computeren men stadig anses for væsentligt i sygeplejerskernes bevidsthed (Aaløkke 2004). Hun kommer videre ind på at eftersom der er forskel på sygeplejerskernes forståelse af god pleje og den repræsentation af god pleje som computeren

står for, skabes der konflikter. Med baggrund i dette vil jeg se om der er dilemmaer mellem computerens og lægernes repræsentation som skaber konflikter eller uoverensstemmelser.

3.4 Forskningsspørgsmål

Hvilken betydning har computerens klassifikationssystem for samarbejdet mellem menneske og computer?

Hvad kategoriseres som væsentligt og uvæsentligt at gøre computeren til repræsentant for?

Hvilke forhandlinger er der mellem softwareudviklere og klinikere omkring computerens muligheder for repræsentation?

Er der dilemmaer mellem computerens repræsentation og lægens?

Arbejder de forskellige aktører med forskellige problemstillinger?

- I så fald, har det nogen konsekvens for måden de fremstiller andre aktører i netværket?

Hvad ligger bag klinikernes strategier når de forsøger at skabe et repræsentativt system og hvilke modstrategier anvendes når computeren tages i brug?

Hvilken konsekvens har computerens repræsentation for den praktiske brug af den?

- Hvilken betydning har computerens repræsentation af virkeligheden for opfattelsen af virkeligheden?
- Er der kategorier der udgår eller skabes der nye forståelser af gamle problemer?
- Hvilken konsekvens har de ting som ikke repræsenteres mere i computeren?
- Er der tale om usynligt arbejde?

4. Tidsplan

Mit feltarbejde har jeg beregnet til 4 måneders fuldtidsarbejde, men jeg valgt at fordele tiden i to forløb således at jeg både få indblik i hvordan dele af proces-modulet skabes og derefter hvordan det bruges.

1. juli starter arbejdet med at definere kravspecifikationer mellem DVH og Softwareleverandøren Systematic.

Kravspecifikationsmøderne har varighed af mellem 7 og 10 hele arbejdsdage hvor 5 repræsentanter fra DHV sammen med en tilsvarende gruppe softwareudviklere sidder i møde.

Møderne er planlagt til at løbe hen over sommeren men præcise datoer er ikke fastsat endnu. (Dette sker d. 26. juni) Jeg beregner 14 hele dage til dette arbejde.

2. august – 23. august: Efterfølgende arbejder jeg på at analysere mine data, og samle op på projektet, eftersom der bliver en pause hvor jeg ikke er intensivt beskæftiget med det. Denne periode vil også blive brugt til at etablere kontakt til pilotafdelingen og Systematic i forbindelse med 2. del af projektet.

1. – 22. december starter pilotdriften op på tre afdelinger, hver af max tre ugers varighed. Jeg forventer at pilotdriften køre samtidig på de tre afdelinger og dermed at jeg kun får mulighed for at være på en afdeling. Eftersom der ofte er forsinkelser i arbejdet med EPJ arbejder jeg med en usikkerhedsperiode på 6 uger, således at projektet kan bære hvis pilotdriften først starter inde i det nye år.

3 januar – 24. januar: Efter pilotdriften er der sat 3 uger af til interviews med læger og transskription. Jeg har beregnet ekstra tid til interviews for at sikre mig at interviewe alle lægerne. Grunden til den lange periode er at hvis alle læger skal interviewes. 6 – 7 stykker. Forventer jeg der går tid dels før de er på vagt og dels før de kan afse tid til interviews.

1. februar – 1. marts: Der er en del usikkerhedsmomenter omkring længden på pilotdriften. Hvis udfaldet er positivt er det muligt at afdelingerne fortsætter med klinisk proces som almindelig drift. Muligheden for at det fortsætter en periode på mere end tre uger eksisterer også². Eftersom min tidsplan kan være diffus hvis den kun omhandler selve pilotdriften har jeg valgt at ”følge med projektet” efter endt pilotdrift. Jeg har anmodet amtet om at få lov at følge med i evalueringen af driften samt at deltage i møder der er relateret til denne. Dette betyder at hvis projektet ryger tilbage til Softwareudviklerne og hvis der forud for dette er nye samtaler mellem klinikere og udviklere, så er det min ønske at være med der.

² De tre ugers max. er sat for at hvis det ikke virker, så ønsker man ikke at overbelaste en afdeling i en alt for lang periode.

Eftersom jeg har anmodet om disse ting gennem ledelsen for DVH forventer jeg at det ikke bliver et problem at følge projektet på trods af at arbejdet med dette spredes ud over flere steder samtidig. Jeg har skriftligt præsenteret mine planer og får svar tilbage efter et ledelsesmøde d. 26. juni.

4.1 Planen

19. juni – 26. juni	Læsning om G-EPJ og begrebsmodellen i EPJ
1. juli – 2. august	5 – 10 kravspecifikationsmøder på Systematic
2. august – 23. august	Udarbejdelse af delanalyse. Kontakt til pilotafdeling.

PAUSE

1. december – 22. december	Pilotdrift
23. december – 2. januar	Juleferie
3. januar – 24. januar	Interviews med læger + transskription
1. februar – 1. marts	Evaluering, ændringsforslag forhandlingsmøder.
1. marts – 1. april	Skrivning af feltrapport.

5. Metode

Ved kravspecifikationerne omkring standardplanerne vil jeg udføre deltagerobservation. Jeg er klar at vægning af observation er langt højere end reel deltagelse, eftersom det er en forhandlingssituation jeg ikke er en naturlig del af. Mine forventninger til deltagelse ligger omkring uformelle samtaler før og efter møderne ligesom jeg forventer at også pauser vil åbne op for dialog.

Jeg vil udføre 3 interviews. 2 med henholdsvis en udvikler og en kliniker (gerne lægelig baggrund eftersom det er lægegruppen jeg koncentrere mig om senere), og derefter et 45 minutters fokusgruppeinterview men 4 personer ligeligt fordelt mellem udviklere og klinikere.

I interviewene med enkeltpersoner vil jeg tage udgangspunkt i computeren som repræsentation. Her vil jeg se på hvad de forventer computeren kan og ikke kan, og hvad de begrundet disse forventninger med. Her vil jeg også se på hvad der er for problemer de hver i sær forventer computeren kan løse.

Fokusgruppe interviewet vil jeg tage fat i en konkret ting fra forhandlingerne. Her vil jeg gerne skabe en diskussion om computerens muligheder i fremtiden, da dette siger noget om de forskellige gruppers forventninger til computeren på længere sigt. Samtidig åbner det også op for deres syn på teknologiens muligheder, klinikernes evner og på sundhedssystemet i fremtiden. Jeg vil anvende interviewguide for at tage udgangspunkt i de konkrete emner fra forhandlingerne mere end mit analytiske fokus. Dog vil jeg nævne at jeg ser computeren som en repræsentation af virkeligheden.

I forhandlingssituationerne forventer jeg at få adgang til en masse ord og holdninger. Jeg vil gerne checke hvad der ligger bag disse holdninger, om der er forskel på hvad klinikerne siger de gør og hvad de reelt gør. Derfor vil fokus både i forhandlingssituationerne og i interviews være koncentreret om det billede klinikerne tegner at deres arbejdssituation. Dette billede vil jeg siden hen holde om mod den praksis jeg møder på afdelingen.

Efter kravspecifikationerne er slut vil jeg udarbejde en analyse af forløbet med udgangspunkt i mine forskningsspørgsmål. Denne har til formål at samle op på de indsamlede data og komme frem til som en slags midtvejsstatus.

Ved pilotafdelingen vil jeg følge en læge ad gangen gennem en hel vagt. Jeg forventer således at deltage i stuegang, lægekonference og hvad der ellers foregår gennem en læges arbejdsdag. Selvom det er computerens effekt jeg er interesseret i vil jeg gerne have et billede af hele arbejdsgangen så jeg ikke misser ting der kunne have indflydelse på arbejdet med computeren. Jeg forventer at udføre deltagerobservation i hvad der svare til en 25 timers arbejdsuge så der også er tid til at bearbejde data undervejs

Jeg vil ikke udføre interviews under pilotdriften. I ugen efter vil jeg i stedet anmode om lov til at udføre et 10 minutters interview med hver af de læger der har været med i forsøget.

Jeg har med vilje udskudt interviews fordi der formentlig er ekstra travlt under pilotforsøget. Derudover har jeg sat varigheden til 10 minutter fordi det er min erfaring at det er lettere at anmode om kort tid end fx 30 time af lægens arbejdsdag.

6. Ethiske overvejelser

Jeg er indforstået med at jeg har tavshedspligt på hospitalet og at der formentlig også er ting jeg ikke får adgang til af den grund. jeg kun ønsker at følge sygeplejerskerne og læger i det omfang det er passende, således at jeg ikke overskrider intime grænser i forhold til patienterne ved for eksempel bad toiletbesøg eller lægesamtaler. Jeg vil også anonymisere alle data i projektet således at enkeltpersoner ikke kan genkendes.

Derudover observerer jeg fagfolk både på hospital, amt og hos softwareudviklerne. Disse kan måske føle sig forlegne ved at jeg observerer deres arbejdsgange, og min rolle som observatør kan måske virke intimiderende i nogle sammenhænge. Dette kan påvirke den måde mine informanter ser mig på og den måde de fremstiller ting på.

Mht. at følge lægerne er jeg klar over at de er vandt til at have studerende med rundt. Omvendt er de vandt til en bestemt slags fagrelaterede spørgsmål, hvor mine vil være af en anden måske mere naiv karakter. Dette kan have betydning for deres holdning til at have mig med rundt. Derudover har lægerne tit travlt og det er nyt for dem at skulle ændre deres praksis. Ydermere skal de dobbeltregistrere fordi der er tale om en testperiode. Jeg forventer derfor at det vil være en udfordring at finde en balance mellem at lade lægen gøre sit arbejde og at få svaret på mine spørgsmål undervejs.

7. Institutionel tilknytning

Forberedelse og udarbejdelse af problemformulering til feltarbejde og efterfølgende kandidatspeciale på Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.

8. Litteratur

(2004) Aaløkke, Stinne

Implementation af Elektronisk Patient Journal. En Etnografisk Analyse af Problemerne i Forholdet Mellem Informationssystemer og Organisation
Magisterkonferens speciale Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.

(2006) Bendstrup, Elisabeth

Interview med EPJ ansvarlig for lungemedicinsk afdeling d 12. april 2006

(1990) Bordieu, Pierre

From rules to strategies; an interview with Pierre Bourdieu. I In other words. Polity press 1900

(1999) Bowker, Geoffrey & Star, Susan Leigh

Kapitel 7. What a Difference a Name Makes – The Classification of Nursing Work i Bowker og Stars *Sorting Things Out: Classification and its Consequences*. The MIT Press: London, England & Cambridge, MA.

(1986) Callon, Michel

Some elements of a sociology of translation: domestication of the scallops and the fishermen of St. Brieuc Bay. Side 196-224 i Law, John (red.) (1986): *Power, Action and Belief. A New Sociology of Knowledge?* Routledge & Kegan Paul: London, Boston & Henley.

(1973) Geertz Clifford

Religion as a cultural system, in *The interpretation of cultures*. New York Basic 1973

(2006) Jensen, Friis Dina

En opgave om den elektroniske patientjournal og EPJ
Metodeopgave. Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.

(1992) Latour, Bruno

Where are the Missing Masses? The Sociology of a Few Mundane Artifacts. i Bijker & Law *Shaping Technology/Building Society. Studies in Sociotechnical Change*.
The MIT Press: USA.

(1992) Law, John

Notes on the Theory of the Actor Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity.
Lokaliseret d. 18 02 06 på www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/law-notes-on-ant.pdf

(1999) Law, John

After ANT: complexity, naming and topology. Side 1-14 i Law, John og Hassard, John (red.) *Actor Network Theory and After*. Blackwell Publishers/The Sociological Review: Oxford.

(2000) Needham, Rodney

Polythetic Classification. Kapitel 68 i Boudon, Raymond og Cherkaoui, Mohamed (red.) (2000) *Central Currents in Social Theory. Contemporary Sociological Theory 1920-2000*. Vol. 8. Sage Publications: London. Oprindeligt udgivet i *Man*, Vol. 10, 1975, side 349-369.

(1991) Star, Susan Leigh

Power, technology and the phenomenology of conventions: on Being allergic to onions. Side 26-56 i John Law (red.) (1991) *A Sociology of Monsters? Essays on Power, Technology and Domination*. Sociological Review Monograph, 38. Routledge: London.

(2003) Svenningsen, Signe

Kapitel 5 i Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse

Frederiksberg : Samfundslitteratur Tekst & Tryk, Vedbæk

Lokaliseret d. 18 02 06 på

http://www.flos.cbs.dk/publikationer/Signe_Dissertation%20PublishingDocument.pdf

(2005) Sønderby, Lars

Fra papir til pixels. En antropologisk undersøgelse af implementeringen af den elektroniske patientjournal på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg.

Specialeafhandling til kandidateksamen. Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.

Internet-referencer

(2003) EPJ-Observatoriet Statusrapport 2003. Lokaliseret d. 02.06. 2006 på

www.epj-obs.dk/publikationer/Statusrapport2005.pdf

(A) http://www.aaa.dk/aaa/index/serviceomraader/sus-soep_sygehuse-2/epj/epj-organisation/epj-org-dvh.htm Om Det virtuelle hospital (DVH) Hentet fra internettet d. 2. juni 2006

(B) http://www.aaa.dk/aaa/censusprocedurer_hj.side.pdf

Censusprocedurer. Hentet fra internettet d. 2. juni 2006

(C) http://sst.dk/Aplikationer/MITOnline/200204/02_bmodel.html

Begrebsmodellen i G-EPJ. Hentet fra internettet d. 4. juni 2006

(D) <http://www.mediq.dk/Documents/gepka/brugererfaring-GEPKA-aarhus.pdf>

GEPKA brugererfaring. Hentet fra internettet d. 2. juni 2006