

# Sygepleje mellem pakker og personer

– en mikrosociologisk undersøgelse af relationer mellem  
vidensformer, som bringes i spil i sygeplejerskers arbejde  
med rehabilitering og behandling

Niels Sandholm Larsen

Ph.d. afhandling

Institut for Pædagogik, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus  
Universitet

Januar 2010

Også ”oplysningstidens” rosenrøde stemning synes uigenkaldeligt at være på retur, og tanken om ”kaldspligten” går omkring i vort liv, som et genfærd af fortidens religiøse trosindhold.

(Max Weber, 1920)

## Forord

Sensommeren 2005 havde jeg den store ære at få tildelt Dansk Sygeplejeråds formålsbestemte ph.d.-stipendiat, ”Sygeplejens vilkår”. Stipendiet var målrettet et forskningsprojekt med fokus på udviklingstræk ved dansk sygepleje og afledt af diskussioner blandt Dansk Sygeplejeråds medlemmer om mulige forandringer i sygeplejerskers fag og professionelle identiteter som følge af omstruktureringer på sundheds- og uddannelsesområdet.

Mine uddannelser som sygeplejerske og sociolog samt medlemskab af Dansk Sygeplejeråd gjorde, at jeg opfyldte faglige og fagpolitiske betingelser for, at min ansøgning med rimelighed kunne forventes at komme i betragtning til stipendiet. Min mangeårige ven og elevkammerat Kristian Larsen, Institut for Pædagogisk Sociologi, DPU, hjalp mig i kontakt med lektor Katrin Hjort, sammen støttede de mit kandidatur som ansøger til stipendiet ved at hjælpe mig med at forfatte en ansøgning og ved at markere, at de var villige til at investere i projektet og min forskeruddannelse.

Januar 2006 blev jeg indskrevet som ph.d.-studerende på Danmarks Pædagogiske Universitet, Institut for Pædagogisk Sociologi med Katrin Hjort som hovedvejleder. Undervejs i forløbet er der sket ændringer i projektets institutionelle forankring. Danmarks Pædagogiske Universitet er omdøbt til ”Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Aarhus Universitet” og instituttet til ”Institut for Pædagogik”. Da Katrin Hjort tiltrådte et professorat ved Institut for Filosofi, Pædagogik og Religionsstudier ved Syddansk Universitet, trådte lektor Knud Jensen, Institut for Pædagogik til som hovedvejleder og Katrin Hjort fortsatte som bivejleder.

I forløbet har jeg haft tilknytning til programmet, Læring i sundhedsvæsnet, hvor lektor Kristian Larsen er ankermand og dynamo. Jeg har deltaget i brede inspirerende forløb med fokus på tekster af Nicolas Rose over Foucault og Latour til tekster af Canguilhem og Bachelard. Parallelt med udlægningen af tekster om viden, brud og tænkning er programmet ”backing group” for forskere og forskeraspiranter, for mig har programmet fungeret som et godt rum for udveksling og afprøvning af tekster og ideer.

Tidligt i uddannelsen blev jeg medlem af The International Research Group for Psycho Societal Analysis, hvor jeg har deltaget i tre konferencer. På konferencerne mødes deltagerne i fortolkningsgrupper og præsenterer projekter og brudstykker af empirisk materiale. Jeg har oplevet forskere ekstemperere over mit materiale, hvilket har bidraget til udlægninger af stoffet, og fortolkningsseancerne har givet indblik i nogle af de analytiske greb, som rutinerede fagfolk tager i anvendelse.

Et fire måneders ophold som gæstestuderende ved Brighton University og miljøet omkring professor Ivor Goodson bekræftede og udfordrede mig i at fundere undersøgelsen i et mikrosociologisk perspektiv. Arbejdet med at præsentere og diskutere mit projekt og materiale i et britisk forskningsmiljø har bidraget til at etablere distance, justere design og træffe valg.

Arbejdstitlen på projektet var oprindelig: ”*Videnssociologiske perspektiver på sygeplejens vilkår set i relation til de nye organisationsformer i det danske sundhedsvæsen*”. Afsættet for formuleringen var en ide om at fokusere på sygeplejerskearbejde og undersøge variationer i lokale strategier, konflikter og interesser. Undervejs er min indsigt blevet større, og jeg har erhvervet stor ydmyghed overfor videnssociologiske traditioner, hvorfor projektet har fået en mindre ambitiøs overskrift. Nye indsigter til trods, er projektets oprindelige afsæt og interesse fastholdt, undersøgelsen angår sygeplejerskers arbejde og organisering i et vidensperspektiv.

En række mennesker har bidraget til projektet og min uddannelse.

Tak til mine to vejledere, begge er gået kyndigt og solidarisk til opgaven. Knud Jensen skal have tak for at træde til, for sin indsats med at læse sig ind på projektet og for sin loyale tilgang. En helt særlig tak til Katrin Hjort, der har været med hele vejen, og som generøst har åbnet døre, bidraget med indsigt, overblik og kreativitet.

Tak til Ivor Goodson for gæstfrihed samt udfordrende og inspirerende samtaler.

Tak til min gode ven og studiekammerat fra Sociologi i København, cand.scient.soc. Flemming Pedersen, som har påtaget sig rollen som Djævelens advokat ved at læse og kommentere hele afhandlingen.

Tak til kontorfuldmægtig Bettina Høgenhav, Institut for Pædagogik, som har forestået korrektur og opsætning.

Tak til Dorthe Nørgaard for at holde ud og holde om.

Tak til Dansk Sygeplejeråds medlemmer, der har finansieret min uddannelse – jeg har haft en lærerig og dybt privilegeret periode midt i mit arbejdsliv.

En stor tak til de mange sundhedsprofessionelle, som har vist mig den tillid at invitere mig indenfor på deres arbejdspladser, stillet sig til rådighed, og som har investeret tid og kræfter i projektet.

# Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b>	<b>8</b>
<i>Interesser og tilgang</i>	8
<i>Forskningsspørgsmål</i>	11
<i>Begrundelser for udvælgelse af sygeplejerskearbejde på hospital og i sundhedscenter</i>	12
<b>Baggrund og perspektiv</b>	<b>17</b>
<i>Afhandlingens sociologiske perspektiv</i>	17
Erkendelsesteoretisk tilgang	17
Klassifikationer	19
Niveauer	21
Den handlingsteoretiske tilgang	22
Professioners grundlag af viden	25
Faglig autoritet er relativ	28
<i>Professionsteoretisk tilgang</i>	30
Videnssystemer	34
Jurisdiktion	36
Settlements	38
Forskning som særligt har haft betydning for undersøgelsen	39
Et professionsteoretisk bud på sygeplejefagets relative succes	43
<i>Sygepleje – disciplinens institutionalisering i velfærdsstatslig regi</i>	45
Hospitalssektor og primær sektor	47
Virksomhedsområde	49
Rationalisering og specialisering af sygeplejerskers arbejde	51
Arbejdsmarkedet for sygeplejersker	53
Politiske mål og styring af arbejdet	56
Sundhedscentre baggrund og aktørinteresser	58
Hospitalsområdet	62
<b>Undersøgelsen</b>	<b>65</b>
Metodiske implikationer af den interaktionistiske begrebsramme	66
Praktisk gennemførelse	70
Hjemmebane-etnografi	74
Rollekonflikt og dobbeltpositionering	76
<b>Resultater</b>	<b>78</b>
<i>Vidensformer i materialet</i>	78
<i>”Rene” argumentationstyper i materialet</i>	80
<i>Horizontalt blik – henvisninger til vidensformer på tværs af materialet.</i>	84
<i>Vertikalt blik – de to cases</i>	89
Case 1: Sundhedscenteret	89
Bygninger	89
Projekt og evaluering som strukturelt vilkår	90
Holisme og tværfaglighed som ideologi	94
Relationer til eksterne aktører	100
Mangel på fysioterapeuternes arbejdskraft – overskud af sygeplejerskers arbejdskraft	101
Forhandlinger om varetagelse af fysiske tests	102
Commitment til arbejdspladsen	104
Case 2: Sengeafdelingen	106

Bygninger	108
Personalet i sengeafsnittet	110
Arbejdet	111
Adskillelse af planlagt og akut arbejde som strukturerende princip	114
Sengeøkonomi	116
Dokumenter	119
Møder og rituel oplæsning af dokumenter	122
Arbejdsdeling – gang, gulv og kontor	124
Arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker	126
Hierarki i arbejdet	128
Commitment til arbejdsplads og regimer	129
<i>Regelmæssigheder i relationer mellem vidensformer i materialet</i>	133
Abstrakt viden er lokaliseret i dokumenter	133
Logistisk viden har stor autoritet og indgår i alliancer med økonomisk og teknisk viden	137
Teknisk viden reproduceres og produceres i udvekslinger mellem de observerede	140
Etisk viden fremføres som konkurrerende vidensform, etisk viden har konsekvent mindst autoritet	141
Alliancer imellem konkret æstetisk viden og teknisk og økonomisk viden	142
Æstetisk viden knyttes til præferencer i arbejdet og lokale faglige fællesskaber	143
Abstrakt teknisk viden dominerer konkret viden	144
Alliancer imellem økonomisk og politisk viden	149
<i>Forskelle i materialet – forskelle imellem de to cases</i>	150
Logistisk viden efterspørges særlig i sengeafdelingen	150
Etisk og æstetisk viden udgrænses	151
Underkendelse af den viden som sygeplejerskerne udbyder i sundhedscenteret	156
<b>Opsummering og perspektivering</b>	<b>161</b>
<i>Sammenfatning</i>	162
Komplekse relationer mellem abstraktionsniveauer og vidensformer i sygeplejerskearbejde	163
Videnshierarki – det rationelle triumvirat i sygeplejerskers arbejde	165
Manualens globale gyldighed – reproduktion af viden via systematisk brug af manualer	167
Efterspørgsel og autoritet af sygeplejerskers viden er relativ	168
Perspektiver på den fortsatte professionalisering af sygepleje	170
Udefraperspektivet	171
Indefraperspektivet	176
Begrænsninger og forbehold	179
Teoretiske implikationer	182
<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>187</b>
Bilag 1 Sygeplejerskeuddannelse	188
Bilag 2 Sygeplejeforskning	191
Bilag 3 Uddrag af ”Tilladelse fra Datatilsynet”	193
Bilag 4 Oversigt over gennemførte interviews, respondenter og sammensætning af fokusgrupper	195
Bilag 5 Spørgsmål til fokusgrupper i sundhedscenteret:	196
Bilag 6 Spørgsmål til fokusgrupper i sengeafdelingen:	197
Bilag 7 Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i hospitalsafdelingen	198
Bilag 8 Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i sundhedscenteret	199
Bilag 9 Eksempel på et ark i en Standardplejeplan	200
<i>Referencer</i>	201
<i>Resumé</i>	210
<i>Abstract</i>	212

# Indledning

## Interesser og tilgang

Fra min position i ”sygeplejen”, det vil sige som underviser på en uddannelsesinstitution for sygeplejersker, fremtræder sygeplejefaget som under pres af forandringer i såvel uddannelsessystem som på arbejdsmarked. I uddannelsessystemet består presset i, at sygeplejerskeuddannelsen, i modsætning til tidligere, er lagt ind i større multidisciplinære uddannelsesinstitutioner, der har fået til opdrag at etablere uddannelseselementer på tværs af uddannelser og at udvikle nye uddannelser som supplement og afløsning af eksisterende uddannelser. På arbejdsmarkedet er sygeplejefaget under pres af mangel på arbejdskraft og under indvirkning af et arbejdsgiverstøttet opbrud i faggrænser. Aktuelt kan iagttages politiske interesser i, at hæderkronede beskæftigelsesmonopoler på det sundhedsfaglige område skifter hænder, sygeplejersker er på vej til at vinde fodfæste på bl.a. vagtcentraler, hvor de tænkes at skulle overtage politibetjentes arbejde med at besvare alarmopkald, sygeplejersker nævnes som mulige gatekeepers i lægevagten, og operationsteknikere uddannes på tekniske skoler for at kunne overtage dele af operationssygeplejerskernes arbejde.

Jeg mener at kunne se konturerne af en *progressions-* og *erosionsdiskurs*, som italesætter sygeplejefaget ud fra to forskellige perspektiver, og som udsiger radikalt forskellige udviklingslinjer i professionalisering af sygepleje.

*Progressionsdiskursen* i sygeplejefaget lægger sig i slipstrømmen af den politiske magt og tidens løsen, som er effektivitet, kvalitet, omstillingsparathed og vidensbasering. I progressionsdiskursen knyttes an til retorik om effektivitet og kvalitet i produktion af velfærdsstatslige ydelser i såvel uddannelsessystem som sundhedsvæsen.<sup>1</sup> I den politiske styring af sundhedsvæsenet betones effektivitet og rentabilitet og ambition om ”et sundhedsvæsen i verdensklasse” og dette på trods af

---

<sup>1</sup> Se fx ”Det 21. århundredes uddannelsesinstitutioner. Redegørelse om de videregående uddannelsers institutionelle struktur” (Undervisningsministeriet, 1998) eller ”Strategi for det behandlende sundhedsvæsen”, hvor det hedder: ”For at give borgerne et bedre sundhedsvæsen vil regeringen skærpe kravene til dokumentation af kvalitet og effektivitet, hurtigere udbredelse af de bedste metoder, lettere adgang til information og klarere kommunikation med borgerne. Regeringen vil stille skarpt på, at vi får et mere åbent og gennemsigtigt sundhedsvæsen, hvor patienten kommer først” (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003).



stigende efterspørgsel på sundhedsydelse og vanskeligheder med at rekruttere og fastholde kvalificeret arbejdskraft i det offentlige sundhedsvæsen. De politiske styrings- og reguleringsredskaber til forfølgelse af de politiske mål er velkendte, kontrakt- og markedsstyring af produktionen, basering af organisationers økonomi på produktivitetsafhængig finansiering, systematiserede evalueringer og fokus på effektiv udnyttelse af ressourcer. De politiske strategier til at kompensere for mangel på kvalificeret sundhedsfaglig arbejdskraft er effektiv udnyttelse af den eksisterende arbejdskraft gennem opgaveglidning mellem faggrupper kombineret med tiltag, der understøtter rekruttering af udenlandsk arbejdskraft. Rekrutteringsproblemet til grunduddannelsen søges løst gennem at ”akademisere” de sundhedsfaglige mellemuddannelser, opblødning af meritssystemer og at øge mulighed for vertikal og horisontal mobilitet i uddannelsessystemet – tiltag der antages at gøre uddannelserne mere attraktive og dermed tiltrække et større antal uddannelsessøgende. Et debatindlæg fra chefsygeplejersken på Skejby Sygehus illustrerer en progressiv italesættelse af sygepleje, sygeplejerskers rolle og arbejdsopgaver:

*”Vidensbaseret sygepleje er grundlæggende vigtig, fordi den sikrer patienterne mod tilfældig sygepleje. Den sygepleje, vi tilbyder patienterne, skal naturligvis basere sig på viden om, hvad der er bedst muligt for patienten. At arbejde med vidensbaseret sygepleje kræver, at medarbejderne kan indhente og anvende viden, og det er nyuddannede sygeplejersker rigtig gode til. At skifte en forbindelse er ikke en bevidstløs handling. Det kræver viden om, hvad man gør og hvorfor. Den viden har de nyuddannede. At de så måske er usikre på selve håndværket, er kun naturligt.[...] vi lægger stor vægt på forskning. Ikke kun blandt læger, også blandt medarbejdere med mellemlange uddannelser. I 2004 lavede vi en model, hvor vi skabte en række forskningsstillinger for disse medarbejdere, og nu er der 10 forsknings-sygeplejersker, forskningsradiografer, forskningsjordemødre osv. De arbejder i en model, hvor halvdelen af deres tid går med praktisk arbejde, mens den anden halvdel går med forskning. Dermed sikrer vi sammenhæng imellem forskning og klinikken.” (Krøll, 2006)*

Rationalet i progressionsdiskursen er, at forandringerne repræsenterer en win-win-situation, at sygeplejersker, som tilbyder effektive løsninger og udviser fleksibilitet på arbejdsmarkedet, både vil gavne befolkningens helbredstilstand og klare sig i konkurrencen om goder og politisk gunst – sygepleje italesættes her som profession og som et selvstændigt fag.

I progressionsdiskursen er reformerne på uddannelsesområdet tiltag, der på sigt vil øge antallet af sygeplejersker, give sygeplejersker øget adgang i uddannelsessystemet og bidrage til at højne fagets anseelse. Opgaveglidning imellem faggrupper opfattes som åbninger, der giver sygeplejersker

adgang til nye arbejdsopgaver, og som vil bidrage positivt til sygeplejerskers løn- og ansættelsesforhold. Systematisk udbredelse af standarder for ”best practice” og akademisering af uddannelsen vil højne kvaliteten i arbejdet, både til glæde for sygeplejersker og patienter samt på sigt understøtte selvstændiggørelse og vidensbasering af faget.

I *erosionsdiskursen* formuleres omvendt, at effektivisering af arbejdet og opgaveglidning vil underminere sygeplejerskers traditionelt tætte relationer til patienter, at andre faggrupper overtager det grundlæggende plejearbejde, og at sygeplejersker er på vej væk fra den direkte patientkontakt. Det problematiseres, at sygeplejerskearbejde tilrettelægges på en sådanne måder, at sygeplejerskers viden om den enkelte patient mister betydning og autoritet. Standardisering og rationalisering af arbejdet tenderer til, at sygeplejerskers personlige kundskaber og arbejdslivserfaringer underordnes regelviden, og at sygeplejefaglige traditioner for at anskue helbredsphenomener i et helhedsorienteret perspektiv må vige til fordel for specialisering og reduktionistisk tænkning. I *erosionsdiskursen* formuleres, at akademisering af uddannelsen og skoleficering af uddannelsens praktiske elementer indvarsler tab af faglige traditioner og kropslig, intuitiv viden. Håndværk og håndlag udgrænses og afløses af teoretisk viden formidlet i abstrakte symboler og sprog. Akademisering af uddannelsen betyder forandringer i rekruttering til faget, forandringer i den faglige identitet og udgør en trussel mod de faglige fællesskaber, som sygeplejersker har opbygget. Akademisk orienterede medlemmer dominerer forskning og ledelse af sygepleje på bekostning af mere praktisk, håndværksmæssigt orienterede medlemmer. I *erosionsdiskursen* italesættes forandringerne gennem en tabsretorik, sygeplejefaget mister autensitet, mening og viden. I sygeplejefaget er bl.a. omsorgsteorier bærere af *erosionsdiskursen*, hos en repræsentant for et omsorgsfilosofisk perspektiv hedder det om videnshierarkiet i evidensbaseret sygepleje:

*”Erfaringskunnskap på bunnen af hierarkiet. Nå er det ikke slik at man slutter å bruke erfaringskunnskap, skjønn og sunn fornufft, selv om man tilpasser evidensbaseret sykepleie til Evidensbaseret medisin. Men det er innebygt i denne tenkningen at kunnskap som er kommet fram gjennom forskning med høy evidens, er overordnet skjønnnet og erfaringskunnskapen. I sykepleiefaget virker det historieløst å slutte seg til en slik tenkning, på bakgrunn av den langvarige kampen dette fakket har ført, og etter hvert vunnet, for at erfaringskunnskap skal være likeverdige teoretisk, forskningsbaseret kunnskap i grunn- og videreutdanningene.”* (Martinsen & Boge, 2004)

Det er et fælles træk ved de to diskurser, at de hver italesætter relativt entydige, men radikalt forskellige udviklingslinjer i den aktuelle professionalisering af sygepleje.

Hypotesen, der ligger til grund for denne undersøgelse, er en antagelse om, at hvis man undersøger sygeplejefaget i et bottom-up perspektiv, vil andre mønstre og linjer træde frem – mønstre som vil vise betydelig mere komplekse træk ved sygeplejersker som faggruppe og af sygepleje som arbejde og fag.

Den empiriske strategi er derfor at studere professionalisering af sygepleje med afsæt i etnografisk niveau, hvor der udredes systematikker i italesættelse af faget gennem studier af sygeplejerskers arbejde på offentlige arbejdspladser.

I afhandlingen omtales sygeplejersker som ”professionelle”. Der skelnes imellem sygepleje som teoretisk disciplin, det vil sige som et fag, der forskes og undervises i, og sygeplejerskearbejde, det vil sige manuelt arbejde med patienter, varetaget af faggrupper på det offentlige arbejdsmarked for produktion af velfærdsstatslige ydelser.

## Forskningsspørgsmål

Interessen i denne afhandling er at undersøge professionel viden i sygepleje med afsæt i sygeplejerskers perspektiver på det konkrete arbejde. Det undersøges, hvad det er for arbejdsfunktioner, som sygeplejersker varetager, og det undersøges, hvad det er for *ræsonnementer*, som sygeplejersker gør gældende i udøvelse af faglig autoritet. Forhold, som med Foucault kan formuleres som et forhold mellem *viden* og *magt*, bestemte vidensformer repræsenterer legitim viden ift. bestemte sagsforhold og i bestemte situationer, og begrundet derfor også legitim magtudøvelse i faggruppens kampe om retten til at definere arbejde og arbejdsfunktioner. Strategien er at undersøge, hvordan sygeplejersker gør krav gældende i klinisk arbejde, hvilke krav sygeplejersker gør gældende og at undersøge, hvem sygeplejersker gør krav gældende i forhold til. Undersøgelsens afsæt er to eksplorative casestudier, baseret på interviews, deltagende observation og læsning af lokale dokumenter. Undersøgelsen vedrører danske forhold og er gennemført på et kommunalt sundhedscenter og på en sengeafdeling på et regionalt hospital. Feltstudierne er gennemført i perioden april 2006 til januar 2007.

I analyserne *rekonstrueres regelsystemer*, det vil sige, at der kortlægges systematikker i relationer mellem de former for viden, som sygeplejersker henviser til i argumentationer for at gøre krav gældende i arbejdet.

Med afsæt i to eksplorative casestudier gennemført i et sundhedscenter og på en hospitalsafdeling søges nedenstående forskningsspørgsmål besvaret:

*Hvilke former for viden er i spil i sygeplejerskers arbejde? Hvordan og hvorfor bringes vidensformerne i spil, og hvilke konsekvenser har det for sygeplejens professionalisering?*

- *Hvilke former for viden produceres og reproduceres, udbydes og efterspørges i sygeplejerskers arbejde?*
- *Hvordan er forholdet mellem vidensformer, arbejdsfunktioner og arbejdsorganisering?*
- *Hvilke implikationer har dette for den videre professionalisering af sygepleje?*

## Begrundelser for udvælgelse af sygeplejerskearbejde på hospital og i sundhedscenter

Som erhverv udfoldes sygepleje på et arbejdsmarked, hvor sygeplejersker i konkurrence med andre faggrupper udbyder sundhedsfaglige ydelser. På handlingsniveau udfoldes sygeplejerskers arbejde på arbejdspladser, hvor der kan identificeres konkurrence og alliancer mellem sygeplejersker og repræsentanter for andre faggrupper.

Sygeplejerskearbejde kan både i et historisk og i et aktuelt perspektiv karakteriseres som højt differentieret. Variationer i stillingsannoncer for sygeplejersker, antallet af overenskomster og lokale lønaftaler indgået på arbejdsmarkedet for sygeplejersker illustrerer, at der i det danske sundhedsvæsen kan identificeres et meget stort antal varierede funktionsområder, stillingsbetegnelser og karriereforløb for sygeplejersker. Hertil kommer, at der blandt landets 60.000 erhvervsaktive sygeplejersker, udover en række fælles træk, med stor sandsynlighed kan identificeres konkurrerende fortolkninger af sygeplejerskers arbejde og forskelle i strategier til legitimering af sygeplejerskearbejde.

Institutionalisering af sygepleje i det sundhedsfaglige område og af sygeplejerskers arbejde i det offentlige sundhedsvæsen har haft implikationer for udhævelse af sygeplejerskers fag og arbejde som politikområder og for differentiering af sygepleje i sygeplejerskearbejde, sygeplejerskeuddannelse og sygeplejerskeforskning. Institutionaliseringen har haft implikationer for differentiering af sygeplejerskers arbejde og hierarkisering mellem sygeplejersker. På tværs af fagets historie skelnes imellem sygeplejerskearbejde *på hospital* og sygeplejerskearbejde *udenfor hospital*. Ligesom der skelnes imellem sygeplejersker, som udfører, leder og forvalter sygepleje, og imellem sygeplejersker, som underviser og forsker i sygepleje. I undersøgelsen stilles skarpt på sygeplejerskers manuelle arbejde med patienter på to arbejdspladser, i et sundhedscenter, hvor arbejdet karakteriseres som del af ”*rehabiliteringsforløb*” og på en hospitalsafdeling, hvor arbejdet karakteriseres som del af ”*accelererede forløb*”.

I afgrænsningen af denne undersøgelse er truffet smertefulde valg knyttet til fokus og design, som har haft implikationer for den empiri, der er produceret. Det blev relativt hurtigt afgjort at undersøge sygeplejerskers arbejde i den offentlige del af sundhedsvæsenet. Det empiriske belæg er, at cirka 90 % af de erhvervsaktive sygeplejersker er ansat i det offentlige sundhedsvæsen. Ved at undersøge sygeplejerskers arbejde i offentligt regi vil undersøgelsen omfatte generelle vilkår for hovedparten af erhvervsaktive sygeplejerskers arbejde og dermed gøre de valgte cases logisk sammenlignelige. Andre forhold, som blev vurderet til at lette komparation, var, at offentligt ansatte sygeplejersker, via ansættelse i den offentlige del af sundhedsvæsenet, er underlagt relativt ensartede politiske mål, ideologier samt styrings- og reguleringsmekanismer.

Begrundelsen for at vælge en offentlig hospitalsinstitution som en organisatorisk ramme til at studere sygeplejerskers arbejde er den helt banale, at mere end 60 % af erhvervsaktive sygeplejersker er ansat i det offentlige sygehusvæsen.<sup>2</sup> Som institution udgør hospitalet og de logikker, som er indlejret i hospitalet som fagbureaukrati, derfor centrale rammer for hovedparten af danske sygeplejerskers arbejde. Hospitalet er desuden en kerneinstitution for legitimering af sundhedsfagligt arbejde (Freidson, 2001). Tilsvarende blev det besluttet at udvælge en institution forankret i den kommunale del af sundhedsvæsenet, idet arbejdspladser i den kommunale sektor udgør den næststørste del af arbejdsmarkedet for sygeplejersker. Lidt over 20 % af de fagligt

---

<sup>2</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007. Notat om arbejdsmarkedet for sygeplejersker. Finansudvalget § 16 bilag 2.

organiserede og erhvervsaktive sygeplejersker er omfattet af kommunale overenskomster.<sup>3</sup> Tilsammen udgør offentlige hospitaler og kommunale institutioner de organisatoriske rammer og institutionelle logikker, som hovedparten af danske sygeplejersker må legitimere deres arbejdet i forhold til.

For at kompensere for, at undersøgelsen, af gode grunde, ikke kan omfatte alle landets hospitalsinstitutioner og samtlige institutioner i kommunale sundhedsordninger, er det besluttet at udvælge eksempler på sygeplejerskers arbejde og arbejdspladser, som er blevet løftet frem af politiske aktører, og som den politiske magt særligt legitimerer som forbilledlig produktion af velfærdsstatslige sundhedsydelser – ud fra dette kriterium falder det logisk at udvælge cases, hvor sygeplejerskers arbejde overvejende er afledt af rehabilitering i et sundhedscenter og accelereret kirurgisk behandling på hospital.

Diskussioner og strategier til nedbringelse af ventetider til kirurgisk hospitalsbehandling fylder i sundhedspolitiske debatter. Regeringen understøtter opbygning af et privat sygehusvæsen, som skal udbyde kirurgisk behandling i konkurrence med offentlige hospitaler. Hospitaler og hospitalejerne er gennem en årrække konfronteret med ”incitamentsstrukturer” i form af økonomisk belønning for at øge produktionen på de kirurgiske afdelinger og tilsvarende ordninger, som udløser økonomiske sanktioner, hvis hospitaler ikke efterlever udstedte behandlingsgarantier.

I 2001 blev nedsat et rådgivende udvalg for Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Udvalget forfattede rapporten ”Barrierer for mere effektiv arbejdstidstilrettelæggelse på sygehusene”. I rapporten hedder det, at der er betydelige rationaliseringsgevinster at hente ved at adskille den akutte og planlagte kirurgiske behandling på hospitalerne og ved at etablere samarbejde på tværs af sundhedsvæsnets sektorer for hurtig udskrivelse og rehabilitering udenfor hospitaler. Som eksempler på en sådan effektiv adskillelse af planlagt og akut kirurgi fremhæves i rapporten accelererede patientforløb. Det hedder:

*”Der er gode erfaringer med **accelererede patientforløb** flere steder i landet – baseret på solid videnskabelig dokumentation. Formålet med accelererede patientforløb er at sikre, at patienten*

---

<sup>3</sup> Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007. Notat om arbejdsmarkedet for sygeplejersker. Finansudvalget § 16 bilag 2 samt oplysninger fra Dansk Sygeplejeråds medlemsstatistik, 2005. DSR skønnes at organisere hen ved 95 % af samtlige erhvervsaktive sygeplejersker, hvorfor rådets medlemsstatistik betragtes som valid kilde til beskrivelse af erhvervsaktive sygeplejerskers branchetilknytning.

*hurtigst muligt genvinder sit tidligere funktionsniveau, og at mindske risikoen for alvorlige komplikationer. Samtidig har det vist sig, at liggetiderne kan nedbringes betydeligt... Accelererede patientforløb er en stor ledelsesmæssig udfordring. Det kræver en fasttømret organisation i stadig udvikling. Blandt barriererne for udbredelsen af accelererede forløb er især traditionsbundne holdninger og modstand mod ændringer af daglige rutiner. [...] Samlet set er der ved accelererede forløb dokumenteret en kombination af højere kvalitet i behandling og mindre ressourceforbrug, som dog ikke består i reducerede normeringer, fordi der kræves mere intensiv pleje i den korte liggetid. Derimod kan der på sigt blive økonomiske gevinster på grund af nedsat komplikationsrisiko.*

*Konceptet kan formentligt effektiviseres yderligere ved et tæt samarbejde med den primære sundhedssektor". (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002: 62-63)*

De politiske interesser, som knytter sig til *rehabilitering* af kroniske lidelser udenfor hospitalsregi, er overordnet afledt af demografiske fremskrivninger, som viser en voksende andel af ældre i befolkningen, og fremskrivninger af sygdomspanoramaet, som viser en forventet stigning i forekomst af kroniske sygdomme. Interessen samler sig særligt om de såkaldte "livsstilsbetingede sygdomme", muskel- og skeletsygdomme, hjerte-karsygdomme, sukkersyge, kræft og lungesygdomme. Hertil kommer, at sundhedsprofessionelles aldersbetingede afgang fra arbejdsmarkedet er stigende, samtidig med at rekrutteringsgrundlag og søgning til dele af det sundhedsfaglige område er vigende.

Sygdomme, som typisk optræder hyppigt i ældre aldersgrupper, har ofte længerevarende (kroniske) forløb. De lader sig vanskeligt kurere, og patienter med kroniske sygdomme indlægges relativt hyppigere og langvarigt på sygehuse.<sup>4</sup> Etablering af systematiseret behandling og rehabilitering af kroniske lidelser udenfor hospitalerne repræsenterer således en mulighed for at aflaste hospitalsvæsnet for et forventet fremtidigt "ressourcepres". I aftalen om Kommunalreformen bestemmes det derfor, at kommuner fremover skal have ansvar for genoptræning og rehabilitering, som ikke kræver indlæggelse.<sup>5</sup>

*"Kommunerne får ansvaret for den forebyggelse, pleje og genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse. Kommunerne skal kunne etablere nye løsninger på især forebyggelses- og genoptræningsområdet, f.eks. i form af **sundhedscentre** ..."*

<sup>4</sup> Regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (Indenrigs- og Sundhedsministerens rådgivende udvalg, 2003).

<sup>5</sup> Nærmere bestemmelse af begrebet "rehabilitering" som tilbagevendende trend i sundhedsdiskurser, se fx Sandholm Larsen & Larsen, 2008.

*”På sygehusene skal der fortsat udarbejdes genoptræningsplaner, der skal fastlægge, hvilken genoptræning den enkelte patient har ret til. Planen er patientens sikkerhed for en målrettet indsats også i forhold til den træning, der foregår efter udskrivning fra sygehuset...” (Aftale om strukturreform, 2004)*

Som strukturerende rammer for sygeplejerskers erhvervsudøvelse er derfor valgt to typer arbejdspladser, en veletableret og klassisk institutionel ramme for sygeplejerskers erhvervsudøvelse, en kirurgisk sengeafdeling, hvor der arbejdes med accelereret kirurgiske pleje- og behandlingsforløb, samt et nyetableret sundhedscenter, hvor der arbejdes efter standarder for rehabilitering af kroniske lidelser. Sundhedscenteret er en organisatorisk nyskabelse og afspejler pågående strategiske ændringer i opgavevaretagelse imellem sundhedsvæsnets sektorer, imellem institutioner og erhvervsgrupper. De udvalgte organisationsformer og principper for produktion af sundhedsydelser er udpeget af den politiske magt som ideelle rammer for behandling og rehabilitering.

Sygeplejerskearbejde i kommunal rehabilitering og i accelereret hospitalsbehandling er udvalgt som eksempler på sygeplejerskearbejde, som skønnes også fremover at udgøre karakteristiske rammer for de to største brancher i arbejdsmarkedet for sygeplejersker og dermed centrale rammer for fremtidig tilrettelæggelse og legitimering af en sygeplejerskes arbejde. Der er endvidere valgt arbejdspladser, som er fokuseret på at løse væsentlige og dominerende helbredsproblemer.

I de følgende afsnit redegøres for teoretiske perspektiver på handling, viden og profession. Der redegøres for litteratur, som særligt har haft betydning for undersøgelsen.

Der redegøres for kontekstualisering af sygeplejerskers arbejde i velfærdsstatslig regi. Der redegøres for baggrund og opkomst af kommunale sundhedscentre samt udvalgte forhold vedrørende politisk regulering af sundhedsfagligt arbejde og arbejdsmarkedet for sygepleje.



# Baggrund og perspektiv

## Afhandlingens sociologiske perspektiv

Der arbejdes med en overordnet socialkonstruktivistisk optik i afhandlingen. Det erkendelsesteoretiske perspektiv refererer til arbejder af Berger og Luckmann samt Michel Foucault, det handlingsteoretiske perspektiv refererer til Goffmans sociologi. I det følgende skitseres ovenstående perspektiver med henblik på at præcisere, hvilke implikationer de har for afhandlingens overordnede begrebsramme, særligt med henblik på at udrede implikationer for afhandlingens erkendelsesteoretiske, handlingsteoretiske og professionsteoretiske tilgang til sygeplejersker som faggruppe og sygepleje som fag. Der redegøres for overvejelser om begrebsrammens indvirkning på afgrænsning af perspektiv og forskningsgenstand og implikationer for valg af forskningsdesign, og de specifikke metodologiske og analytiske strategier, som tages i anvendelse.

## Erkendelsesteoretisk tilgang

Det sociale ses som konstruktioner, der skal studeres som meningsskabende processer mellem aktører. Virkeligheden konstitueres af den mening, som den har for aktører, og ting eksisterer i kraft af deres sociale definition. Grænsefladen imellem den sociale og den materielle virkelighed opfattes i en vis grad som udvisket. Der åbnes dog ikke op for en radikal relativisme, alle definitioner *er* ikke sande, men alle definitioner bør som udgangspunkt undersøges *som* sande. Aktører kan principielt definere og tolke virkeligheden frit, men forudsætningen for, at fortolkninger kan undersøges som sande, er, at de er socialt tilgængelige. Sande fortolkninger må kunne deles med andre, og at fortolkninger må forstås og tydes som meningsfulde af andre. Retten til at udlægge virkeligheden er som udgangspunkt ulige fordelt, og der er kampe imellem aktører om retten til at fortolke virkeligheden, og der eksisterer konkurrerende udlægninger af virkeligheden.

I socialkonstruktivistiske tilgange er menneskelig erkendelse indlejret i og afledt af de materielle vilkår, hvorunder mennesker lever, tænkning, sprog og sociale praksisser ses som historisk variable.

Marx' analyser af tænkningens bundethed til den samfundsmæssige virkelighed og Mannheims senere forståelse af viden som konkurrerende ideologier og menneskelig tænkning som eksistensbestemt ses som centrale afsæt for sociologiske varianter af socialkonstruktivisme (Mannheim, 1954; Berger & Luckmann, 2003; Collin, 2004). Særlig Marx' beskrivelser af relationer imellem basis og overbygning, at menneskelig tænkning grundlæggende er praktisk og rettet imod at møde udfordringer, at strukturering af menneskeligt arbejde afsætter ideologiske og materialiserede spor. Marx beskriver bl.a., hvordan viden om produktion og produktionsmåder materialiseres i form af udvikling af redskaber:

*”Arbejdets produktivitet afhænger ikke kun af arbejderens virtuositet, men også af hans værktøjs fuldkommenhed.... Men så snart en arbejdsproces` forskellige operationer bliver skilt fra hinanden, og hver deloperation i delarbejderens hånd får en så formålstjenlig og følgelig så eksklusiv form som muligt, bliver det nødvendigt med en ændring af de redskaber, der tidligere tjente forskellige formål... Den differentiering af arbejdsredskaberne, gennem hvilken redskaber af samme art får særlige konstante former tilpasset hvert enkelt formål, og den specialisering af dem, gennem hvilken ethvert sådant redskab kun kan virke i hele sit omfang i hænderne på specielle delarbejdere, karakteriseres af manufakturen... Manufakturperioden forenkler, forbedrer og mangfoldiggør arbejdsredskaberne ved at tilpasse dem delarbejdets særfunktioner.” (Marx, 1970: 505)*

Berger og Luckmann samtænker elementer fra marxismen og fænomenologien i ”Den sociale konstruktion af virkeligheden” fra 1966. Her formuleres, i opposition til videnskabssociologi,<sup>6</sup> en videnssociologi fokuseret på hverdagsviden og hverdagsbevidsthed. I bogen vises, hvordan abstrakt og konkret tænkning baseres på og vokser frem af praktiske, sociale aktiviteter. Og at individer, som medlemmer af sociale fællesskaber, opfattes som meningsbærende og meningskonstruerende. Grundlaget for videnssociologien er ”metodologisk neutralitet”, der skal ikke tages stilling til gyldighedsspørgsmål, i stedet argumenteres for, at alle de opfattelser, som opfattes som viden i samfund, skal undersøges som virkelige. Gyldighedsspørgsmål er kun interessant i forhold til studier af de processer, hvorunder viden produceres og overføres. Hverdagslivets virkelighed kan hverken undersøges som sand eller falsk, virkeligheden ”er” og den udgør ”eksistensen for tilværelsen” (Bertilsson, 1998; Collin, 1998; Berger & Luckmann, 2004).

---

<sup>6</sup> Videnskabssociologi (sociology of science) forstået som sociologi om institutionalisering af videnskabelig tænkning (Merton).

Viden og tænkning er bundet til den samfundsmæssige virkelighed, og menneskelig tænkning ses som produkter af de materielle omstændigheder, hvorunder mennesker lever og arbejder, viden er kollektive fortolkninger af materielle og sociale vilkår. Menneskelig viden opfattes som produkt af og redskab til at møde de udfordringer, som udstikkes af konkrete udfordringer og overlevelseshæbetinger. Hos Berger og Luckmann opereres der således med bredt vidensbegreb, som er relateret til aktiviteter i hverdagen. Viden ansues som et socialt skabt fænomen, som udspringer af det, som individer i fællesskaber konstruerer af forståelser, indsigter, forklaringer og handlekompetencer – viden er det, som lokalt defineres som viden – det mennesker ”ved” om virkeligheden. Der er altså tale om en tilgang til viden som intersubjektiv og funderet i en common sense forståelse og grundlæggende funderet i den materielle verden. Den mindste sociale ”enhet” i denne socialkonstruktivistiske tilgang til videnssociologi er principielt en gruppe bestående af to medlemmer (Bertilsson, 1998; Collin, 2004).

På handlingsniveauet er retten til at klassificere, fortolke og udlægge fænomener ulige fordelt i sociale fællesskaber, og på et diskursivt niveau tilskrives klassifikationer og fortolkninger varierende grader af autoritet og udsagnskraft.

## **Klassifikationer**

Social differentiering af viden og social differentiering i muligheder for at legitimere handling forstås overordnet i et magtperspektiv. Michel Foucaults hypotese om ”*udelukkelsens spil i tale*” tilbyder en produktiv teoretisk tilgang til et analytisk blik på hierarkiseringer af viden om verden. Det hedder:

*”Talefrembringelsen i ethvert samfund bliver kontrolleret, udvalgt, organiseret og fordelt i medfør af et antal procedurer, som har til opgave at besværges magter og farer, at beherske begivenheders slumptræf og undvige dens tunge, dens frygtelige materialitet”.* (Foucault, 2001: 13)

I Foucaults optik er grundlaget for kontrol og organisering af viden baseret på tre klassifikations- og eksklusionssystemer: Klassifikationer, som skelner imellem *tilladt* og *forbudt*, klassifikationer, som skelner imellem *vanvid* og *fornuft*, samt klassifikationer, som skelner imellem *sandt* og *falskt*. Adskillelses- eller klassifikationsystemer hviler på institutionel støtte, de understøttes og styrkes i sammenvævede praksisser, som udspilles i institutionaliserede principper for lokal klassifikation, indretning og differentiering af objekter, tænkning og handling. Institutionaliserede principper

antager form af discipliner eller fag, som er afgrænset af genstandsfelter og organiseret efter ”en mængde af metoder, et korpus af påstande, der betragtes som sande, et spil af regler og definitioner, teknikker og instrumenter: alt dette udgør en slags anonymt system, som står til disposition for den, som vil, eller den, som kan betjene sig deraf”. (Foucault, 2001: 23)

Klassifikationssystemerne *tilladt/forbudt* og *fornuft/vanvid* er gennemsyret af og underordnet interesser, som er knyttet til at klassificere i forhold til kategorierne *sand/falsk*. Det betyder, at klassifikationer på det naturvidenskabelige, humanvidenskabelige og politisk økonomiske vidensområder er indordnet et deskriptivt primat, hvor sand erkendelse og sand viden må være baseret på hypotetisk deduktive principper. Foucault beskriver denne hierarkisering som indordningen under ”vilje til viden”, og produktion af *sandhed* er det gennemgående princip for hierarkisering af kategorier i vidensområder. Der udpeges tre rationalitets- eller vidensområder, som nærer discipliners autoritet:

De **empirisk-analytiske** videnskaber, hvor der er genereret teoretiske og metodiske traditioner for udvikling af prognostisk viden, som er baseret på logiske opbygninger af sammenhængende og sande udsagn, samt viden, der er baseret på videnskabelige eksperimenter og kontrolleret iagttagelse. Empirisk-analytisk viden producerer teknisk dispositionsmagt eller teknisk autoritet baseret på manipulativ udnyttelse af betydninger og prognoser. De kategoriseringer, som afledes af empirisk-analytisk funderede videnskaber, er overordnet rettet imod at skelne imellem *sandt/falskt* og *sikre/tilfældige udfald*.

De **historisk-hermeneutiske** videnskabelige traditioner producerer praktisk autoritet i etablering af betydningsforståelser, som udledes med henvisning til ”hermeneutikkens regler”. Der er tale om regler knyttet til autoritativ viden om fortolkende udlægninger af motiver, interesser og situationer. Kategoriseringer, som afledes af de historisk-hermeneutiske traditioner, er knyttet til æstetiske og etiske kategorier som *rigtigt/forkert*, *godt/ondt* og *lyst/ulyst*.

I de **handlingsvidenskabelige** traditioner knytter interessen sig til at producere og akkumulere nomologisk viden<sup>7</sup> om det sociale, økonomi og politik. De systematiske handlingsvidenskaber producerer ligeledes autoritet baseret på prognostisk viden. Kategoriseringerne inden for

---

<sup>7</sup> Handlingsvidenskaber forstås i denne sammenhæng som ”traditionel teori” jf. Horkheimer.

handlingsvidenskaberne er grundlæggende knyttet til magt og økonomi, og der er tale om en autoritativ skelnen imellem *stærk/svag* og *vinder/taber* på markedet (Habermas, 2005).

## Niveauer

Hierarkisering af vidensområder refererer til dualiteter som gud/menneske, ånd/hånd og hoved/krop, og som kan spores tilbage til den aristoteliske skelnen imellem teoretiske og praktiske videnskaber og deres genstandsområder. Teoretiske videnskaber indtager en unik og eleveret position, her anlægges et distanceret, objektiverende blik, og der stræbes imod den sande erkendelse af tingenes beskaffenhed. Det græske "theoria" kan oversættes som "at se fra gudernes perspektiv".<sup>8</sup> Teori beskæftiger sig således med det gudgivne eller med "det, som ikke kan være anderledes".<sup>9</sup> De praktiske videnskaber er underordnet og vedrører "det, som kan være anderledes" og udfoldes mod den sociale (menneskelige) verden og stræber efter meningsfulde gode handlinger, baseret på etisk/social viden. Fronesis er viden om det, som er godt for fællesskabet og det enkelte menneske, og techne beskrives som produktiv, prognostisk viden.

Viden optræder i *abstrakte symbolske* former som sprog og symboler, og viden optræder endvidere i *konkrete, kropsligt funderede* former som kunnen, færdigheder og artefakter. Abstrakte vidensformer tilskrives generaliseret autoritet med henvisning til "theoria" og underordner sig kropslig funderet kunnen, som er konkret, lokal gyldig og henviser til common sense tolkninger, der er bundet til kroppe og genstande. Vidensformer hierarkiseres i forhold til abstraktionsniveauer, idet abstrakt skolastisk viden, som er repræsenteret i tekst, tegn og sprog, dominerer konkret, personbunden eller kropslig forankret viden, der optræder som i færdigheder og kunnen. Abstrakt skolastisk viden påberåber sig global gyldighed, og konkret kropslig viden vurderes i forhold til lokale gyldighedskriterier.

På handlingsniveau kan hierarkiseringer af vidensformer spores i de former, hvorunder magtens mikrofysik udfoldes. Hos Foucault ses magt som en produktiv kraft, der kan erkendes i de strategier, som udspilles i tale og regelstyret praksis, og i sandheder, som konstrueres om subjekter og genstande.

---

<sup>8</sup> Se fx Saugstad, 2007.

<sup>9</sup> Politikens filosofileksikon, 1996.

## **Den handlingsteoretiske tilgang**

Et af sociologiens ”million dollar questions” lyder således: Er det aktørers handlinger, som skaber strukturer, eller er det strukturer, som skaber handlinger? I denne afhandling er ambitionen langt fra at besvare spørgsmålet, og der arbejdes overordnet med en pragmatisk tilgang til problematikken – grundlæggende er det opfattelsen, at det ikke giver mening entydigt at søge at besvare spørgsmålet. Tilgangen til spørgsmål om aktør-strukturproblematikken er, at forholdet grundlæggende må forstås som dialektisk, og der derfor må arbejdes med sociale fænomener i et teoretisk grænseland imellem metodologisk kollektivism og metodologisk individualisme. Handlinger må forstås i både et kort og et langt tidsperspektiv. På den ene side udfoldes handlinger som fortolkninger i situationer, det vil sige sekunder, minutter, timer og dage, og i individuelle livsbaner forstået som år og årtier, og på den anden side forstås handlinger som udfoldet i allerede eksisterende figurationer og institutionaliserede adfærdsformer, som har undergået forandringer over generationer og århundreder (Collins, 1981).

I et hverdags perspektiv indtages forskellige roller. De måder, hvorpå aktører træder ind i roller, og de råderum, som gives aktører til at handle og fortolke, varierer over tid og er situations- og kontekstafhængig. Aktører betragtes som aktivt fortolkende og konstruerende i den sociale interaktion (Bertilsson, 1998). Aktører følger såvel individuelle som kollektive strategier i forhold til de muligheder og de begrænsninger, som udstikkes i sociale institutioner. I et livshistorisk perspektiv træder aktører ved fødslen ind i roller, som fortolkes i og som del af de sociale institutioner, som er karakteristisk for en primærgruppe, for at løftes ud af primærgruppen og at træde ind i roller, som udspilles i og fortolkes i sekundær grupper og institutionaliserede handlinger.

Erving Goffman (1922-1982) kan karakteriseres som en ”moderne sociologisk klassiker”. Teoretisk rubriceres Goffmans arbejder under symbolsk interaktionisme, en retning inden for amerikansk efterkrigstids sociologi, hvor der studeres betydningsdannelse med afsæt i ansigt til ansigt relationer. Traditionen har rødder både til tysk fænomenologi og amerikansk pragmatisme. Der trækkes på Webers fortolkende tilgang til handlinger, blandet op med Husserls filosofi om intentionalitet og intersubjektivitet. Og der indgår elementer af amerikansk pragmatisme med referencer til Mead og Schütz. Fokus i symbolsk interaktionisme er overordnet aktørteorier med fokus på aktøren, aktørens bevidsthed om sig selv, og aktørens bevidsthed om sig selv i verden. Et grundlæggende udgangspunkt er, at der i den sociale interaktion er elementer af fordring til stede,

samt at aktørerne forholder sig strategisk til fordringerne ud fra common sense forståelser. Og at aktører må studeres som fortolkende enheder. I Goffmans sociologi kan der spores referencer til Durkheims metodiske grundprincip om, at det sociale er mellem mennesker, og at det sociale udøver en ydre tvang på individerne, samt at bevidsthed om normer og værdier i fællesskaber er strukturerende for individers handlinger.

Hos Goffman kan ligeledes spores træk fra Georg Simmels essays om forholdet mellem individets bevidsthed om at indgå i det sociale. Der er en række fælles træk mellem Goffmans forståelse af ”social interaktion” og Simmels begreb om ”vekselvirkninger”. Hos Simmel er der i vekselvirkninger en rettet, som altid er relateret til drifter eller bestemte formål. Hos Goffman kan der i den sociale interaktion identificeres linjer, som er rettet imod privilegiesystemer og interesser. Goffman og Simmel har begge blik for de små og undseelige detaljer i hverdagslivet. De arbejder med egne termer og hypoteser og producerer overraskende og særegne fortolkninger, og der er en optagethed af den detaljerigdom, der knytter sig til stilisering og tolkning i hverdagslivet.<sup>10</sup> Begge er blevet kritiseret for at arbejde eklektisk og ”botaniserende”.

I forhold til aktør-strukturproblematikken ses hos Goffman en betoning af det strukturelle og institutionaliserede,<sup>11</sup> hvilket kan ses i hans studier af totale institutioner, hvor patient- og fangeroller beskrives som situerede i totale institutioner, og institutionerne tilsvarende beskrives som situerede aktivitetssystemer. Goffmans perspektiv er rettet imod at kortlægge mønstre i interesser og strategier i institutionelt indsnævrede råderum, og her fungerer fængslet, sindssygehospitalet og kasernen som ideelle ”sociale akvarier”. Interessen hos Goffman er at undersøge aktørernes strategier i situerede aktivitetssystemer, og gennemgående i forfatterskabet er der fokus på den mikropolitiske dramaturgi, som udfoldes mellem den situationelle magt og den menneskelige magt. Det er Goffmans betoning af det strukturerende i aktivitetssystemerne, som betinger, at han arbejder karakteriseres som ”institutionsstudier” (Mik-Meyer & Järvinen, 2005).

Metodisk arbejder Goffman med etnografiske studier med afsæt i observation samt med interviews og dokumenter, og der er et øje for detaljer og nuancer i materialet. Perspektivet i undersøgelserne

---

<sup>10</sup> Tilsvarende optik kan ses i arbejder af Thorstein Veblen, se fx *Conspicuous Consumption* (Veblen, 1889).

<sup>11</sup> I modsætning til de mere radikale etnometodologiske spor, repræsenteret ved Garfinkel, hvor individers aktiviteter ses som skaber eller som konstituerende for virkelighed, og hvor social interaktion studeres, fordi det er gennem handlinger, at aktører håndterer, opretholder og forandrer sociale strukturer.

er deskriptivt kritisk. Teoretisk kan arbejderne karakteriseres som afprøvende og undersøgende. Goffman udvikler empiribaseret teoretiske begreber, som er situeret i en mikropolitisk kontekst. I *Anstalt og menneske* hedder det om det ”lægelige servicemønster”:

*”Alt hvad der foregår i hospitalet skal legitimeres ved at fortolke det eller afpasse det, så det stemmer overens med det lægelige servicemønsters referenceramme. Personalets daglige virksomhed skal defineres og fremlægges som udtryk for iagttagelse, diagnose og behandling. For at iværksætte denne fortolkning må man i nogen grad fordreje kendsgerningerne, omtrent som tilfældet er for dommere, lærere og funktionærer i andre af vore tvangsbetonede institutioner”.* (Goffman, 2001: 283)

Goffman arbejder med detaljerede studier af hverdagsliv, hvor der stilles skarpt på strategier og vurdering af mulighedsbetingelser, der betoner aktørernes fortolkning og kalkulationer i forhold til de mulighedsbetingelser, som er givet.<sup>12</sup> Der er tale om studier med fokus på interaktion samt det pågående og aktive identitetsarbejde. Selvet, rollen, identiteten er ikke kun noget, som man ”er”, selvet er et objekt, som aktivt konstrueres, og som individet lever efter. Selvet (identiteten) er en refleksiv proces, mennesket er objekt for sig selv, kan opfatte sig selv, tale med sig selv og handle i forhold til sig selv (Harste & Mortensen, 2002).

I Goffmans studier af situerede aktivitetssystemer fremanalyseres roller og selvstrategier, som beskrives som aktørernes funktionelle svar på de givne mulighedsbetingelser, uanset hvor indsnævrede de end måtte være.

Goffman arbejder med en dramaturgisk handlingsmodel (Bertilsson, 1998). Det er aktørens handlinger, som er i centrum. Både empirisk og analytisk undersøges spændingsfelter imellem institutionaliseret adfærd og praksis, uden at der gøres forsøg på systematisk at afdække handlinger i forhold til de studeredes livsverden. Livshistoriske funderede motiver til handling nedtones og inddrages kun i den udstrækning, at ”det aktiveres i den sociale interaktion” (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Fokus er konturerne af de mønstre, linjer og figurer, som handlinger tegner i den sociale interaktion, her adskiller det goffmanske perspektiv sig radikalt fra narrative og livshistoriske traditioner inden for mikrosociologi. Metodologisk har distancen til det livshistoriske perspektiv den betydning, at forskeren tilstræber en distanceret, deskriptiv tilgang til de udforskede

---

<sup>12</sup> Pierre Bourdieu kalder Goffman for ”Opdageren af det uendeligt små og undseelige” (Bourdieu, 1983).



og i mindre grad må søge at ”dele” eller udveksle erfaringer med de udforskede. Interessen er, at undersøge, hvordan identiteter er konstrueret gennem en konkret social praksis, samt at studere hvordan forskellige ”selver” udfoldes og interagerer i konkret institutionelle rammer. Goffman arbejder med to former for magt, den institutionelle magt og den menneskelige magt.

Den institutionelle magt er indlejret i situationen. Det kunne være institutionens, bureaukратиets magt, som analyseres frem ved at stille skarpt på en række krænkende mekanismer, som genereres i institutionen, eller som bureaukratiet gør brug af. Det kan endvidere fremanalyseres ved at undersøge de regler og normer, der strukturerer den sociale interaktion – det er det fænomen, som i teksten betegnes som situerede roller. Den menneskelige magt, evnen til at handle strategisk og intentionelt inden for rammer, som er udstukket af andre, det kan være en arbejdsplads eller en velfærdsstatlig institution – og det er i relation til den menneskelige magt, at begrebet ”rolledistance” kommer i spil. Uanset hvor indsnævret eller udfoldet aktørers magtudøvelse er, opfattes den altid som situeret i og indlejret i aktivitetssystemer.

I Goffmans sociologi beskrives sociale aktører som ”handlende på moralens marked”. I den sociale interaktion tegnes linjer eller handlingsfigurer, som ”legemliggør den sociale orden”. Den sociale orden opfattes som produceret i samfundets mikro- og makrostrukturer. Om den sociale orden hedder det, at den udgør et komplekst sæt af rettigheder og forpligtigelser, som dels er vævet sammen med de sociale identiteter, som produceres i den sociale interaktion, og dels er bundet til samfundets makrostrukturer (Järvinen & Mik-Meyer, 2005; Goffman, 1971).

Der legemliggøres en social orden i interaktionen. Den analytiske udfordring ligger i at fremanalysere den sociale orden i aktivitetssystemer ved at følge den rettethed, som er bundet til interaktionslinjer, at undersøge hvilke hierarkiseringer, der kan identificeres i den sociale interaktion som repræsentationer for, hvordan menneskelig og institutionel magt er hierarkiseret, og hvilke materielle og ideelle værdier som de to magtformer efterstræber.

### **Professioners grundlag af viden**

På tværs af litteraturen beskrives professioners vidensgrundlag som sammensat af forskellige former for viden og som sammensat af viden på forskellige abstraktionsniveauer. Den viden, som professioner bygger på, beskrives på den ene side som rationel, abstrakt, generaliserbar og på den

anden side som konkret, kropslig, diskretionær og situationsbestemt. Centralt i beskrivelserne står rationelle værdier, som fremhæves som garanter for hensigtsmæssig og socialt acceptabel anvendelse af professioners viden. Professioners vidensgrundlag beskrives som institutionaliserede systemer, paradigmer, kulturer, ideologier, sandhedsregimer og teknologier eller som monopoler og varer. Professioners vidensgrundlag beskrives gennemgående som socialt organiseret og forgrenet i to overordnede dimensioner, en intellektuel og en praktisk dimension. Medlemmer af en profession beskrives som forpligtet både i forhold til den teoretiske og den anvendelsesorienterede dimension i professionens vidensgrundlag. Skoling i professioners vidensgrundlag kræver formaliseret uddannelse, institutionalisering af viden og uddannelse har til hensigt at beskytte professionel viden og sikre samfundsmæssige interesser.

I et historisk perspektiv relateres opkomst eller fremvækst af professioners vidensgrundlag til europæiske versioner af oplysningsprojektet, karakteriseret som fremvækst af videnskabelig viden og rationelle og humanistiske værdier, opgør med feudale og mytologiske verdensbilleder. Fremvækst af professioner og deres vidensgrundlag ses som en logisk konsekvens af intensiveret arbejdsdeling og social differentiering. Fremvæksten kædes sammen med de økonomiske og sociale forandringer, som ligger til grund for moderne samfund og statsapparater, som ”rejsrer et behov for specialiseret viden”, der ikke honoreres af religioner og mytologier. Den logiske konsekvens er, at der udvikles professioner som medierende instanser i relationer mellem stat og borger. Professionalisering, fremvækst i professioners vidensgrundlag, beskrives som historisk betingede forskydninger fra en irrationel pol mod en rationel pol og som akkumulation af viden og rationelle værdier, eller som abstraktion forstået som løsrivelse af handling af viden (Larson, 1977; Parsons, 1968; Bertilsson, 1990).

Hos Parsons skelnes imellem to former for institutionalisering af en disciplin, ”institutionalisering af intellektuelle discipliner i en social struktur” og en ”institutionalisering af den praktiske applikation af discipliner”. Der er tale om to dimensioner i et professionelt system af viden, som følger to væsensforskellige logikker: Det ”*kulturelle primat*”, som er knyttet til academia og tjener intellektuelle interesser, forskning, produktion af eller ”opdagelse” af viden og uddannelse forstået som formidling af abstrakt, skolastisk viden. Og det ”*sociale primat*”, som er rettet imod institutionalisering af fag som praktiske discipliner rettet imod løsning af konkrete problemer gennem reproduktion af viden, på det empiriske niveau udfoldes det sociale primat på

arbejdsmarkedet (Mannheim, 1954; Stehr, 1994; Due & Madsen, 1990). Beskrivelser af social organisering af professioners vidensgrundlag refererer dels til institutionalisering af en dualistisk funderet skelnen imellem ”håndens og åndens arbejder” og dels til en institutionalisering af hierarkisering og arbejdsdeling blandt medlemmer af en profession. Medlemmer af samme profession løser forskellige typer af arbejdsopgaver, og at medlemmerne er beskæftiget inden for forskellige arbejdsområder og differentieres i forhold til arbejdsområdernes institutionelle forankringer.

De to dimensioner udspilles i hver sin sfære, den intellektuelle dimension, der udvikles i konkurrence med og i forhold til en ”religiøs matrix” og den sociale dimension, som udvikles i konkurrence med hverdagsviden (Scheuer, 1985; Parsons, 1968). Der er tale om en skelnen, som peger på et centralt træk ved den særlige status, der forbindes med de klassiske professioner og deres idealer for kunnen og viden. I fortællinger om professioners ikoner er det karakteristisk, at de fremstår som grundlæggere af viden og som idealbilleder for integration af professionens sociale og kulturelle primat. Udøvere af de klassiske professioner er ideelt set bærere af såvel praktisk håndelag, ekspertise og autoriseret abstrakt viden.

Professioners vidensgrundlag fremstilles som en samlet og samlende kerne, base eller korpus for medlemmer af professionen. Medlemmer af professionen beskrives som uddannet i og skolet i professionens viden. Uddannelse i professioners viden forudsætter en vis grad af standardisering, og at den formelle skoling som forudsætning for indtrædelse i de faggrupper, som knyttes til en profession, beskrives som en socialiserende faktor for medlemmer af en profession (Larson, 1977). Uddannelse beskrives som kognitiv standardisering, og i rekrutteringen af medlemmer til en profession og i uddannelse af kommende medlemmer beskrives professioners vidensgrundlag som en integrerende faktor for en faggruppe. Den formaliserede *kognitive standardisering* udgør en intellektuel basis, en forståelseshorisont, baseret på, at medlemmer af en faggruppe er bærere af fælles sprog, fælles viden og idealer. Standardiseringen sikrer endvidere, at medlemmer af faggruppen udbyder rationelle og anerkendte (autoriserede) tjenesteydelser. En professions viden definerer gruppen indadtil og samler medlemmer af en gruppe ved at udgøre et fælles kognitivt og ideologisk grundlag. Professioners viden medvirker til at afgrænse gruppen fra lægfolk og andre faggrupper, idet medlemmer af en faggruppe er socialiseret i og bærere af viden, som er forskellige fra andre grupperes viden (Larson, 1977).

Den professionskritiske tradition kan kritiseres for at overbetone betydningen af professionel viden som økonomisk ressource og for entydigt at fokusere på lukkestrategier, som tages i anvendelse af faggrupper for at kontrollere udbud af og efterspørgsel på professionsviden som vare. Traditionen kan kritiseres for at underbelyse empiriske fund indhentet på det etnografiske niveau, som viser, at medlemmer af professioner på arbejdspladser i vid udstrækning deler viden med andre faggrupper, og at den viden, som medlemmer af professioner producerer og anvender, ejes og kontrolleres af organisationer. Et andet og meget fremherskende træk er, at medlemmer af professioner på arbejdspladser indgår i tværfaglige miljøer, hvor det er et grundlæggende vilkår, at der pågår udveksling af viden, klienter og arbejdsopgaver på tværs af faggrupper. Mere strukturelle træk er, at medlemmer af professioner ansættes i fagbureaukratier, og at professionelle er afhængige af tværfaglige organisationer som økonomisk og teknologisk forudsætning for overhovedet at kunne udøve deres erhverv. Ligesom det kan iagttages, at medlemmer af professioner indgår i alliancer med fagbureaukratier. Det kan hævdes, at disse fænomener kun i en vis udstrækning teoretisk kan forklares med afsæt i professionskritisk tradition, hvor professioner grundlæggende opfattes som sociale organiseringer, som har held til at begrænse effektiviteten af såvel markeder som bureaukratier.

### **Faglig autoritet er relativ**

I en række studier beskrives, hvordan professioners autoritet må anses som relativ, idet professioners vidensgrundlag generelt er under pres eller forventes at komme under pres. Hos Max Weber er det kritikken af rationalitetens jernbur, af ”halvdannede embedsmænd” uden blik for og indsigt i det åndelige (Weber, 1995). Hos den ældre generation af Frankfurterskolen er analyserne ligeledes funderet i kritik og undersøgelser af oplysningstid og fremvækst af rationalitet og dens omslag i barbari. Nye teoretikere som Giddens og Beck arbejder i deres samtidsdiagnostiske bøger med, at viden er relativ, flygtig og foranderlig. Det hedder, at det er et centralt vilkår ved det senmoderne, at aktører forholder sig reflektivt til viden. Udvikling af stadig mere effektive kommunikationsformer bevirker, at viden, varer og mennesker ubesværet spredes og transporteres, hvilket medfører, at det bliver stadig vanskeligere at monopolisere viden og håndhæve faglig autoritet (Beck, 2001; Giddens, 1994, 1998).

Endelig viser en række studier, at udvikling af og forvaltning af begge dimensioner i professioners vidensgrundlag i stigende grad deponeres i private virksomheder og fagbureaukratier, hvor medlemmer af professioner ansættes som lønarbejdere (Latour & Woolgar, 1989; Bertilsson, 1990). De økonomiske omkostninger, der er forbundet med at producere viden, er så store, at de stort set kun varetages af større virksomheder. Og de omkostninger, som er forbundet med at reproducere viden, forudsætter i vid udstrækning specialisering og adgang til omkostningstunge teknologier, som ligeledes fordrer en forankring af det professionelle arbejde i bureaukratier af en vis størrelse.

Professioners vidensgrundlag beskrives som kilde til goder og status og som kapaciteter til at identificere og løse problemer, som anses for væsentlige for den enkelte og fællesskabet.

Professioners rationelle værdier beskrives som kilde til at tilbyde socialt anerkendte løsninger på væsentlige problemer. Der er efterspørgsel på professioners viden og medlemmernes arbejdskraft, som anses for væsentlige for den enkelte og for fællesskabet, derfor beskyttes og forvaltes professioners vidensgrundlag traditionelt med nidkærhed. Medlemmer af professioner legitimerer deres sociale status og handlinger i professionens vidensgrundlag. Freidson peger på en epistemologisk funderet hierarkisering af professioners faglige mandat, forskelle i professioners faglige autoritet refererer til discipliners opkomst og genstandsfelt. Denne skelnen er central i forståelse af, at professioners vidensgrundlag refererer til forskellige former for autoritet. Det hedder:

*”The professions divide into classes depending on whether the cognitive base is primarily of the descriptive or prescriptive. For scientific professions, which lie on one side of the logical divide, knowledge is empirically derived from observation and experimental inquiry in methods epitomized by the natural and biological sciences. For normative professions, which lie on the other side of the divide, the substance of their discourse and the matter in which it is derived are concerned primarily with matters of value...”* (Freidson, 2001: 155)

De deskriptive vidensformer, som påberåber sig *teknisk autoritet*. De præskriptive eller normative vidensformer, der påberåber sig *moralsk autoritet*, og endelig kan discipliner, som beskæftiger sig med kunst, henholde sig til *æstetisk autoritet*.

Freidson skriver endvidere, at medlemmers mulighed for at udøve faglig autoritet med henvisning til professionens vidensgrundlag afhænger af den institutionelle kontekst. Der skelnes imellem

professionelt arbejde, som er lokaliseret i henholdsvis den primære og i den sekundære institutionelle sfære. Langt de fleste erhverv praktiseres i relation til en bestemt institutionel sfære eller ”kerne institutioner”, hvor repræsentanter for de pågældende erhverv anses for både at have legitime interesser og faglig autoritet. Erhvervsudøvelse inden for professionens egen primære institutionelle sfære, hvor professionens viden anses for at være legitim, fremmer de enkelte medlemmers muligheder for at udøve faglig autoritet.

## Professionsteoretisk tilgang

I dette afsnit redegøres der for en professionsteoretisk tilgang, som har rødder i interaktionistiske traditioner. Der gøres brug af Andrew Abbotts definition på profession:

*”Professioner er en slags eksklusive grupper af individer, som anvender en form for abstrakt viden på bestemte cases”.* (Abbott, 1992: 318)

Professioner opfattes som faggrupper, en profession eller en faggruppe ses som en population eller en stand af udøvere af et fag, og udøvernes arbejde bygger på et fælles grundlag af abstrakt viden. Professioner eksisterer og virker i forhold til hinanden, og det er relationer i og imellem faggrupper og de forandringsprocesser, som knytter sig til disse relationer, der fremhæves som særlig interessante. Der er tale om en tilgang, som definerer professioner som faggrupper, hvis medlemmer anvender abstrakt viden på konkrete problemer, og interessen samler sig om at udrede de forhold, som påvirker indholdet i og kontrollen med det arbejde, som er knyttet til at løse problemer. I den analytiske tilgang fokuseres på faggrænser og de forhandlinger, som udspilles i og imellem faggrupper om faggrænser.<sup>13</sup> Derfor studeres forløb af forhandlinger om arbejdsopgaver, og det undersøges, hvilke strategier faggrupper tager i anvendelse for at forsvare og varetage interesser i forhold til et virksomhedsområde, og det undersøges, hvilke faginterne og fageksterne forhold, som indvirker på indhold i og kontrol med arbejde.

Styrken ved dette perspektiv er sensitivitet overfor sociale processer i faggrupper, en sensitivitet som kan relateres til traditionens interaktionistiske afsæt. I et erkendelsesteoretisk perspektiv har tilgangen rødder i symbolsk interaktionisme, hvilket ses af direkte og indirekte referencer til

---

<sup>13</sup> Det klassiske sociologiske begreb er ”usurpation” og benyttes som betegnelse for en fjendtlig overtagelse af et domæne.

arbejder af Georg Herbert Mead. Generelt skitseres en forståelse af professioner som mere eller mindre løst sammensatte grupper, som i perioder forfølger fælles mål. Professioner betragtes som sammensat af segmenter og sammenslutninger af forskellige faglige traditioner, som tenderer til at repræsentere divergerende interesser, identiteter og værdier. Professioner undergår forandringer, både hvad angår sammensætninger i medlemsskarer og i forhold til genstandsfelter. En artikel af Bucher og Strauss, ”Professions in Process” fra 1976, optræder således som central reference hos både Abbott og Freidson, hvis arbejder har inspireret perspektivet i denne afhandling. I en oversigtsartikel om professionssociologi fra 1990 fremhæves Bucher & Strauss som repræsentanter for den ”revisionistiske position” i professionsteori. Den revisionistiske position er karakteriseret ved at problematisere eksterne og normative fortolkninger af professioner (Collins, 1990).

Tilgangen til relationer i professioner, forstået som faggrupper, formuleres således af Bucher og Strauss:

*“We shall develop the idea of professions as loose amalgamations of segments pursuing different objectives in different manners and more or less delicately held together under a common name at a particular period in history”.* (Bucher & Strauss, 1976)<sup>14</sup>

Der lægges distance til dele af de funktionalistiske og de neweberianske traditioner i professionsteorien. Særligt forholder man sig kritisk til evolutionistiske forståelser, som kan iagttages i forskellige aftapninger af professionsteori. Det problematiseres, at professioner traditionelt anskues som homogene grupper eller kulturer, og der lægges distance til at studere professioners formelle, sociale organisering som strategi til at generere systematiserede forklaringer på de klassiske professioners relative succes. Professioner skal som udgangspunkt studeres i forhold til hinanden, og der advares imod at etablere en teoretisk og empirisk tilgang til studier af en profession, som overtager professionens egne konstruktioner, både hvad angår konstruktioner af professioners opkomst og historie samt af de konstruktioner, som er knyttet til de rationalitetsformer eller det korpus af viden, som antages at udgøre professioners faglige kerne.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Der er tale om en tilgang til professioner, som kan relateres til Benedict Anderssons konceptet om ”forestillede fællesskaber”.

<sup>15</sup> Der skelnes her imellem en konstruktivistisk tilgang til professioner som fagfællesskaber og en konstruktionistisk tilgang til professionel viden. Denne skelnen kan måske opfattes som kritik af de funktionalistiske perspektiver, som betoner, at professioners viden er vokset frem i konkurrence med religion, og en tendens til at kæde opkomst af professioner sammen med et fremadskridende oplysningsprojekt. Kritikken kan også rettes imod professionskritiske traditioner. Larson taler om, at fremvæksten af professions viden markerer forskydninger imellem irrationalitet og rationalitet.

Andrew Abbott benyttes som hovedteoretiker i denne afhandling. Abbott betragtes sammen med Eliot Freidson som repræsentanter for en teoretisk tradition, som overvejende anskuer professioner i et internt perspektiv, og som tager afsæt i en revisionistisk læsning af klassisk professionsteori.<sup>16</sup> Begge anerkender, at spørgsmål om udbud og efterspørgsel er afgørende til forståelse af de klassiske professioners succes, og det anerkendes ligeledes, som central forudsætning for den relative succes, at professionerne har haft held til at identificere væsentlige menneskelige og samfundsmæssige problemer og samtidig udbyde socialt acceptable løsninger på disse problemer. Begge peger på, at disse forståelser ikke er tilstrækkelige og anviser, at de professionsvenlige og professionskritiske perspektiver må suppleres med professionsinterne blik. Abbott anviser forhandlinger og kampe om faggrænser (jurisdiktion), og Freidson udpeger dominansforhold imellem faggrupper som analytiske omdrejningspunkter i studiet af professioner (Freidson, 1970, 2001; Abbott, 1992).

Freidson viser, at der er store variationer i de måder, hvorpå medlemmer af en faggruppe udfører arbejdet, og at der er store variationer i de måder, hvorpå og med hvilken styrke faglig autoritet udøves. Der peges på, at bureaukratisk organisering af arbejde har stor indflydelse på de måder, hvorpå medlemmer af en profession udfører arbejdet, og at bureaukratisk organisering har stor indflydelse på den effektivitet, hvormed faggrupper kan varetage interesser i forhold til at forsvare og udbygge beskæftigelsesmonopoler.

Freidson kritiserer de klassiske perspektiver inden for professionssociologien for at anlægge perspektiver, som studerer de ”store” professioner i sig selv, og anbefaler, at der inddrages et arbejdsociologisk perspektiv med fokus på ”lidt mere ydmyge fag”. De ”store” professioners arbejde er karakteriseret ved, at det er specialiseret. Det, som adskiller denne specialisering fra den specialisering, som kan iagttages inden for håndværk og industri, er, at de arbejdsopgaver, som medlemmer af de store professioner varetager, uanset hvor detaljerede eller automatiserede de end måtte være, så må der oftest foretages skønsmæssige vurderinger for at arbejdet kan lykkes (Freidson, 2001). Professioners abstrakte vidensgrundlag beskrives som et ideologisk og identitetsmæssigt omdrejningspunkt for erhvervsudøvelse. På den anden side beskrives professioner som uhomogent sammensatte sociale dannelser, og det betones, at der udspilles konflikter imellem

---

<sup>16</sup> Se fx Hjort og Weber (2004).



konkurrerende interessenter i faggrupper. Anskues en faggruppes medlemmer i forhold til konkret erhvervsudøvelse på arbejdspladser, tegner der sig et meget differentieret og kompliceret mønster, et mønster, som både Abbott og Freidson hævder, er blevet ignoreret inden for de professionsvenlige og de professionskritiske positioner i professionsteorien. Casestudier med fokus på professioners arbejde viser, at medlemmerne følger individuelle mål og benytter sig af individuelle strategier i arbejdet, og på forskellige arbejdspladser er medlemmer af samme profession orienteret i forhold til lokale interesser. Organisatoriske studier viser, at på de arbejdsmarkeds- og uddannelsespolitiske områder konkurrerer og rivaliserer grupperinger i professioner med hinanden, og at såvel interne som eksterne forhold har indflydelse på en faggruppes muligheder for at forsvare og udvide jurisdiktion. Hertil kommer, at konflikter i og imellem faggrupper og faggruppers muligheder for at opretholde privilegier og beskæftigelsesmonopoler i høj grad er afhængige af omgivelsernes forventninger til, hvordan faggrupper løser opgaver.

Kritikken af de klassiske positioner er således overvejende empirisk begrundet. Fokus på sociale lukkestrategier afvises ved henvisning til, at arbejdspladsstudier viser, at medlemmer af en profession i høj grad udveksler arbejdsopgaver, viden og klienter med andre faglige grupperinger.

Empiriske studier viser, at professioner i vid udstrækning har sammenfaldende interesser med bureaukratier, og at monopolisering af arbejdsopgaver og hemmeligholdelse af viden og teknologier kun udgør en del af de strategier, som faggrupper gør brug af for at fremme interesser.

De klassiske traditioner kritiseres for at overbetone den funktionelle betydning af de sociale kontrakter imellem professioner og stat og imellem professionelle og klienter. Der advares ligeledes imod at overfortolke effekten af professioners sociale organisering som middel til horisontal selvregulering i professionen og som middel til håndhævelse af sociale lukkestrategier. Professioner ses hverken som sociale organiseringer i opposition til marked og bureaukrati eller som sociale organisationsformer, som systematisk søger at begrænse eller at neutralisere effektiviteten af bureaukrati og marked.

Inden for den revisionistiske tradition af professionsteorien forstås professioners vidensgrundlag som en magtressource eller en kapacitet, og inden for denne tradition er det mindre interessant at

undersøge, hvordan professioner forvalter og bevogter viden. Interessen er at undersøge karakteristika ved den sociale organisering af professioners viden og at undersøge sammenhængen imellem professioners viden og social organisering i og imellem grupper af professionelle (Collins, 1990).

## **Videnssystemer**

I lighed med Parsons inddeler Abbott professioners vidensgrundlag med henvisning til den arbejdsdeling, som kan iagttages blandt medlemmer af professioner, typisk kan erhvervsudøvelse inddeles i et akademisk og i et praktisk segment. Professioners vidensgrundlag beskrives som to parallelle systemer, et akademisk system af viden og et praktisk system af viden. De to systemer adskiller sig grundlæggende fra hinanden i deres institutionelle forankring og ved, at de er organiseret i væsensforskellige klassifikationssystemer. Det perfekte sammenhængende videnssystem findes kun i lærebøger – det er kun studerende, undervisere og forskere, som arbejder i det perfekt sammenhængende akademiske system. Professioners vidensgrundlag er den væsentligste kilde til legitimering af medlemmernes erhvervsudøvelse, og professioners vidensgrundlag er centralt, når beskæftigelsesmonopoler skal forsvares eller udbygges.

Det *abstrakte akademiske system* af viden er institutionelt forankret i forsknings- og uddannelsesinstitutioner. Systemet beskrives som ”hyperrationelt”, og at det udgør et logisk sammenhængende system. Abbotts karakteristik af abstrakt professionel viden udlægges overordnet som ”grundforskning”. Abstrakt professionel viden er ideelt set organiseret i forhold til lineære logiske følgeslutninger og styret af orientering mod at etablere logisk konsistens. Forskere bevæger sig i et diffust/usammenhængende rationelt system af enkeltproblemer, og den arbejdende professionelle benytter sig af anvendelsesorienterede identifikations- og problemløsningsklassifikationer. Professioners abstrakte akademiske videnssystemer har tendens til at lukke sig omkring sig selv. Dette hænger sammen med, at der arbejdes med enkeltproblemer, logisk konstruerede klassifikationer, uden at der indtænkes sammenhænge. Det akademiske videnssystem opfylder tre formål, legitimering, forskning og undervisning. Det abstrakte akademiske videnssystem sætter professionen i stand til at udvikle nye problemer og nye problemløsningsstrategier, hvilket er centralt. Kan en profession ikke udvikle nye problemer og problemløsninger, risikerer den at blive afhængig af andre og konkurrerende professioner. Professioner udvider deres kognitive domæne ved at benytte det abstrakte videnssystem til at

annektere nye områder og til at definere arbejdsområder som en del af deres overordnede arbejdsområde – ”*knowledge is the currency of competition*” (Abbott, 1988: 102).

Det *praktiske system* er institutionelt forankret på arbejdspladser, i fagbureaukratier med tæt kontakt til klienter og andre grupper af professionelle. Det beskrives som et system af viden, der er formaliseret i forhold til det konglomerat af kunnen, som det praktiske professionelle arbejde med at løse problemer hviler på. Praktisk professionelt arbejde implicerer identifikation og klassifikation af problemer samt vurderinger af mulige løsninger og udfald af problemløsning. Praktisk professionelt arbejde er ideelt set rettet imod at relatere og identificere almene fænomener og at relatere disse til det specielle og til generaliserbare cases. Den kognitive struktur i det praktisk professionelle videnssystem beskrives som problemløsningsmetoder. Systemet er sammensat af metoder til identifikation af problemer, metoder til problemløsning samt overvejelser over mulige udfald.<sup>17</sup>

I Abbotts tekst beskrives professioners videnssystem som selvstændigt og aktivt handlende. Systemer af viden indoptager fænomener, strukturerer og producerer fænomener. Sprogbruget i bogen slører, om der er tale om menneskelige valg og handlinger, om der er tale om menneskelige konstruktioner, eller om viden har en *egen* vilje og rettedhed. I en fodnote hedder det hos Abbott, at termen ”system” ikke benyttes i en Luhmannsk forstand, termen er i højere grad sammenlignelig med et Bourdieusk feltbegreb. Uanset distancen til det luhmannianske er ”abstrakt akademisk viden” i Abbotts fremstilling temmelig synonym med det, som Qvortrup betegner som ”3. ordens viden” eller ”systemisk viden om videnssystemet”. Den kompetence, som knytter sig til denne vidensform, er kreativitet og kan beskrives som et ”abduktive videnspotentiale”. Det er netop denne funktion, som Abbott tilskriver akademisk viden, idet det hedder, at det er en forudsætning for en professions overlevelse og udvikling, at den er i besiddelse af en vidensbase, som er tilstrækkelig abstrakt. Tilsvarende er der en række sammenfald imellem Abbotts vidensformer ”praktisk professionel viden” og ”abstrakt professionel viden” og de vidensformer, som Qvortrup kalder ”viden om noget eller viden om omverden” og ”viden om viden, eller viden om verdenssituationen” (Qvortrup, 2005).

---

<sup>17</sup> Der er en række træk ved praktisk professionel videnssystem, og det som Gibbons m.fl. karakteriserer som ”modus 2 viden”, det vil sige viden som problemløsningsressource.

## Jurisdiktion

Abbott advarer imod at arbejde med præcise definitioner af profession. I stedet anbefales, at der arbejdes med en definition, som er tilstrækkelig konsistent til at understøtte de analyser, som tænkes gennemført (Abbott, 1992: 318). En hovedtanke imod præcise definitioner er risikoen for, at det analytiske fokus fortaber sig i bestræbelser på at skelne imellem typer af professioner og bestræbelser på at skelne imellem profession og ikke-profession. Et andet problem er, at præcise definitioner har resulteret i en tendens til at fokusere på de institutioner, foreninger og faglige selskaber, som er knyttet til, eller som er udsprunget i relation til bestemte professioner, frem for at fokusere på interaktion imellem professioner. Andrew Abbott anbefaler, at professionsteoretiske studier fokuserer på indholdet af de professionelle arbejder, og at professioner med fordel kan studeres som grupper, der er organiseret i relation til arbejde:

*”Det centrale problem med nuværende tilgang til professionalisering er, at der er fokus på struktur frem for fokus på arbejde. Casestudier fortæller os, at der er forandringer i indholdet af professioners arbejde. At det er i kontrol med arbejdet, som bringer professioner i konflikt med hinanden, og som forbinder deres historier med hinanden. Det er differentiering i forskellige typer af arbejde, som ofte fører til alvorlige differentieringer i professioner. Ved at flytte fra et fokus på professioners organisatoriske strukturer til et fokus på grupper med fælles arbejde, vil vi umiddelbart kunne erstatte adskillige af de problematiske forforståelser”.* (Abbott, 1988: 19-20)

En profession indgår i et system, hvor den interagerer med andre professioner. Abbotts optik rummer rige muligheder for at fokusere på interaktion inden for og imellem professioner. Abbott skriver om sin systemorienterede og professionsinterne tilgang:

*”Den grundlæggende antagelse er (1) Kernen i en profession er dens arbejde ikke dens organisering; (2) at mange variable influerer på indhold og kontrol af dette arbejde; og (3) at professioner eksisterer i et inter - relateret system. Forandring i professioner kan derfor bedst analyseres ved at identificere de kræfter som påvirker indhold og kontrol af arbejde samt ved at udforske hvordan forstyrrelser i dette indhold og denne kontrol forplanter sig igennem systemet af professioner og faggrænser. Den præcise analytiske enhed er jurisdiktion, mere generelt, virksomhedsområdet.”* (Abbott, 1988: 112)

Andrew Abbott skriver, at erhvervsgrupper principielt gør krav på jurisdiktion i tre arenaer. Afgrænsninger imellem erhvervsgruppers jurisdiktion over arbejds- og funktionsområder foregår i den juridiske arena, hvor der opstilles formelt definerede afgrænsninger imellem faggrupper

jurisdiktion. Afgrænsninger udspilles ligeledes i den offentlige debat, og endelig pågår der afgrænsninger imellem erhvervsgrupper på arbejdspladser (Abbott, 1998). Med henvisning til historiske studier af professionalisering hedder det, at de afgrænsningsprocesser, som pågår i den juridiske og den offentlige arena, er kendetegnet ved træghed; afgrænsninger imellem erhvervsgrupper på arbejdspladser er derimod kendetegnet ved hurtige forandringsprocesser.

Professionsstudier skal derfor fokusere på arbejdspladser og arbejdsdeling imellem grupper af professionelle. Det er på arbejdspladser og i bureaukratiske institutioner, at kompleksiteten i det professionelle liv udspilles i form af arbejdsdeling og ressorkampe. Det er på arbejdspladser, hvor professioners definitioner af opgaver mødes med omgivelsernes<sup>18</sup> forventninger til opgaveløsning. Og professioner udstødes fra arbejdspladser, hvis de ikke ønsker eller ikke er i stand til at varetage de funktioner, som omgivelserne forventer. Forhandlinger og differentieringer i og imellem faggrupper kan derfor bedst iagttages på arbejdspladser. Konflikter og forhandlinger imellem professionelle er særligt tydelige i tværfagligt sammensatte institutioner, hvor forskellige grupper af professionelle her arbejder sammen om at efterleve arbejdspladsens målsætning. Abbott skriver, at årsagen til, at forandringstakten er størst i den del af det professionelle system, som har tilknytning til arbejdspladser, er, at det overordnede hensyn i bureaukratier er effektivitet og i lang mindre grad hensyn til professionernes hævdede rettigheder:

*”Within an organization the situation is quite different. [...] The standard interprofessional division of labour is replaced by the inter-organizational one. More often than not, this locates professionals where they must assume many extraprofessional tasks and cede many professional ones. To be sure, the organizational division of labour may be formalized in job descriptions that recognize professional boundaries, but these have a relative vague relation to reality. In most professional work settings, actual division of labour are established through, negotiation and custom, that embodies the situation-specific rules of professional jurisdiction. These actual divisions of labour exist over relatively short time periods – perhaps a few months to a couple of years. They are extremely vulnerable to organizational perturbations. The professional staffs are often replaced by paraprofessionals or untrained staff without corresponding changes of function. The division of labour must then be negotiated, with the common result that boundaries of actual professional jurisdiction change to accommodate the organizational imperative. It is in the workplaces, then, the actual complexity of professional life insists on having its effect.” (Abbott, 1988: 65)*

---

<sup>18</sup> Professioners omgivelser i form af faggrupper, klienter og organisationer.

Etnografiske studier af arbejdsdeling i professionelt arbejde undersøger en vigtig variabel, idet fordeling af arbejdsopgaver indikerer den sociale orden på en arbejdsplads. Differentiering af professionelt arbejde er grundlæggende baseret på, at arbejdet adskilles i rutineelementer og ikke-rutineelementer, og at de to elementer placeres i forskellige segmenter i en faggruppe, eller at rutineelementerne måske helt overdrages til repræsentanter for dominerede faggrupper.

En anden form for arbejdsdeling, som kan afspejle interne statuskampe mellem repræsentanter for samme profession, er, at arbejdsopgaver eller klienter, som anses for at være mindre attraktive, placeres hos dominerede medlemmer af professionen.

## **Settlements**

Resultater af konflikter om jurisdiktion imellem faggrupper resulterer i forskellige typer af ”settlements” imellem grupperne. Det engelske ord ”settlement” kan oversættes til ord, som refererer til ”forlig”, ”aftale”, ”handel” og ”kontrakt”, altså som formelle resultater af forhandlinger. ”Settlement” kan ligeledes oversættes med ord som ”løsning”, ”kompromis” og ”at slutte fred”. Ordet har endvidere en geografisk, rummelig betydning, ”settlement” betyder habitat, beboelse, koloni og lokalitet.

Den stedlige betydning af ”settlement” betragtes som central for Abbotts analytiske perspektiv. Medlemmer af faggrupper kan som resultat af kampe imellem forskellige faggrupper slå sig ned i, blive tolereret i eller blive fortrængt fra et område. Tilsvarende kan en faggruppe invadere og erobre et fagområde. Faggrupper kan ligeledes blive inviteret til at tage ophold i et fagområde, som er befolket og domineret af en anden faggruppe. Faggrupper, som har etableret sig i området, kan uddø eller tvinges til at udvandre. Øde eller ubesatte arbejdsområder kan ligge ubeskyttet hen og kan overtages af andre faggrupper. Tilsvarende kan faggrupper opdage nye og uopdyrkede arbejdsområder, som siden hen befolkes, forsvares eller forlades. Professioners vidensgrundlag er afgørende for opdyrkning, forsvar og udbygning af fagområder og beskæftigelsesmonopoler.<sup>19</sup> Demografiske forhold har betydning for professioners muligheder for at påberåbe sig jurisdiktion og for at forsvare beskæftigelsesmonopoler. En skæv aldersfordeling med mange ældre medlemmer og vigende rekruttering til en profession kan betyde, at medlemmer af en profession tvinges til at

---

<sup>19</sup> ”Medikalisering af raskområder” forstået som introduktion af medicinsk teknologi på stadig flere livsområder kan opfattes som udtryk for, at det lykkes for medicin som fag at udvide fagets jurisdiktion ved opdyrke nye problemer og tilbyde problemløsninger på eksisterende problemer. Paradeeksempler er medikalisering af reproduktion, eliteidræt, indlæringsvanskeligheder, skønhedsindustri og rygeafvænning.

afgive arbejdsområder til ufaglærte eller mindre uddannede faggrupper, og på sigt kan faggrupper tvinges til at opgive eller at give køb på håndhævelse af kognitiv kontrol med et uddelegeret arbejdsområde.

### **Forskning som særligt har haft betydning for undersøgelsen**

I denne korte og ufuldstændige gennemgang fremhæves studier, som har betydning for den empiriske strategi, undersøgelsens *interaktionistiske begrebsramme* og for, at professionalisering af sygepleje ansues i et *differentieringsperspektiv*.

Tine Rask Eriksens forskning i forandringer i sygeplejerskeuddannelsens vidensgrundlag og ændringer i rekruttering til sygeplejerskeuddannelsen har influeret på perspektiv og afgrænsninger i denne undersøgelse. Eriksen undersøger de forandringer i sygeplejerskeuddannelsens struktur og opbygning, som knytter sig til afviklingen af mesterlæren i 1990 og etablering af sygeplejerskeuddannelsen som en professionsbacheloruddannelse i 2002. Ændringerne karakteriseres som ”akademisering af sygeplejerskeuddannelsen” og som forandringstræk, der kan iagttages generelt på mellemuddannelsesområdet. Rask Eriksen viser, at kvalificeringsformen i sygeplejerskeuddannelsen over tid undergår forandringer. Kvalificeringsformen ændres fra en kombination af skolastisk uddannelse og erfaringsbaseret mesterlære med fokus på det kropslige og sanselige til akademisk uddannelse og studier af praksis forankret i sproglige og abstrakte symboler. Forandringerne betegnes som en bevægelse væk fra erfaringsbaserede, kropslige vidensformer til abstrakt og evidensbaseret viden. I et professionaliseringsperspektiv betegnes bevægelsen som, at fokus i sygeplejerskeuddannelsen flyttes fra rationel orienteret professionsomsorg til produktion af sygeplejeservice. Forløbsstudier af rekruttering til uddannelsen viser, at hvor rekruttering til uddannelse tidligere primært var baseret på mellemlag, så sker rekrutteringen til uddannelsen i dag snarere fra lavere mellemlag (Rask Eriksen, 1991, 1999, 2005).

Andre studier beskriver og undersøger i detaljer de kampe og interesser, som ledte op til, og som blev afledt af differentieringer af sygeplejehjælp i Danmark. Særligt inspirerende for denne afhandling har været diskursive undersøgelser om sygeplejerskers kampe for anerkendelse, fx Hedegaard Larsen (2006), en socialanalytisk undersøgelse af uddannelse i sygepleje af Frederiksen (2005).

At casestudier med fokus på sygeplejerskearbejde er en produktiv og farbar vej illustreres af tidligere empirisk funderede mikrostudier af sygeplejerskearbejde. ”Plejekulturen” (Hamran, 1994) er et klassisk etnografisk feltarbejde på en sengeafdeling og en af de centrale pointer i studiet er, at personbunden viden i form af personlige erfaringer og rutiner desavoueres af plejepersonalet, der karakteriserer dem som ”vaner og lægmandsviden” og ”husmorkvalifikationer”. Studiet viser, at disse former for viden udgrænses i arbejdet og underordnes abstrakte og ”akademiske” vidensformer.

Ploug Hansens fænomenologisk inspirerede undersøgelse undersøger fortolkninger af sygeplejerskearbejde på en kræftafdeling. I undersøgelsen vises bl.a., hvordan fysiske manifestationer, som fx kvalme, opkastning og hårtab som følge af kemobehandlinger, af sygeplejersker meningsudlægges inden for en forståelsehorisont, hvor manifestationerne tolkes som ”normale” eller som tegn på, at ”behandlingen virker” (Ploug Hansen, 1995).

Kristian Larsens feltanalytiske undersøgelse af sygeplejerskers praktikuddannelse har skærpet opmærksomheden på den detaljerigdom, som kan produceres under feltarbejde. Særligt har påvisningen af, hvordan tænkning og praktikker differentieres i geografi og arkitektur i sygeplejerskers arbejde, været inspirerende (Larsen, 1999).

Samlet viser studierne, at et detaljeret etnografisk blik på sygeplejerskers arbejde og arbejdspladser er en righoldig kilde til produktion af empiri, som kan kontekstualiseres og relateres til mere generelle dimensioner af sygeplejerskearbejde.

En række studier understøtter *differentieringstesens* gennem undersøgelser af variationer i sygeplejerskers professionelle identitet og strategier i arbejde. Livshistoriske perspektiver understøtter tesen om, at der blandt sygeplejersker kan identificeres en høj grad af variation i sygeplejerskers fortolkninger af sygeplejerskerollen, af arbejdet og i sygeplejerskers strategier i arbejdet. Både Kupferberg (1999), som arbejder med det narrative, livshistoriske perspektiver på indtrædelse i sygeplejerskerollen, og Andersen, Dybbroe og Bering (2004), som undersøger sygeplejerskers strategier i en moderniseringskontekst, viser, at bl.a. forskelle i alder og arbejdssted har betydning for sygeplejerskers fortolkninger og strategier i arbejdet. Andersen, Dybbroe og Bering viser, at der kan spores forskellige retninger i forandringer af sygeplejerskearbejde og



sygeplejerskefaglighed. Der opstilles fire typologier af sygeplejerskeroller som udtryk for mangfoldighed og variationer i de udviklingstræk, som er identificeret:

- *”’Minilægen’ – udvidelse af sygeplejerskernes behandlerkompetence inden for de lægefaglige/ansvarlige områder.*
- *’Projektsygeplejersken i dagvagtt’ – udviklingsarbejde, dokumentation og specialfunktioner (rehabilitering, rygestopinstruktør, klinisk vejleder mv.).*
- *’Patientnærkontakten’ – dem som varetager den daglige omsorg og pleje af patienterne ’live’. Patienter og pårørende har mangeartede forventninger til, at de kan fungere som både sygeleksikon, socialrådgiver, præst og frisør.*
- *’Superkoordinatoren’ – dem som laver det arbejde, som andre faggrupper, ex. rengøring, sosu’erne, lægerne og sekretærerne ikke gør længere og dem, som fejer op så længe nye projekter ikke fungerer”.* (Andersen, Dybbroe & Bering, 2004: 44)

Omfattende reviews af skandinavisk og europæisk forskning i skolelæreres og sygeplejerskers arbejdsliv og strategier knyttet til moderniseringsprocesser viser tilsvarende store variationer i professionelles fortolkninger af arbejde og valg af strategier. Et gennemgående fund er, at forskelle i de professionelles værdier, problematiseringer og strategier i arbejdet kan differentieres i forhold til alder og uddannelsestidspunkt (Goodson & Norrie, 2005; Konsonen & Houtsonen, 2007).

Mikropolitiske studier af skolelæreres erhvervsudøvelse og livshistorier viser, at der blandt skolelærere kan identificeres viden og vidensformer, som i høj grad knytter an til *mikropolitiske* og *kontekstuelle* dimensioner. Der er tale om viden og vidensformer, som ligger ud over eller ved siden af det, som traditionelt forstås ved skolelæreres pædagogiske og praktiske viden (Goodson & Cole, 1992). Det mikropolitiske perspektiv inden for denne tradition studerer professionelle identiteter og de professionelles erfaringer med afsæt i erhvervsudøvelse; om det mikropolitiske perspektiv og de metodiske udfordringer, som det afleder, hedder det bl.a.:

*”.. de vidensformer, som lærere besidder, [har] en stor indflydelse på, hvilken slags mennesker lærerne er og synes, de er [...] disse vidensformer [undergår] i øjeblikket en gennemgribende omstrukturering, hvilket resulterer i gennemgribende forandringer af hvilken slags mennesker lærere opfatter sig selv som, og opfattes som af andre. [...] Den vanskelige opgave for socialforskeren er derfor at forklare ”den sociale organisation af dagligdagens verden (Smith 1987: 91), ved at ”tage udgangspunkt i menneskernes placering i denne verden. Smith anfører, at ved at placere den vidende i dagligdagens verden og konstituere vores undersøgelse med basis i de*

*problematikker, der udspringer af, hvordan den faktisk er organiseret i en social proces, bliver vi i stand til at se de sociologiske mikro” og ”makro” niveauer i en determinerende relation (Smith 1987: 99)”. (Goodson, 2007: 24-25)*

I denne tradition er det centralt at kortlægge den *geografi* og de aktører, som defineres i interaktionen, som del af den mikropolitiske kontekst. I forlængelse heraf fokuseres derfor på at identificere roller, geografi og dimensioner i materialet. Studierne har haft betydning for udvælgelse af respondenter og sammensætning af fokusgrupper. De analytiske implikationer er at undersøge hierarkiseringer, og hvordan roller, dimensioner og lokaliteter er forbundet i interaktionen.

Denne undersøgelse adskiller sig fra ovennævnte studier, idet det livshistoriske perspektiv er nedtonet. Det er interaktion i institutioner, som er i fokus. Livshistoriske aspekter og respondenters akkumulerede arbejdslivserfaringer inddrages kun i det omfang, at de spontant bringes på bane.

Beslutningen om at producere empiri om sygeplejerskearbejde ved hjælp af interaktionistisk inspirerede metodikker bunder i personlige præferencer for Goffmans sociologi. Særligt har det klassiske institutionsstudium, ”Asylums” fra 1961, været en stor inspirationskilde. De overordnede implikationer af den interaktionistiske tilgang er for det første, at forskeren må tæt på forskningsgenstanden, og at forskerens interaktion med de observerede betragtes som en central kilde til information om de sociale processer, som udspilles.

I nyere danske undersøgelser er det med held forsøgt at applicere interaktionistisk inspirerede metoder i studier af klientstrategier og socialt arbejde i velfærdsstatslige institutioner. I forlængelse af disse undersøgelser har der været afholdt metodeseminarer, og der er produceret litteratur med kvalificerede metodiske anvisninger for undersøgelser af det sociale i en interaktionistisk begrebsramme (Järvinen m.fl., 2004; Mik-Meyer, 2004; Järvinen & Mik-Meyer, 2005; Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Denne undersøgelse adskiller sig i perspektiv fra ovennævnte studier, som eksplicit har klientstrategier i velfærdsstatslige institutioner som fokus. Interessen i denne undersøgelse er at stille skarpt på professionelles strategier og orienteringer i institutioner.

## **Et professionsteoretisk bud på sygeplejefagets relative succes**

I autoriserede versioner af sygeplejefagets historie tidsfæstes ”*gennembruddet af den moderne faglærte sygepleje*” til 1859 med grundlæggelsen af The Nightingale Training School ved St. Thomas’ Hospital i London og med udgivelsen af bogen ”Notes on Nursing”. Nightingales bøger ”Notes on Nursing” og ”Notes on Hospitals” beskrives som de første litterære forsøg på at definere et grundlag for moderne sygepleje. Etableringen af The Nightingale Training School indgår som hovedkapitlet i den store fortælling om fremvæksten af systematiseret uddannelse i sygepleje, rekruttering af kvinder til sygeplejerskestanden og i fortællinger om kampe for kvinders ret til uddannelse (Malchau, 2005; Frederiksen, 2005).

I sine bøger definerer Nightingale sygepleje som forskellig fra datidens medicin. Sygepleje beskrives som en *holistisk disciplin*, orienteret imod at understøtte naturlig helbredelse. Genstandsfelt og de institutionelle rammer for sygepleje beskrives som bredt udfoldet, sygepleje beskrives som rettet generelt imod mennesker, sygepleje udfoldes i hjemmet og i institutioner. Nightingale fremhæver, at sygepleje bør udføres på baggrund af indsigt. Viden er vejen til at undgå unødigt sygdom, lidelse og død. I Nightingales brede programerklæring for sygeplejefaget hedder det:

*”Jeg bruger ordet sygepleje i mangel af bedre, selvom det er blevet indsnævret til stort set kun at betegne tildeling af medicin og lægning af grødomslag: Men sygepleje burde også omfatte at sørge for frisk luft, lys, varme, renlighed, ro og for den rigtige sammensætning og gennemførelse af diæten – alt sammen på den måde, der er mindst belastende for patientens livskraft”* (Nightingale, 1995: 122)

*[...]”Man forstiller sig ofte, at det er medicinen, som helbreder. Overhovedet ikke; medicin er indgreb i funktioner, ligesom den egentlige kirurgi er indgreb i lemmer og organer. Ingen af dem kan udrette andet end at fjerne hindringer; ingen af dem kan helbrede, for det kan alene naturen [...] I begge tilfælde er det sygeplejerskens opgave at tilvejebringe de forhold for patienten, der gør ham så modtagelig som muligt for naturens indflydelse”.* (Nightingale, 1995: 221)

Nightingale refererede til græsk-romersk oldtidsmedicin, og den grundlæggende idé var, at sygepleje skulle tilrettelægges og udøves således, at naturens helbredende kræfter bedst muligt blev understøttet. Understøttelse og genoprettelse af den syges balance og naturlig helbredelse gik gennem at sørge for ernæring, hvile og velvære, at sørge for adspredelse og ved generelt at behandle

de syge på en dannet og kærlig måde. Sygepleje beskrives som en balanceskabende, holistisk virksomhed, som udover at trække på medicinsk viden og kyndighed i at observere, også bør indtænkes viden om *hygiejne, arkitektur samt æstetiske og åndelige forhold*. Sygeplejeviden defineres dels som kunst i udførelsen af sygepleje, viden erhvervet gennem erfaringer med at udføre sygepleje og viden defineret som videnskab eller abstrakt ”spekulativ” viden og regelviden, erhvervet gennem læsning og undervisning. Kunsten at udøve sygepleje må kombineres med *praktisk håndelag og abstrakt viden* om miljø, biologi, patologi, diætetik og åndelige og sociale forhold.

Fortællingen om Nightingale og hendes betydning for moderne sygepleje har paralleller til andre fortællinger om ikoner for moderne medicin, fx aseptikere som Ignaz Semmelweis (1818-1865) og Joseph Lister (1827-1912). Det er idealtypiske fortællinger om oplysning, fortalt gennem biografier om ihærdige og talentfulde idealister, som fremsatte banebrydende ideer. Fællestræk er, at fortællingerne vedrører konkrete historiske personer, hvis biografier fremtræder som synonyme med deres fags vidensgrundlag og metoder. De faglige ikoner har fremsat sundhedsfaglige ideer til løsninger af centrale almenmenneskelige problemer, og de har produceret åbninger i forhold til løsning om alment vedkommende problemkomplekser. I fortællingerne om de nytænkende eller vidensskabende mennesker Nightingale, Lister og Semmelweis beskrives det, at de mødte varierende grader af skepsis fra deres samtid, og de formulerede deres ideer i opposition til datidens etablerede medicinske, religiøse og politiske diskurser. Det er fortællinger om produktion af banebrydende, forbilledlig viden og fortællinger om enkeltpersoner, som gennem systematisk og ihærdigt arbejde oplyste deres samtid, anviste løsninger på problemer, som udfordrede tidligere indsigter, og som medvirkede til at udvikle praktikker til at bevare liv og reducere lidelse. Af afgørende strukturelle forskelle i fortællingerne er kønsperspektivet oplagt, og at det derfor har været nødvendigt for Nightingale at indgå alliancer med magtfulde mænd for at fremme sit projekt. Af biografierne fremgår det, at hun har været i besiddelse af politisk tæft for at indgå alliancer med læger, militærfolk og politikere.

Professionsteoretiske forklaringer på sygeplejens relative succes med at vinde fodfæste på lazaretterne og den efterfølgende oprettelse af formaliseret sygeplejerskeuddannelse peger overordnet på, at der var stor efterspørgsel på arbejdskraft, som kunne løse problemer med syge og sårede i hospitaler og på lazaretter, samt at de problemløsninger, som Nightingale tilbød, var

effektive og forekom kulturelt acceptable og meningsfulde. Hertil kom, at ingen andre faggrupper gjorde krav på arbejdet i militæret, og at Nightingale definerede sygeplejefaget og dets genstand som forskelligt fra og ikke i konkurrence med de etablerede medicinske og militære faglige domæner. Nightingales projekt møder først egentlig modstand fra andre faggrupper, da sygeplejersker begynder at gøre krav på arbejdsopgaver, som traditionelt blev varetaget af praktiserende læger. Forklaringer på den relative succes med at etablere en egentlig uddannelse i sygepleje kan skyldes, at Nightingale formulerede en interesse i at etablere oplæring af kvinder i pleje af syge i harmoni med datidens natursyn og i alliance med nationalistiske, militære, medicinske, religiøse og kønspolitiske diskurser (Mellemsgaard, 1998).

## Sygepleje – disciplinens institutionalisering i velfærdsstatslig regi

Institutionalisering af sygeplejerskers arbejde i velfærdsstatslig regi kan overordnet beskrives som del af en udlejningsproces, hvor reproduktivt arbejde, herunder pleje af syge, svage og nødlidende udlejres fra familieinstitutionen, først til privat almisse og senere til religiøse og statslige institutioner. Der er tale om komplekse bevægelser knyttet til omfattende socio-økonomiske forandringer samt fremvækst af videns- og politikområder, som influerer på forandringer af sygepleje som fag og erhverv. Undervejs betones politiske lighedsideal og rationel viden som grundlag for sundhedsfagligt arbejde og tildeling af ydelser, og tilsvarende udgrænses lægmandsviden og religiøse ideologier som grundpiller i sundhedsfaglig virksomhed. Under indvirkning af disse forandringer er sygepleje institutionaliseret, først som erhverv og senere som fag og uddannelse.

Juridiske definitioner af sygeplejerskers uddannelse og arbejde finder første gang sted i ”Lov om autoriserede sygeplejersker” fra 1933. I loven skelnes mellem autoriserede og ikke autoriserede sygeplejersker, distinktionen antages at dække over en politisk interesse i at regulere datidens uhomogene uddannelsesmarked for sygepleje. Hertil kommer interesser i at regulere og føre tilsyn med en stigende mængde af arbejdskraft beskæftiget i sundhedsvæsnet. Det bestemmes i loven, at det er en opgave for Sundhedsstyrelsen og Embedslægeinstitutionen at føre tilsyn med autoriserede sygeplejersker. Med loven placeres sygeplejerskers virksomhed og uddannelse formelt i det sundhedsfaglige område og underordnes medicinsk autoritet.

I lovgivningen beskrives sygeplejerskers virksomhed og uddannelse som to sider af samme sag, idet uddannelsens formål er at uddanne til virksomhedsområdet. Uddannelse til sygeplejerske betegnes i tidlige dokumenter som ”*uddannelse til sygeplejerskegerning*” og sygeplejerskearbejde benævnes som ”*sygeplejehjælp*”. Det indikeres endvidere, at ”*Virksomhed som Sygeplejerske, Sygeplejehjælp og Gerning som sygeplejerske*” ikke er forbeholdt autoriserede sygeplejersker.<sup>20</sup> Loven kan betragtes som udtryk for pragmatisk erhvervs- og uddannelsespolitik rettet imod at differentiere mellem erhvervsgrupper samt regulere rekruttering og anvisning til arbejdsmarkedet for sygeplejehjælp. Det anerkendes, at der er en række grupper, beskæftiget på markedet for sygeplejehjælp. Samtidig udhæves en gruppe som eksklusivt *autoriseres som sygeplejersker*. Loven udelukker ikke faggrupper fra markedet for sygeplejehjælp, og uddannelsesinstitutioner, som producerer anden arbejdskraft, afskæres ikke fra at levere til markedet for sygepleje.

Den tidlige lovgivning indikerer, at området for sygeplejehjælp i Danmark defineres som et offentligt anliggende. Både arbejdet og uddannelse til arbejdet har en sådan karakter og omfang, at den politiske magt ønsker at regulere området. Reguleringen af området må dog ikke forhindre effektiv udnyttelse af arbejdskraften eller besværliggøre rekruttering af arbejdskraft. Denne udlægning af lovgivningen fra 1933 stemmer overens med historiske undersøgelser af sygeplejerskeområdet. Her beskrives området for sygeplejehjælp som lokalt forankret og ureguleret men ekspanderende område (Vallgård, 1992).

I et fagpolitisk perspektiv er autorisationsloven fra 1933 interessant, idet den fastsætter de første formelle rammer for sygeplejerskers professionelle identitet og virksomhedsområde, rammer som principielt er uændret frem til i dag, hvad angår definition af sygeplejersker som fagpersoner med beskyttet titel og med et åbent virksomhedsområde, hvortil der knyttes pligter, men ikke beskæftigelsesmonopoler. Før lovens vedtagelse i 1933 havde danske sygeplejersker ført en målrettet kamp for statsanerkendelse og uddannelse. Efterfølgende kunne der med henvisning til lovgivningen om autorisation og statsanerkendelse indledes udelukkelseskampe mod konkurrerende faggrupper på markedet for sygepleje og håndhæves faglig og fagpolitisk eksklusivitet som strategi til at varetage standsinteresser. I Dansk Sygeplejeråds love fra 1934 hedder det:

---

<sup>20</sup> Lov om autoriserede sygeplejersker 26. april 1933. Ændring af lov Nr. 140 af 26. april 1933.

*”Som medlemmer kan kun optages Sygeplejersker, der af den danske Sundhedsstyrelse har erholdt Bevis som autoriseret Sygeplejersker”.*<sup>21</sup>

Senere fulgte kampe om forhandlingsretten til sygeplejerskers løn og ansættelsesvilkår, retten til at anvise sygeplejersker arbejde og oprettelse af arbejdsløshedskasse. På det uddannelsespolitiske område har den faglige organisation systematisk kæmpet for at styrke grunduddannelsen og for sygeplejerskers efter- og videreuddannelse. I bilag 1 og 2 redegøres kortfattet for sygeplejerskeuddannelse og sygeplejeforskning.

### **Hospitalssektor og primær sektor**

Konturerne af det offentlige, danske sundhedsvæsen etableres i midten af 1700-tallet, idet staten ansætter læger til at hjælpe fattige og syge til at forhindre spredning af smitsomme sygdomme, byer og sogne blev pålagt at yde hjælp, og mindre sygehuse bygges af større byer og købstæder. Sygehuse var oprindeligt til fattige, som ikke kunne plejes hjemme.

Udbygningen af sygehusvæsnet tager for alvor fat i løbet af 1800-tallet, og som udgangspunkt blev sundhedsvæsnet etableret lokalt og decentralt. Finansiering og styring af sygehusvæsnet har frem til Kommunalreformen i stor udstrækning været underlagt det amtskommunale ressortområde.

De religiøse hospitaler og den religiøse menighedspleje udgjorde tidligere den største del af det private marked for sygepleje. De religiøse sygehuses antal af sengepladser, diakonissernes og de katolske ordeners, udgjorde i perioden 1910 til 1940 mellem 11-12 % af det samlede antal hospitalssengepladser i Danmark. De religiøse aktører udgrænses fra markedet op gennem 1960'erne.

Siden midt i 1930 er der sket en øget centralisering og specialisering i sundhedsvæsnet. Dette har ytret sig ved nedlæggelse af mindre sygehuse og etablering af større specialiserede sygehusenheder. Udviklingen på det somatiske hospitalsområdet er gået imod færre, større og specialiserede sygehuse med stødt stigende produktion. En oversigt over udvikling i antallet af sygehuse i landet fra 1918 til 2007 ser således ud:

---

<sup>21</sup> Love for Foreningen ”Dansk Sygeplejeråd” af 1934 § 3.

Somatik	1936	1960	1981	1990	2002	2007
Antal sygehuse	160	142	113	90	58	52
Antal senge	22 302	27 376	31 125	25 474	19 678	15 800
Antal specialafdelinger <sup>22</sup>	125 (1933)	414	782	703 (1987)	-	-
Gennemsnitlig liggetid, dage	30,0	16,1	9,5	-	5,2	4,3

(Vallgård, 1992; Vallgård & Krasnik, 2007; Sundhedsministeriet, 2009)

Et markant træk i produktionen i sygehusvæsnet er specialisering, reduktion i antallet af sengepladser og forkortelse af den gennemsnitlige indlæggelsestid, samt at patienter i stigende grad undersøges og behandles ambulant. På det kirurgiske område er der sket en stigning i andelen af patienter, som opereres og udskrives samme dag fra 55 % i 1997 til 82 % i 2007.<sup>23</sup>

*Hjemmesygeplejeområdet* har undergået tilsvarende omorganiseringer med gradvis afvikling af menighedspleje og stigende forankring i det kommunale område. Siden Kommunalreformen i 1970'erne og vedtagelse af lov om hjemmesygepleje i 1973 og nedlæggelse af sygekasser er finansiering af hjemmesygepleje sket gennem kommunale skatter og statslig refusion. Der sker i perioden en udbygning i antallet af plejehjem, senere ændres plejehjem til plejeboliger og hele plejhjemsområdet integreres i hjemmesygeplejeområdet. Tal, som illustrerer aktiviteter på området er behæftet med usikkerhed, men en undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut fra 2006 viser, at antallet af besøg i hjemmesygeplejen i perioden 1970 til 1997 er mere end tredoblet, fra godt 5 millioner besøg i 1970 til næsten 16 millioner besøg i 1997 (Vinge m.fl., 2006). Undersøgelser fra 2009 viser fortsat stigning i produktiviteten samt en betydelig specialisering af hjemmesygeplejerskearbejdet. Hjemmesygeplejeområdet er blevet udbygget, og produktiviteten i hjemmesygeplejen viser i lighed med hospitalsvæsnet integration af enheder, stigende produktivitet og differentiering af arbejdet. Differentieringen af arbejdet på hjemmesygeplejeområdet har i et historisk perspektiv imidlertid sat sig senere igennem.

<sup>22</sup> Specialafdeling defineret som en afdeling, der benytter en bestemt slags behandling, kirurgi eller medicin, behandler en afgrænset gruppe mennesker eller bestemte dele af kroppen. Afdelinger, som specialiserer sig i bestemte former for diagnostik, eller som ikke har egne patienter, det vil sige laboratorier, røntgen, anæstesi mv. (Vallgård, 1992).

<sup>23</sup> "Sundhedsvæsnet i nationalt perspektiv" (Sundhedsministeriet, 2009).



I forbindelse med vedtagelse af lovkomplekset, som fulgte Strukturkommissionens betænkninger fra 2004, blev det besluttet at omlægge opgavevaretagelsen mellem hospitalsvæsnet og det øvrige sundhedsvæsen, således at kommunerne i stigende omfang skal varetage opgaver i relation til behandling og rehabilitering af kroniske lidelser som hjertesygdomme, rygerlunger, muskel-skelet sygdomme og aldersdiabetes. Hvorimod hospitalsvæsnets opgaver i forhold til kroniske lidelser defineres som diagnosticering og udarbejdelse af behandlingsplaner, som skal følges i primær sundhedssektor.

I Hjemmesygeplejeområdet består arbejdet i stigende omfang af opfølgning på hospitalsbehandlinger og forebyggende opgaver. På det ledelsesmæssige område er der sket en differentiering imellem sygeplejersker, som udfører hjemmesygeplejerskearbejde, og sygeplejersker, som visiterer hjemmesygeplejeopgaver.

### **Virksomhedsområde**

Regulering og beskrivelse af sygeplejerskearbejde i nyere lovtekster viser relativt stabile politiske interesser. Arbejdet beskrives bredt som problemløsning og sygepleje som et bredt og åbent virksomhedsområde, hvor faggrupper med forskellig uddannelsesbaggrund kan gøre krav gældende. Sygeplejersker er dog den faggruppe, som tilskrives selvstændighed i udøvelsen af sygepleje.

I lovteksterne fra 1957 beskrives virksomhedsområdet som, at sygeplejersken selvstændigt plejer og drager omsorg for patienter, iagttager afvigelser og varetager opgaver ved undersøgelser og behandling. Sygeplejersken vejleder i bevarelse af sundhed, hygiejne og ernæring. I lovteksterne fra 1979 beskrives virksomhedsområdet som mere omfattende, idet sygeplejeeleven tilegner sig fornødne kvalifikationer til udøvelse af virksomhed som sygeplejerske. Sygeplejersker har ansvar for den almene sundheds- og sygepleje, ansvar for koordinerede, vejledende og undervisende opgaver.<sup>24</sup> Sygeplejersken skal erhverve forudsætninger for at forny og tilpasse fagligt virke i takt med den videnskabelige og samfundsmæssige udvikling. I bemærkningerne til ”Lov om autorisation af sundhedspersoner og sundhedsfaglig virksomhed” fra 2007 hedder det om sygeplejerskers virksomhedsområde:

---

<sup>24</sup> Anordning om sygeplejerskeuddannelsen, Anordning nr. 31 af 29. januar 1979.

*”Efter stk. 2. indebærer autorisationen en beskyttelse af titlen »sygeplejerske«. Bestemmelsen i stk. 3 bemyndiger indenrigs- og sundhedsministeren til at fastsætte nærmere regler om udøvelse af sygeplejerskevirksomhed og om afgrænsning heraf.*

*Uddannelse som sygeplejerske hører under de mellemlange videregående uddannelser og er reguleret i bekendtgørelse nr. 232 af 30. marts 2001 om sygeplejerskeuddannelsen.*

*Da sygeplejerskers virksomhedsområde ikke er forbeholdt sygeplejersker, er virksomhedsområdet ikke optaget i lovtæksten. Sygeplejerskers virksomhedsområde kan beskrives således:*

*Sygeplejerskers virksomhed omfatter sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, behandlende, plejende, rehabiliterende samt palliative opgaver. Virksomheden retter sig mod mennesker i alle aldersgrupper, hvis sundhed er truet, og mennesker med akut og kronisk somatisk og psykiatrisk sygdom.*

*Sygeplejerskevirksomhed omfatter endvidere*

- vurdering, planlægning, udførelse, dokumentation og evaluering af sygeplejen, herunder delegering af plejeopgaver med udgangspunkt i patientens tilstand og en hensigtsmæssig anvendelse af plejeresourcerne*
  - udførelse af lægeordnede behandlinger*
  - planlægnings- og koordineringsopgaver i relation til afvikling af undersøgelses- og behandlingsprogrammer*
  - information og kommunikation med borgere, pårørende og samarbejdsparter vedrørende behandlings- og plejeforløbene*
  - udvikling, tilrettelæggelse og afholdelse af patientundervisningsprogrammer*
  - undervisning, supervision og vejledning af studerende og elever m.fl.*
  - kvalitetsudvikling og -sikring af den faglige indsats, samt generel udvikling af faget*
- Sygepleje udøves i private hjem, på arbejdspladser, på sygehuse og andre institutioner.”<sup>25</sup>*

I den nutidige lovgivning om autorisation af sundhedspersoner betones i lighed med tidligere formel uddannelse, titelbeskyttelse og et åbent virksomhedsområde. Det er et erklæret politisk mål, at faggrænser mellem faggrupperne på det sundhedsfaglige område reguleres af arbejdsgiverne. Det hedder, at langt hovedparten af de mellemlangt uddannede faggrupper er ansat i offentlige institutioner, som skal sikre arbejdets kvalitet og sikkerhed<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> [http://www.folketinget.dk/Samling/20051/lovforslag/L111/som\\_fremsat.htm](http://www.folketinget.dk/Samling/20051/lovforslag/L111/som_fremsat.htm)

<sup>26</sup> Se fx Udkast til Beretning over Forslag til folketingsbeslutning om autorisationsordning for social- og sundhedsassistenter (Beretning afgivet af Sundhedsudvalget den 20. september 2007).

I cirkulærer og betænkninger fra efterkrigstiden er det et gennemgående træk, at sygeplejerskers virksomhedsområde beskrives som specialiseret, og arbejdsopgaver beskrives som komplicerede. Det fremgår af nyere dokumenter, at patienter er indlagt i stadig kortere perioder, at behandlinger og undersøgelser i stigende grad fordrer specialviden, og at det i stigende grad fordres, at sygeplejersker informerer samt indtænker patienters interesser i arbejdet. At sygeplejerskearbejdet indeholder opgaver, som kræver kompetencer inden for koordination, formidling og samarbejde på tværs af faggrænser.

På hjemmeplejeområdet arbejder sygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedshjælpere samt social- og sundhedsassistenter. Sundhedsstyrelsen præciserer kompetencefordelingen mellem faggrupperne således, at det er sygeplejerskerne, som vurderer, hvilke opgaver som de øvrige faggrupper kan varetage. Social- og sundhedsassistenterne har kompetence til at varetage en række arbejdsopgaver som medicinalpersoner og varetager i stigende omfang ledelsesopgaver i hjemmeplejen og mere komplekse kliniske arbejdsopgaver.

### **Rationalisering og specialisering af sygeplejerskers arbejde**

Ud over det overordnede princip for differentiering af sundhedsfaglig virksomhed i arbejde, som udføres i og udenfor hospital, kan iagttages en række historisk set stabile principper for differentieringer af sygeplejerskers arbejde. Vallgård (1992) skriver, at der i perioden 1933 til 1960, hvor centralisering og specialisering for alvor slog igennem, generelt var fokus på at begrænse udgifterne til sygehusvæsenet, og de politiske diskussioner gik på hensigtsmæssig brug af sygehusvæsenets ressourcer. Et tilbagevendende tema i diskussionerne er udskrivning af patienter, som er ”færdigbehandlet”, eller udskrivelse af patienter, som er indlagt på ”social indikation”, typisk ældre, svækkede eller kronisk syge, som ikke kan blive hjulpet i eget hjem. Parallelt med øget omkostningsbevidsthed og specialisering af sygehusvæsenet er der sket en udbygning af hjemmesygepleje, etablering af rehabiliteringshjem og sanatorier, hvor syge gradvist kunne sluses ud af hospitalsvæsenet.

Rationalisering og specialisering i sygeplejerskearbejde er af ældre dato. Fra perioden efter 2. verdenskrig kan der iagttages en generel interesse i at effektivisere sygeplejearbejdet. Der beskrives og udvikles strategier til at effektivisere produktion af sygeplejeydelser gennem organisering af arbejdet. Taylorisering af arbejdet beskrives som ”rundepleje”, tilrettelægges af arbejde i teams

beskrives som ”gruppepleje”, senere arbejdes efter individuelle og helhedsorienterede principper for arbejdstilrettelæggelse som ”tildelt patientpleje” og ”kontaktpersonordninger” (Lorensen, 2003, 2004; Malchau, 2005).

Udover en differentiering af arbejdet i at lede sygepleje, undervise i sygepleje, udøve sygepleje og senere forske i sygepleje, er der pågået en differentiering af arbejdet mellem sygeplejersker, som overordnet er relateret til udviklingen inden for moderne medicin. Der kan iagttages differentiering af sygeplejearbejdet i forhold til medicinske teknologier og interventionsformer, i sygeplejearbejdet til forskellige patientgrupper, kvinder, mænd, unge og gamle, samt i grene af medicinsk og kirurgisk sygepleje, eller i sygepleje til patienter med forskellige medicinske diagnoser.

Endelig kan iagttages differentiering af sygeplejerskearbejdet i forhold til organisering af sundhedsfagligt arbejde i fagbureaukratier, hvor der skelnes imellem sygeplejerskearbejde i ambulatorier, skadestuer, modtageafdelinger osv. Under ovenstående generelle træk ved udviklingen i arbejdsdeling af sygeplejearbejdet udspilles en yderligere differentiering af arbejdet i delelementer, som under indvirkning af evidensbaseret medicin og stigende interesse for kvalitetssikring i en dansk kontekst løftes frem fra midten af 1980. Der er tale om differentieringer, som udspringer af arbejdet i sygehussektoren, men som med stigende kraft slår igennem i primær sundhedssektor.

På hospitalerne arbejdes der i stigende grad med at tilrettelægge forskellige former for accelererede patientforløb. Denne type forløb er kendetegnet ved, at patienter gennemløber detaljerede og forudbestemte behandlings- og undersøgelsesplaner, som har til hensigt at effektivisere behandlinger, minimere brug af ressourcer og forkorte patienters indlæggelsestid. Differentiering af arbejdet relateret til systematiserede beskrivelser af ”standardiserede patientforløb” og ”behandlings- og udredningspakker”. Sundhedsstyrelsen anbefalede i 1993, at der blev oprettet landsdækkende kliniske databaser med det formål at registrere indsats og resultater af definerede arbejdsopgaver til afgrænsede patientgrupper. I 2009 var der 38 overordnede kliniske databaser i drift. Til en række af disse databaser differentieres i underafsnit som beskriver strategier, resultater og standarder for klinisk arbejde. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at antallet af databaser udvides. Dertil kommer systematiske registreringer og standardiseringer for ernæring til patienter, væskebehandling, information samt en række forholdsregler knyttet til frister og ventetider for

behandling, se fx [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk) (National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet, Sundhedsstyrelsen, 2002).

Enhed for Perioperativ Sygepleje ved Rigshospitalet, etableret i 2004, er eksempel på et landdækkende projekt rettet imod at fremme standardisering af sygepleje til patienter, som gennemgår accelererede operationsforløb inden for 8 kirurgiske specialer. På baggrund af reviews udarbejdes detaljerede beskrivelser af standarder for sygepleje knyttet til varierede kirurgiske behandlingsteknikker. Plejeplanerne er struktureret omkring den kirurgiske behandling og beskriver, hvordan patienter modtages og informeres før operation. Planerne anviser i detaljer fokusområder for observation og pleje efter operation, samt hvordan patienter effektivt genoptrænes og efterbehandles, se fx [www.periopsygepleje.dk](http://www.periopsygepleje.dk)

I standardplanerne skelnes imellem forberedelsesperioden, indlæggelsesperioden og rehabiliterings- og rekonvalescensperioden. Denne periodisering af forløbet lægger op til differentiering af sygeplejearbejdet i funktioner knyttet til at forberede, indlægge og rehabilitere, og det anbefales, at personalet udvikler særlige kompetencer i de enkelte funktioner. Udover specialviden i delfunktioner for at kunne pleje patienterne effektivt forudsættes i de accelererede forløb samarbejde mellem afdelinger i hospitalet og samarbejde mellem forskellige faggrupper for effektiv udnyttelse af ressourcer. Parallelt til de standardiserede plejeplaner er der udarbejdet standarder for den medicinske behandling af patienterne i accelererede forløb, bedøvelse, smertebehandling operationsteknikker er på forhånd angivet, og patienter tildeles såkaldte ”pakker”, som er sammensat standardiseret pleje og behandling fra indlæggelse, til operation, rehabilitering og eventuel opfølgning.

### **Arbejdsmarkedet for sygeplejersker**

Antallet af sygeplejersker i arbejdsstyrken opgøres aktuelt til cirka 60.000. Antallet af sygeplejersker i arbejdsstyrken viser over tid en generel stigende tendens, således var antallet af sygeplejersker i 1945 cirka 7.000 og i 1985 20.000.<sup>27</sup> Det er behæftet med en del usikkerhed at beskrive udviklingen i sygeplejerskers arbejdsstyrke, særligt mangles historiske tal, som beskriver

---

<sup>27</sup> Tallene stammer fra fire kilder: Et notat om arbejdsmarkedet for sygeplejersker udarbejdet til Finansudvalget af Indenrigs- og Sundhedsministeriet i 2007; ”Fakta om sygeplejersker” (Dansk Sygeplejeråd, 2008); Hjemmesygeplejens opgaver og udvikling, rapport (Dansk Sygehusinstitut, 2009); Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark 1930-1987 (Vallgård, 1992).

udviklingen i antallet af sygeplejersker ansat i kommuner. Dansk Sygeplejeråd organiserer ca. 95 % af samtlige autoriserede sygeplejersker, hvorfor den faglige organisations medlemsstatistikker i vid udstrækning betragtes som repræsentative for arbejdsstyrkens nuværende sammensætning og fordeling på brancher.

Siden 1991 er antallet af sygeplejersker i arbejdsstyrken steget med 18 % (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007; Vallgård, 1991). Mekaniske fremskrivninger af antallet af sygeplejersker viser, at antallet forventes at være steget med 11 % i 2016. Der knytter sig en del usikkerhed til vurderinger af rekrutteringssituationen for sygeplejersker. Konservativt skøn peger på, at der mangler 760 sygeplejersker i arbejdsstyrke (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Dansk Sygeplejeråd skønner, at antallet er 2.400 (DSR, 2008). Der er dog samstemmende vurderinger af, at efterspørgslen på sygeplejers arbejdsstyrke fortsat vil være stigende. Disse vurderinger baseres på den demografiske udvikling i sygeplejerskegruppen og i befolkningen, som peger på, at en større andel ældre fremover må forventes at efterspørge flere sundhedsfaglige ydelser, kombineret med rekrutteringsproblemer og stigende afgang af sygeplejersker fra arbejdsmarkedet.

Arbejdsløshed blandt sygeplejersker har gennem de sidste 20 år ligget på mindre end 1 %, samtidig med at beskæftigelsen blandt sygeplejersker har været stigende.

95 % af Dansk Sygeplejeråds medlemmer er kvinder, og ca. 98 % af medlemmerne beskrives som havende ”dansk eller vestlig herkomst” (DSR, 2008). I et historisk perspektiv er stigningen i arbejdsstyrken for sygeplejersker parallel til væksten i den samlede andel af erhvervsaktive kvinder. Udviklingen i sygeplejerskers tilknytning til arbejdsmarkedet må forstås i sammenhæng med generelle udviklingstræk inden for det køns- og familiepolitiske område og udviklingen i reproduktiv arbejdskraft i velfærdsstatsligt regi. Et markant mønster fra midten af 1960’erne og frem er, at sygeplejersker i langt mindre grad end tidligere forlader faget og i højere grad er erhvervsaktive frem til pensionsalderen (Vallgård, 1991; Dybbroe, 2007).

Langt hovedparten af sygeplejersker i arbejdsstyrken (97 %) er beskæftiget i erhverv inden for det sundhedsfaglige område. 60 % af sygeplejerskerne arbejder i hospitalsvæsenet, 35 % i det øvrige sundhedsvæsen eller i beslægtede brancher.

Yngre sygeplejersker ansættes primært på hospitaler, hvorimod aldersgrupper over 40 i stigende omfang ansættes i sundhedsvæsnets øvrige sektorer.

Dansk Sygeplejeråd har siden midt i 1940 haft forhandlingsretten. 89 % af sygeplejerskerne er omfattet af overenskomster indgået med offentlige myndigheder, mens 11 % er omfattet af overenskomster indgået med private arbejdsgivere. Overenskomster med offentlige myndigheder indgås imellem Dansk Sygeplejeråd og Staten, Regioner og Kommuner. Ved overenskomstforhandlingerne i 2008 blev der indgået aftaler på følgende områder af arbejdsmarkedet for sygeplejersker:

- Staten
- Regioner
- Kommuner
- Private
- Skoler

Regionerne er som hospitalejerne den suverænt største arbejdsgiver. Over halvdelen af sygeplejerskernes samlede arbejdsstyrke arbejder på overenskomstområder, som er forhandlet med regionerne, således er der ansat 35.000 sygeplejersker på landets hospitaler. Gennem Sundhedskartellet forhandler sygeplejerskernes faglige organisation sammen med faglige organisationer for fysioterapeuter, ergoterapeuter, radiografer, diætister mv. om indgåelse af kollektive overenskomster på hospitalsområdet.

På statens område forhandles overenskomster mellem Sundhedskartellet og Finansministeriet – forhandlingerne er her rettet imod Kriminalforsorgen, Røde Kors, Professionshøjskoler mv. På det kommunale område forhandles mellem Dansk Sygeplejeråd og Kommunernes Landsforening om overenskomster for sygeplejerskers ansættelse i hjemmesygepleje, plejehjem, sundhedspleje mv.

Det private område dækker privatpraktiserende læger, private hospitaler, virksomheder, humanitære foreninger, vikarbureauer mv. Endelig indgås der separate aftaler for de skoler, hvor der uddannes social- og sundhedshjælpere.

## Politiske mål og styring af arbejdet

De politisk økonomiske reguleringer af det sundhedsfaglige område er traditionelt rettet imod at udnytte det sundhedsfaglige produktionsapparat rationelt, at kompensere for manglende ressourcer samt at afpasse sundhedsvæsnets kapacitet til samfundsmæssige behov og politiske interesser.

Som overordnet økonomisk princip for behandling i sundhedsvæsnets fremhæves ”LEON-princippet”,<sup>28</sup> (lavest, effektive omsorgsniveau). Interessen er, at sundhedsydelser som princip skal produceres af de institutioner, som kan levere den mest effektive ydelse til den mindste pris. Princippet slår igennem i organisering af sundhedsvæsnets produktion, hvor interessen er at effektivisere og aflaste sygehusproduktionen, og i den politisk-økonomiske styring af sundhedsvæsnets, hvor producenter belønnes for effektiv produktion og tilsvarende straffes for ikke at honorere produktions- og kvalitetsmål. På det organisatoriske niveau ses interessen i adgangsveje til behandling, hvor indgangen til det danske sundhedsvæsen går gennem privat praktiserende læger, som fungerer som gatekeepers til sundhedsvæsnets. Sundhedsydelser skal så vidt muligt produceres i primær sundhedssektor, og er hospitalsbehandling nødvendig, skal denne foregå effektivt i store og specialiserede sygehusenheder. Over tid kan derfor iagttages organisatoriske omlægninger af opgavevaretagelsen i sundhedsvæsnets, herunder etablering af sundhedscentre og andre rehabiliteringsinstitutioner, som har til formål at aflaste sygehusvæsnets.

I den politisk-økonomiske styring kan iagttages anvendelse af kontraktstyring, aktivitetsafhængig finansiering og introduktion af markedslignende fordelingsmekanismer mellem producenter af sundhedsfaglige ydelser. Princippet om markedsstyring som reguleringsprincip forudsætter etablering af et system, som definerer ydelser, og som sikrer sammenlignelighed, hvad angår pris og kvalitet. Markedsstyring forudsætter etablering af et regelsystem, hvor organisationer underlægges ensartede vilkår, hvad angår ledelse, produktion og økonomi, som sikrer sammenlignelighed og ”fair” konkurrence mellem aktører. Transformationerne sætter sig igennem som rivalisering mellem aktører om markedsandele og politisk gunst, tiltagende omkostningsbevidsthed, standardisering af arbejdsmetoder og institutionaliseret evaluering af de ansattes arbejde. Der er tale om transformationer, som bryder med tidligere principper for styring, omdefinition af relationer mellem stat og institutioner og imellem sygeplejersker og deres arbejdsgivere. Overordnet er der tale om

---

<sup>28</sup> Se fx Sundhedsvæsnets organisering – sygehuse, incitamentet amter og alternativer (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).



brud i det ”velfærdsstatslige etos” og i de legitimeringsstrategier, som må tages i anvendelse af de velfærdsstatslige frontlinjearbejder (Hjort, 2008; Pedersen m.fl., 2008).

Kontraktstyring fordrer definition af ensartede kvalitetsmål og systematiserede evalueringer som forudsætning for overvågning af, om leverandører af velfærdsstatslige ydelser opfylder mål for kvalitet og produktion. De organisatoriske ændringer drejer sig overordnet om statslig delegering og decentralisering af ansvar til enkeltinstitutioner, opsplitning af traditionelle bureaukratiske enheder og ændringer i enhedernes opgavevaretagelse.

De sundhedspolitiske mål pendulerer mellem nedenstående poler i forhold til idealer om autonomi, styring og regulering.

	Konservative/socialdemokratiske idealer	Liberalistiske idealer
Forebyggelse	Regler, normer, rammer, opdragelse	Oplysning – motivation
Ansvarlig	Fællesskab	Den enkelte borger, civilsamfundet
Behandling/pleje	Paternalisme	Valgfrihed, informeret samtykke
Beslutningstager	De professionelle	Den enkelte borger

(Skemaet er inspireret af Vallgård & Krasnik, 2007)

I et biopolitisk perspektiv er der sket et skred fra, at staten investerer i opdragelse til i højere grad at rette aktiviteter mod at oplyse og motivere befolkningen om hensigtsmæssig adfærd. Samtidig betones den enkeltes og civilsamfundets ansvar for liv, helbred og valg. Tilsvarende betones den enkeltes ret til at vælge imellem tilbud på baggrund af informationer og viden. Der skelnes imellem grupper, som er motiverede, som har ressourcer til at ændre adfærd og undgå livsstilsbetingede sygdomme, og grupper af borgere, som er mindre motiverede, opdragelige, og som i højere grad er bærere af helbredsproblemer, som ligger fællesskabet til last.<sup>29</sup>

Den overordnede ideologiske tilgang til tildeling af sundhedsydelser i Danmark er princippet om fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, kombineret med en stigende betoning af borgernes ret til at vælge imellem forskellige udbydere af sundhedsydelser. Principperne om fri og lige adgang udfordres dog af etablering af et privat sundhedsvæsen og private, fradragsberettigede

<sup>29</sup> Se fx ”Socialt udsatte borgeres sundhed – barrierer, motivation og muligheder”(Sundhedsstyrelsen, 2007).

sundhedsforsikringer – på sygehusområdet udgør de private sygehuse dog under 1 % af det samlede sengekapacitet.

### **Sundhedscentre baggrund og aktørinteresser**

Som følge af aftalen om strukturreformen bestemmes, at der skal oprettes kommunale sundhedscentre til lokal håndtering af patienter med kroniske lidelser. Intentionen er, at de kommunale sundhedscentre skal varetage rehabilitering og forebyggelse af primært kroniske lidelser. Der er principielt tale om institutioner, som skal mediere imellem det regionale og det kommunale sundhedsvæsen, og den overordnede intention er, at rehabilitering af kronisk syge uddelegeres fra hospitaler til kommuner, og at kommuner aktivt skal medvirke i at begrænse antallet af hospitalsindlæggelser.

Etablering af lokale sundhedscentre som alternativ til traditionelle organisationsformer i sundhedsvæsenet er ikke af nyere dato. Enkeltkommuner og privatpraktiserende sundhedsprofessionelle har siden først i firserne etableret sundhedscentre.<sup>30</sup> De aktuelle fortolkninger af sundhedscenteret som koncept for kommunal rehabilitering og forebyggelse af udvalgte livsstilsbetingede lidelser følger de planlagte ændringer af kommunernes opgavevaretagelse.

Argumenterne for at etablere sundhedscentre har både været sundhedsfaglige og fagpolitiske. De sundhedsfaglige argumenter har særligt drejet sig om vigtigheden af at etablere rehabiliteringstilbud i kommunalt regi med henblik på en lokal og holistisk orienteret indsats. I et overordnet landspolitisk perspektiv ligger etablering af sundhedscentret i forlængelse af den netop gennemførte strukturreform, som lægger op til centralisering og specialisering af hospitalsvæsenet på den ene side, og at kommuner i højere grad overtager ansvar for patienter med kroniske lidelser på den anden side. I aftale om strukturreformen hedder det, at kommunerne har ansvaret for at etablere genoptrænings- og rehabiliteringstilbud til alle ikke-hospitalsindlagte patienter, og at kommunerne skal udvikle nye modeller til genoptræning og rehabilitering. Det hedder videre i aftalen, at der på hospitalet skal udarbejdes genoptræningsplaner, som udstikker rammerne for de kommunale

---

<sup>30</sup>Se fx Albinus S. Læger er nøgle personer i lokalt sundhedscenter. Ugeskrift for læger 1988, 150(9): 569-571. En dosis livsglæde. Livsstilscentret i Brænderup. Danmarks Amtsråd, 1997: 28. Århus Amtskommune, Rapport om sygehusbaseret sundhedscenter i Ebeltoft. Århus Amtskommune, 1987.

genoptræningsinitiativer.<sup>31</sup> Formålet med disse strategiske strukturændringer er økonomisk begrundet, ved at kommuner overtager ansvar for rehabilitering, er antagelsen, at der frigøres ressourcer i hospitalsvæsnet til behandlinger, som kræver en eller anden form for hospitalisering. Aftalen om strukturreformen følges op med økonomiske bevillinger, således afsættes der i finanslovsaftalerne for 2005 og 2006 i alt 100 millioner kroner til oprettelse og drift af 18 kommunale sundhedscentre.<sup>32</sup>

De fagpolitiske (og i en vis udstrækning lokalpolitiske) interesser bag arbejdet med at profilere oprettelse af sundhedscentre er knyttet til at bibeholde lokale arbejdspladser til de sundhedsprofessionelle på trods af nedlukning af mindre sygehuse.

En central aktør bag introduktionen af sundhedscentre som organisatorisk koncept for rehabilitering i den sundhedspolitiske diskurs er sygeplejerskernes fagforening. Således udtaler en sygeplejerske og tillidsmand følgende til sygeplejerskernes fagblad i forbindelse med en planlagt nedlæggelse af sygehuse i Sønderjylland: *”Det hjælper ikke, at vi forsøger at bevare sygehusene tæt på borgerne, hvis de fremover ikke er i stand til at levere en ordentlig service. Så er det bedre at arbejde for at etablere nye sundhedscentre eller sygeplejecentre i lokalområderne, som på en række områder vil kunne erstatte de funktioner, som sygehusene har i dag. Især i forhold til skadestuelignende funktioner, fremskudte ambulatorier, sygepleje og rehabilitering”, siger Jan Toft, som forestiller sig et helt nyt samarbejde mellem kommunerne og amtet. Han forestiller sig, at der i en række lokalområder – flere steder end hvor der i dag er sygehuse – laves sundhedscentre. ”I disse sundhedscentre vil sygeplejerskerne få en central rolle. De vil skulle tage sig af at behandle en række lettere skader og sygdomme, mens de alvorlige tilfælde henvises til de lægebemandede sygehuse”, forklarer Jan Toft. Lykkes det at opbygge en model med lokale sundhedscentre, er han overbevist om, at både befolkningen, men også sygeplejerskerne, vil få flere fordele end ulemper ud af en omstrukturering af sundhedssektoren i Sønderjylland.”* (Sygeplejersken nr. 18, 2002).

Sammen med Sundhedskartellet, en forhandlings- og samarbejdsorganisation for cirka 100.000 mellemuddannede inden for sundheds- og socialsektoren, løftede *Dansk Sygeplejeråd* sundhedscentre ind i de sundhedspolitiske diskurser i starten af årtusindeskiftet. I perioden, hvor Sundhedskartellet ledes af formanden for Dansk Sygeplejeråd, udgiver kartellet bl.a. pjecer om

<sup>31</sup> Aftale om strukturreform (Regeringen, 2004).

<sup>32</sup> Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer (Statens Institut for Folkesundhed og SDU, 2008).

sundhedscentre og deres berettigelse i det danske sundhedsvæsen, ”*Sundhedscenter – nye veje til mere sundhed for pengene*” fra 2003 og ”*Sundhedscentre – nødvendige lokale sundhedstilbud*” fra 2004.

I publikationerne argumenteres det, at etablering af sundhedscentrene vil danne grundlag for en bedre koordinering imellem hospitalssektoren og de kommunale sundhedstilbud. Sundhedscentrene vil frigøre ressourcer fra sygehusene, og sundhedscentrene vil være i stand til at tilbyde forebyggelse og sundhedstilbud ”tæt på borgerne”. I materialet indtager sygeplejersker og fysioterapeuter en central rolle i driften af sundhedscentrene. De sundhedsprofessionelles virksomhed i sundhedscentrene beskrives som et fremtidigt supplement til og en udbygning af de allerede eksisterende tilbud til de ydelser, som produceres af praktiserende læger og den kommunale hjemmepleje. I materialet beskrives sundhedscentre som enheder, der i fremtiden principielt tænkes at skulle udbyde sundhedsydelser i konkurrence med eksisterende sundhedsfaglige aktører, særligt praktiserende læger, hospitaler, privat praktiserende fysioterapeuter samt private og kommunale træningscentre mv. Et af de potentielle stridspunkter ved konceptet er, at Sundhedskartellet i materialet lægger op til at udfordre praktiserende lægers monopol på at henvise klienter til behandling i det offentlige sundhedsvæsen. I materialet hedder det, at på sundhedscentrene vil specialuddannede behandlersygeplejersker varetage behandlings- og visitationsopgaver, som traditionelt varetages af læger og skadestuer på mindre sygehuse. Patienter skal kunne henvende sig frit (det vil sige uden først at være henvist af egen læge) til sundhedscentrene, og personalet i sundhedscentrene skal kunne henvise patienter til videre undersøgelse og behandling i det offentlige sundhedsvæsen.

I 2003 går den *Almindelige Danske Lægeforening* og *De praktiserende Lægers Organisation* ind i debatten om sundhedscentrene. I tre ledere i *Ugeskrift for Læger* omtales sundhedscentre i kritiske vendinger som ”orakelsvar”, som ”sukker som skal få bitterheden over sygehuslukninger til at glide ned”, ”mantra og åbenbaringer” og sygeplejersker beskrives som ”imperialister”.<sup>33</sup> I lederne kritiseres Sundhedskartellet og særligt DSR for at sammenblende sundheds- og beskæftigelsespolitik. Lægernes faglige organisation advarer særligt imod udsigterne til, at der etableres et parallelt offentligt sundhedssystem. Der er betænkeligheder ved fagligheden i

---

<sup>33</sup> *Ugeskrift for læger* 2003, 26, 23, 38.

sundhedscentre og udsigten til, at de praktiserende læger skal dele rollen som gatekeeper med andre grupper af sundhedsprofessionelle. Striden mellem læger og sygeplejersker om retten til at henvise patienter bilægges tilsyneladende, for i september 2003 udsendes en fælles udtalelse fra Sundhedskartellet, Lægeforeningen, Sygehusbranchen i det kommunale kartel og Amtsrådsforeningen – i udtalelsen præciseres det, at læger fortsat skal være sundhedsvæsnets gatekeeper.

De *privatpraktiserende fysioterapeuter*, som agerer på markedet for rehabilitering, var afdæmpet i deres forbehold overfor udsigt til konkurrence fra de nye sundhedscentre. Den afdæmpede reaktion skal sandsynligvis ses i lyset af, at mange praktiserende fysioterapeuter fagpolitisk er knyttet til Sundhedskartellet, samt at der relativt samtidigt blev introduceret et koncept om ”motion på recept” i den sundhedspolitiske diskurs, et koncept som åbnede nye markedsandele på rehabiliteringsområdet for bl.a. privat praktiserende fysioterapeuter (Sandholm Larsen & Larsen, 2008).

Der er store regionale forskelle i fortolkninger af sundhedscenteret som organisatorisk enhed. Sundhedscentre varierer i størrelse, personalesammensætning, og hvad det er for typer af sundhedsydelser, som varetages i de centre, som er oprettet af landets kommuner. En rapport fra Statens Institut for Folkesundhed (2008) taler således om tre centertyper:

- **Centre for patientrettet forebyggelse.** Kerneopgaven er her forebyggelse målrettet patienter med en kronisk sygdom. To af landets sundhedscentre hører til denne type.
- **Centre for borgerrettet forebyggelse.** Opgaven er her bred sundhedsfremme og forebyggelse, i centrene arbejdes bredt for at fremme sund livsstil i kommunen. Fire centre hører til denne type.
- **Centre for borgerrettet og patientrettet forebyggelse.** Denne type er en kombination af de to ovenstående og omfatter 12 af landets sundhedscentre med store individuelle variationer.

Der er store forskelle i, hvordan centrene drives videre af kommunerne, efter at de statslige midler til etablering og drift er opbrugt. Oprindeligt var afsættet, at de professionelle i centrene skulle være kommunalt ansatte – i kommuner ses eksempler på, at der i centrene er ansatte, som både er omfattet af kommunale og private overenskomster. På Bornholm har man valgt at nedlægge det

kommunale sundhedscenter, og i Ishøj og Tårnby kommuner etableres store og bredt sundhedsfagligt sammensatte enheder, der er planlagt til at varetage rehabilitering samt visse former for undersøgelser, diagnosticering og behandling. Centrene rummer personalegrupper som fx jordemødre, privat praktiserede læger, fysioterapeuter, sygeplejersker, familie- og misbrugskonsulenter mv.<sup>34</sup>

## **Hospitalsområdet**

Aftalen om strukturreformen har sat gang i et landspolitisk spil om oprettelse og placering af et antal ”super-sygehuse” i regionerne. Nogle regioner forventes at modtage statslige tilskud til nybyggerier, mens andre regioner skal renovere eller foretage indskrænkninger og afgive hospitalsfunktioner.<sup>35</sup> Regionerne har haft til opdrag at udarbejde lokale sygehusplaner, som efterfølgende er blevet gransket og vurderet af fagfolk og den politiske magt, og på baggrund af vurderingerne er der truffet beslutninger om placering af de kommende ”super-sygehuse” med store regionale konsekvenser, hvad angår investeringer i anlægsarbejder, lokale arbejdspladser og befolkningens adgang til hospitalsvæsenet.

Traditionelt er arbejdet i sygehusvæsenet hierarkiseres omkring ”funktionsbærende enheder”, som huser den ypperligste sundhedsfaglige ekspertise og mindre specialiserede og almene enheder. Princippet for funktionsbærende enheder er baseret på at samle medicinske specialer og specialister i store enheder, og at disse enheder tilknyttes et befolkningsunderlag af en vis størrelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at funktionsbærende enheder har et befolkningsunderlag på 200.000 til 250.000 mennesker (Strukturkommissionens betænkning bd. 3., 2004).

Fra omkring år 2000 er man i stigende grad gået over til at basere sygehusenes økonomi på aktivitetsafhængig afregning. Afregningen foregår gennem et ”case-mix system” eller diagnose relaterede grupper (DRG systemet). Der er grundlæggende tale om, at sygehusaktivitet kan inddeles i mere end 500 forskellige kombinerede diagnose og behandlingsgrupper (produkter), som honoreres efter centralt fastsatte takster. Systemet er differentieret således, at hospitaler honoreres forskelligt for produkter, som kræver indlæggelse, og produkter, som kan klares ambulant. Der er to

---

<sup>34</sup> Se fx ”Pengene slap op på Bornholm”. Sygeplejersken nr. 22/2008 og <http://www.ishoej.dk/Default.aspx?ID=5577>

<sup>35</sup> Se fx Strukturkommissionens betænkning bd.3., 2004.

overordnede grunde til indførelse af DRG systemet. For det første en ideologisk betinget interesse i at indføre en aktivitetsafhængig incitamentsstruktur på hospitalsområdet. Tanken er, at strukturen vil øge hospitalernes interesse i effektiv produktion. Princippet med landsdækkende takster giver mulighed for at etablere markeder, hvor hospitaler og hospitalejerne indbyrdes kunne konkurrere. Endelig var det som følge af indførelse af frit sygehusvalgsordningen i 1993 nødvendigt at etablere et system, hvor hospitaler blev honoreret for at behandle patienter fra andre amter. Systemet har ligeledes gjort det muligt at fastsætte offentlig betaling for behandling på private sygehuse (Møller Petersen, 2005; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2003).

I forhold til økonomisk hierarkisering er DRG systemet entydigt fokuseret på lægelig behandling og undersøgelser. Langt hovedparten af sygeplejerskers arbejde honoreres generelt ikke gennem DRG systemet, undtagelser herfor er sygeplejersker, som er ansat i ambulatorier og behandlings- og undersøgelsesenheder. Pleje i hospitalernes sengeafsnit defineres som en del af hospitalernes produktionsomkostninger. Rationalisering af forbrug af sengedage og forkortelse af indlæggelsestider bliver et centralt parameter til at højne sygehusenes indtjening, som principielt stiger jo hurtigere patienter udskrives, og etablering af behandlinger, som ikke kræver indlæggelse. I hospitalsvæsnet bliver det endvidere centralt at differentiere imellem de patienter, som effektivt kan behandles og hurtigt udskrives, og de patienter, som kræver længere indlæggelse. Der differentieres i stigende grad mellem (udgifts) tunge patienter og de attraktive ressourcestærke patienter, som hurtigt kan behandles og udskrives. Det er bestemt i sundhedsloven, at kommuner skal betale ”bøder” til regionerne i den udstrækning, at kommuner ikke hjemtager færdigbehandlede patienter fra sygehusene.

Markante politiske krav, der stilles til produktion af ydelser i sundhedsvæsnet, knytter sig til *kvalitet og omkostningsbevidsthed*. Produktion af sundhedsydelser skal være baseret på evidensbaseret viden, og de sundhedsprofessionelle skal redegøre for, at produktionen lever op til internationale standarder for effektivitet og kvalitet. De sundhedsprofessionelle forpligtes til at dokumentere, at de producerer ydelser af høj kvalitet, og samtidig forpligtes de til at udvikle kvalitet.

Det forventes i dag: ”at der sker en kontinuerlig og systematisk kvalitetsvurdering, og at kvalitetsoplysninger stilles til rådighed for borgerne som grundlag for frie valg” (Sundhedsstyrelsen, 2002).

Fokus på kvalitet og standardisering af produktion af sundhedsydelser kan illustreres ved, at der imellem 1999 og 2000 etableres følgende råd og projekter rettet imod monitorering og standardisering af produktion af sundhedsydelser (Mainz & Andersen, 2007):

- Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnet
- Det Nationale Indikatorprojekt
- Den Gode Medicinske Afdeling
- Sekretariat for Referenceprogrammer
- Kompetencecenter for kliniske databaser.



# Undersøgelsen

Den empiriske strategi er at studere sygeplejerskers arbejde på et etnografisk niveau gennem få, tilnærmelsesvis identiske opbyggede casestudier, hvor der produceres empiri gennem anlæggelse af et tale-, handlings- og tekstperspektiv på sygeplejerskers arbejde. Der arbejdes med tæt kontakt til forskningsgenstanden, og begrebsrammen er interaktionistisk for de anvendte metoder. Tidsmæssigt og geografisk afgrænses feltstudierne til en kirurgisk sengeafdeling på et offentligt hospital og et kommunalt sundhedscenter. Der anvendes spørgemetoder, primært fokusgruppeinterviews til at indkredse taleperspektivet. Deltagende observation er tilgangen til handlingsniveauet. Indsamling og læsning af lokale nøgledokumenter danner grundlaget for undersøgelsens tekstperspektiv. Det har fra undersøgelsesstart været ambitionen at arbejde dybdegående med få, udvalgte cases ud fra et kvalitativt og mikrofunderet koncept for at producere empiri om sygeplejerskers lokale fortolkninger af konkret arbejde. Ambitionen refererer for *det første* en interesse i at undersøge, hvordan sygeplejersker legitimerer arbejde i forhold til hinanden og andre faggrupper i specifikke organisatoriske rammer. For *det andet* er beslutningen om at tage afsæt i et mikrosociologisk perspektiv udtryk for en afvejning af det muliges kunst, det vil sige en afvejning af de ressourcer, som er afsat til projektet sammenholdt med forskningsgenstandens karakter og udbredelse. For *det tredje* er indgået en række beslutninger, som er afledt af de faktiske muligheder for at få adgang til at studere sygeplejerskers arbejde.

Beslutningen om at producere empiri med afsæt i arbejdspladser og arbejde ligger i forlængelse af Abbotts anbefalinger om at studere professionelles arbejde. Arbejde udspilles på arbejdspladser, hvor faggrænser udfordres af organisatoriske rammer og logikker, hvor professionelle, grupper af professionelle interagerer og forholder sig strategisk til produktion af ydelser i en fagbureaukratisk kontekst. I studiet af arbejdet er der i en handlingsorienteret professionsteoretisk optik fokus på roller og strategier samt arbejdsdeling i og mellem faggrupper. Der fokuseres på at undersøge lokale løsninger på forhold, der betragtes som problemer eller forhindringer for effektiv produktion, forhandlinger om varetagelse af arbejdsfunktioner, identifikation af arbejdsrelaterede konflikter og identifikation af strategier til løsning af konflikter.

Den teoretiske begrundelse for at arbejde med flere forskellige cases er inspireret af Freidson, som argumenterer for, at professionel autoritet som udgangspunkt må betragtes som relativ, og at professionelles muligheder for at udøve faglig autoritet varierer med de institutionelle rammer, hvori erhvervsudøvelsen er situeret. Det hedder, at professionelle, som arbejder i ”primære” institutioner, har en større formel og traditionsbunden mulighed for at udøve autoritet sammenlignet med professionelle, som arbejder i institutionelle miljøer, hvor deres faglige autoritet traditionelt er underlagt andre, dominerende referencesystemer (Freidson, 2004). Det har været et gennemgående princip, at der i undersøgelsen skulle arbejdes med flere sammenlignelige referencesystemer, hvor sygeplejerskers muligheder for at udøve faglig autoritet forventes at variere. Hospitalet, kerneinstitutionen for behandling, er valgt som eksempel på et klassisk, hierarkisk opbygget institutionelt miljø, hvor sygeplejersker traditionelt tilskrives relativt klare muligheder for at udøve faglig autoritet. Som repræsentant for et fagligt miljø, hvor autoritetsstrukturen er mere uafklaret, og et miljø, der ikke traditionelt forbindes med sygeplejerskers faglige autoritet, er valgt en nyetableret rehabiliteringsinstitution. For særligt at generere empirisk materiale, som beskriver kampe om jurisdiktion mellem sygeplejersker og kampe mellem sygeplejersker og andre faggrupper, er der i udvælgelsen eksempler på arbejdspladser, hvor sygeplejersker arbejder sammen med andre faggrupper. Endvidere blev der lagt vægt på at udvælge cases, hvor sygeplejerskearbejdet karakteriseres som højt specialiseret, samt at udvælge cases, hvor idealer for effektivt sygeplejerskearbejde beskrives som lavt differentieret, helhedsorienteret og tværfaglig indsats overfor helbredsproblemer.

### **Metodiske implikationer af den interaktionistiske begrebsramme**

Den hypotese, som overordnet ligger til grund for institutionsstudier i en goffmansk tradition, er, at enhver gruppe af mennesker, fanger, fangevogtere, patienter og deres behandlere udvikler særegne livsformer, der får mening og forekommer rationelle, når forskeren kommer tæt nok på. Den interaktionistiske begrebsramme har betydning for de metoder som anvendes, den empiri som produceres i casestudierne og for den analytiske tilgang til det empiriske materiale.

Interessen i en interaktionistiske tradition er ikke, at generer empirisk materiale, som afspejler ”objektiv virkelighed”, som det tilstræbes i et positivistisk erkendelses ideal. I en interaktionistisk begrebsramme studeres den sociale virkelighed som den produceres eller objektiveres i den sociale interaktion. Det anskues som et grundlæggende vilkår for studiet af det sociale, at aktørers fortolkninger af den sociale virkelighed er konkurrerende og flertydige, forskeren må derfor

undersøge fænomener gennem anvendelse af forskellige kvalitative metoder og ved at indtage og undersøge fænomener ud fra forskellige aktørperspektiver. Grundlæggende tilstræber forskeren at tilvejebringe indsigt i de studeredes fortolkninger af verden, udtrykt gennem handling, tale og dokumenter.

Fokus i observationerne er derfor objektivering af virkelighed i menneskelig handling og ikke at generere empiri som beskriver objekter, menneskekroppe eller handlinger. Fokus i observationerne er samhandling mellem mennesker, strukturering af handlinger og produktion af mening i sociale fællesskaber. Tilsvarende er der fokus på social identitet og produktion af social identitet. I observation af aktørers samtale og gennem anvendelse af spørgemetoder er interessen, at identificere ræsonnementer og i mindre grad, at udrede bagvedliggende, individuel mening og betydning. Samtale ansues som social samhandling, der både kan læses som individuelle udsagn og som kontekstafhængig handling. Talehandlingens rettedhed opfattes, som elementer eller linjer i et institutionaliseret regelsystem. Sproget ansues som konstitueret af det sociale og som konstituerende for den sociale virkelighed. Det samme gør sig gældende for det skrevne sprog, dokumenter er kontekstafhængige artefakter, konstrueret i forlængelse af ræsonnementer og intentionalitet, men også som artefakter, som er konstituerende for handling og tænkning.

Analytisk arbejder forskeren med egne tolkninger af de studeredes tolkning af verden. Der arbejdes med analyseobjekter, konstrueret af forskere og analyseobjekterne må betragtes som flertydige og grundlæggende foranderlige.

I den sociale interaktion konstitueres en særlig orden for roller, funktioner, ejerskaber, klassifikationer og privilegier, som afledes af og struktureres i institutioners magthierarkier. Den særlige institutionelle orden kan rekonstrueres ved at udhæve regelmæssigheder og interaktionslinjer i små ubemærkede delprocesser, som udspilles i alle forgreninger af institutionaliseret liv.

Der arbejdes med en dramaturgisk model, interaktion er indrammet og situeret. Der kan iagttages forskelle i, hvordan aktører træder ind og ud af roller, og handlemønstre afhængigt af geografien. Det er centralt både at studere handlinger, som udspilles ”on stage”, det vil sige i et principielt offentligt rum for handling, og at studere interaktion, som udfoldes ”back stage”, i private eller lukkede handlerum, hvor konventioner for adfærd, roller og positioner er mindre formelt struktureret. For forskeren er indsigt i de interaktionslinjer, som udfoldes i private og mindre

strukturerede rum, en lige så vigtig kilde til indsigt, som de linjer, som udspilles i de formelle, offentlige rum i institutionen (Goffman, 2001, 2004). I feltarbejdet er respondenternes handlinger i private rum, det vil sige kontorer, kaffestuer mv., blevet prioriteret.

I undersøgelser af ”social service som fag” opstiller Goffman en social figur, som har været inspirerende for de tidsmæssige og stedlige markører for observation og indsamling af dokumentarisk materiale.

Den sociale figur består af tre enheder, som henholdsvis repræsenterer klienten, som er ejer af det objekt, som skal ”repareres”, objektet (sagen) samt den professionelle, udøveren af social service. Om serviceyderens relation til de to andre poler i figuren hedder det hos Goffman:

*”Den serviceydende har kontakt med to grundlæggende enheder; Klienten og klientens defekte objekt. Klienter er formodentlig selvbestemmende enheder i den sociale verden og må som sådan behandles med passende hensyn og rituel. Klientens defekte objekt er en del af en anden verden, som må analyseres inden for et teknisk og ikke et rituel perspektiv. Det heldige udfald af betjeningen afhænger af, om den serviceydende holder disse to forskellige enheder adskilte, men han samtidig yder hver af dem fuld retfærdighed”. (Goffman, 2001: 242)*

Forudsætningen for etablering af en servicerelation er indgåelse af en kontrakt mellem parterne, hvor ejeren midlertidig overdrager objektet til serviceyderen og accepterer betingelserne for reparation. Serviceyderen må på den anden side påtage sig rollen som reparatør. Der er tale om relativt struktureret interaktion mellem klient og professionel, hvor den professionelle kan relatere sig i manuelle og mekaniske operationer med det defekte objekt eller/og den professionelle kan engagere sig verbalt med klienten. Goffman skriver, at den verbale interaktion principielt rummer tre dele, en *teknisk del*, hvor der bestemmes fagligt relevante informationer. En *kontraktlig del*, som omhandler de vilkår, som er gældende for servicekontakten, evt. pris på ydelse og øvrige betingelser. Endelig en *selskabelig del*, som omfatter udveksling af høfligheder og anerkendelse.

Goffmans perspektiv og sociale model har betydet at der i undersøgelsen fokuseres på tre sekvenser i sygeplejerskearbejde:

- Indledning af forløb,
- Manuelt arbejde med patienter (reparation),
- Afslutning af forløb.

Der er derfor fokuseret på at producere empiri, som beskriver interaktion afledt af indgåelse og afslutning af kontrakter mellem sygeplejersker og patienter, det vil sige situationer, hvor aktørerne træder ind og ud af roller som yder af service og modtager af serviceydelser. Operationaliseringen af denne type af interaktion er sket ved at observere situationer, hvor sygeplejersker tager imod patienter til rehabilitering og accelererede kirurgiske forløb, og situationer, hvor sygeplejersker afslutter rehabiliteringsforløb og accelererede forløb med patienter. Tilsvarende er der produceret empiri, som belyser interaktion, hvor sygeplejersker engagerer sig manuelt i arbejdet som reparatør. Operationaliseringen af interaktion afledt af manuelt arbejde er sket ved at følge og observere sygeplejerskers arbejde med patienter i tilslutning til rehabiliteringsforløb og accelererede forløb.

Tilsvarende er de tre sekvenser i sygeplejerskearbejde blevet belyst gennem spørgemetoder, hvor der er stillet spørgsmål og inviteret til forhandling om indledning af forløb, manuelt arbejde og afslutning af de to typer af forløb. I den dokumentariske del er indsamlet nøgledokumenter for indledende samtaler, manuelt arbejde og afslutning af forløbene.

Goffmans model demonstrerer, at servicereationen forudsætter en kontrakt mellem producent og modtager af ydelser. Denne tilsyneladende banale iagttagelse har hjulpet til at afklare, at skønt roller og interaktion mellem patient og sundhedsprofessionel som udgangspunkt er struktureret, så er kontakten mellem patient og professionel langt fra afklaret. Modellen inviterer til at undersøge, om indgåelse af kontrakter og ydelse af service overvejende foregår af hensyn til institution, serviceyder eller patient. Perspektivet har bl.a. medvirket til en erkendelse af, at en række faktorer influerer på, om sygeplejersker og patienter indgår serviceaftaler og påtager sig rollen som henholdsvis producent og modtager af serviceydelser. Goffman inspirerede casestudier fokuserer på at undersøge ”det lokale marked for moral” ved detaljerede studier af mikroprocesser og ved at identificere og rekonstruere interaktionslinjer, således at de fremtræder som normativt, strukturerende system eller som institutionelle logikker (Järvinen & Mik-Meyer, 2005).

Følgende sekvens illustrerer, hvordan en hospitalssygeplejerske afviser rollen som serviceyder og ophæver servicekontakten:

Observationsnotat:

*Morgen møde på kirurgisk afdeling:*

*Hospitalssygeplejersken tager næste journal og læser højt:*

*”Per, 46 år gammel, medicinsk patient. Han skal da tilbage! Jeg ringer over i 5-døgn. Har været til CT... nej har ikke fået lavet den endnu. Medicinsk patient selvhjulpen, spiser, drikker, afføring, har det rimeligt. Ham sender vi derover igen, så kan han køre derover [til medicinsk afdeling]bagefter”*

*[...]Hospitalssygeplejersken går ind på sengestuen hvor Per ligger i sengen.*

*Hospitalssygeplejerske: ”Du faster til CT”*

*Per: ”Det plejer jeg ikke”*

*Hospitalssygeplejerske: ”Du komme over i 5-døgnsafsnittet efter undersøgelsen”*

*Hospitalssygeplejersken pakker patientens ejendele og placerer dem i sengens benende og forlader sengestuen.*

Sekvensen antyder en central linje i den sociale interaktion på hospitalet, hvor patienter, ”som ikke hører til”, ekskluderes. I sekvensen sker dette ved, at sygeplejersken afviser, at der er grundlag for at fortsætte en servicerektion med henvisning til et teknisk, bureaukratisk ræsonnement, som går på, at patienten ikke har et kirurgisk problem (patienten spiser, drikker og har afføring). Der er ikke grundlag for en servicekontakt mellem en medicinsk patient og en sygeplejerske på en kirurgisk afdeling, hvorfor sygeplejerskens manuelle involvering i forhold til patienten er begrænset til at flytte patienten væk fra afdelingen. Interaktionslinjen refererer til en lokal økonomi, hvor det betragtes som spild af ressourcer, hvis sengepladser og faglig ekspertise optages ”uden grund”, det vil sige af patienter, som kan udskrives eller placeres på andre afdelinger.

### **Praktisk gennemførelse**

Oprindeligt var det planlagt, at undersøgelsen skulle omfatte tre cases, og den mest tungtvejende årsag til, at der kun indgår to cases i studiet, skyldes, at der har været problemer med at skaffe adgang til en tredje case. Tidligt i forløbet blev der rettet henvendelse og udsendt forespørgsler om tilladelse til at gennemføre feltstudier til to sundhedscentre og fem sengeafdelinger. Der kom tilsagn fra et sundhedscenter og et forbeholdent tilsagn fra en kirurgisk sengeafdeling, begge tilsagn virkede lovende efter de indledende kontakter. Senere i forløbet blev givet et tilsagn om deltagelse fra endnu en afdeling, men i den videre kontakt dukkede forbehold op, som såede for stor tvivl om gennemførelse af en undersøgelse på den pågældende arbejdsplads. Kontakten blev opgivet og casen blev valgt fra.

En medvirkende årsag til, at en tredje case blev opgivet, skyldtes, at jeg som en del af forskeruddannelsen på DPU blev tilknyttet et projekt, som havde speciallægeuddannelsen som forskningsgenstand.<sup>36</sup> Arbejdet bestod i at gennemføre feltstudier af yngre lægers uddannelse på hospitaler. Under dette feltarbejde var der mulighed for at observere sygeplejerskers arbejde ud fra et perspektiv, defineret i lægers arbejde og uddannelse i hospitals- og behandlingsafdelinger. Udover en mulighed for at få mere rutine i at gennemføre interviews og deltagerobservation tilbød tilknytningen til Speciallægeprojektet ”gratis” perspektivskift og afprøvning af fund og teser fra feltarbejdet i sundhedscenteret og sengeafdelingen. Det viste sig, at fund af argumentationstyper og hierarkisering af vidensformer kunne genfindes eller nuanceres. I noter fra feltarbejdet i forbindelse med Speciallægeprojektet (november, 2007) hedder det bl.a.:

*”Sygeplejerskerne benytter sig af de samme argumenter, som jeg har [fra sengeafdelingen], tid, pladser og blodprøver, når de kontakter NN [den yngre læge] ...*

*NN ”samler” på operationer i sin notesbog, som led i uddannelsen skal han gennemføre et vist antal forskellige typer operationer. Det er vigtigt for NN’s adgang til at operere alene eller sammen med de rutinerede læger, at han er på god fod med sygeplejersken i ”buret”, hun ringer og giver praj om når operationer skal starte. [Han] ... siger at han har fået ”mange akutte” [operationer] efter at han har lært sygeplejersken at kende. [”Buret” er et glaskontor på operationsgangen hvorfra produktionen koordineres mellem narkose, operatører og operationssygeplejersker] ”*

Erfaringerne fra feltarbejdet med den yngre læge tydede på, at der var korrespondance mellem materiale produceret i en anden kontekst og perspektiv og det empiriske materiale produceret i sengeafdelingen og sundhedscenteret. Feltarbejdet med den yngre læge gav en ”good enough” fornemmelse, og samtidig blev det klart, at det empiriske materiale fra sundhedscenteret og sengeafdelingen havde et tilstrækkeligt omfang og nuancerigdom til, at der kunne kontekstualiseres og perspektiveres til andet materiale.

Sammenholdt med at over halvdelen af den afmålte tid til ph.d.-uddannelsen på daværende tidspunkt var brugt, samt at et udenlandsophold i England var under planlægning, blev det besluttet at indstille jagten på en tredje case og basere det videre arbejde på materialet fra to cases.

---

<sup>36</sup> Forsknings- udviklingsprojekt vedrørende reform af speciallægeuddannelsen, 2008. Samarbejde mellem DPU og Sundhedsstyrelsen. Projektledere: Kristian Larsen og Martin Bayer.

Som forsker må man prioritere ressourcer og have en vis grad af tiltro til, at investeringer i cases vil have et udbytte, der står mål med de ressourcer, som investeres. Respondenters modstand eller forbehold kan være væsentlige kilder til produktion af empiri, men der er en hårfin grænse mellem de ressourcer, der investeres i at overkomme modstand, de faktiske muligheder for at gennemføre undersøgelsen og dermed det reelle empiriske udbytte af at gennemføre studier i et forbeholdent miljø.

Rækkefølgen i den praktiske gennemførelse af de to casestudier har været identisk. Som indledning til casestudierne er der afholdt møder med ledere og potentielle respondenter, hvor der er blevet redegjort for undersøgelsens formål og metoder. I den indledende kontakt er der lagt vægt på, at enkeltpersoner og enkeltinstitutioner ikke er interessante, samt at patienter ikke inddrages direkte i undersøgelsen. Det blev præciseret, at deltagelse var frivillig, og at projektet ikke måtte være til gene for patienter. Det er blevet betonet, at der i rapporteringen vil blive arbejdet efter principper om person- og institutionsanonymitet, ligesom der er indhentet nødvendige tilladelser til gennemførelse af studiet.<sup>37</sup> På den anden side blev det præciseret, at det var en forudsætning for studiets gennemførelse, at observatøren fik adgang til at fortage interviews, observationer og tilladelse til at indsamle lokale dokumenter. Datatilsynets tilladelse (bilag 3) til, at der indsamles dokumentarisk materiale indeholdende personfølsomme oplysninger på patienter, er blevet præsenteret under møderne.

Feltstudierne er indledt med eksplorative ”pilotdage”, hvor observatøren har fulgt arbejdet, identificeret lokaliteter, aktører og situationer, som umiddelbart fremtræder som samlende eller meningsproducerende for interaktionen på arbejdspladsen. I løbet af ”pilotdagene” er der indsamlet dokumenter, etableret alliancer med informanter og identificeret nøglepersoner og meningsbærere. Efterfølgende er der planlagt længere, målrettede forløb med *deltagerobservation* af arbejdet med at indlede og afslutte patientforløb samt observation af mellemliggende arbejdsopgaver. I planlægningen er der lagt vægt på at følge forskellige professionelle i forskellige arbejdsfunktioner. Konkret har deltagerobservationen været knyttet til enkeltpersoner, som er fulgt gennem deres arbejdsdag, undervejs er der taget noter, som efterfølgende er renskrevet.

---

<sup>37</sup> Tilsagnet om institutionsanonymitet giver konkrete problemer i forbindelse med henvisning til dele af det dokumentariske materiale, enkelte henvisninger er derfor ufuldstændig for at overholde tilsagnet om institutionsanonymitet.



Under feltarbejdet er *nøgledokumenter* defineret som de dokumenter, som respondenterne benyttede i arbejdet. I tilslutning til observationsseancerne er de dokumenter, som respondenterne har benyttet i arbejdet, blevet fotokopieret. Denne strategi har sikret værdifuldt materiale, som har givet indblik i, hvordan arbejdet er blevet dokumenteret gennem arbejdsdagen. Ligesom det er blevet noteret, hvordan dokumenterne er indgået i den sociale interaktion.

Feltstudierne er afsluttet med *fokusgruppeinterviews*. I sundhedscenteret er gennemført to fokusgruppeinterviews omfattende samtlige ansatte som respondenter. I sengeafdelingen er gennemført fokusgruppeinterviews med tre grupper, en gruppe bestående af yngre, nyansatte sygeplejersker, en gruppe bestående af social- og sundhedsassistenter, som har været ansat igennem en årrække og endelig en fokusgruppe bestående af rutinerede sygeplejersker med adskillige års ansættelse i sengeafdelingen bag sig.

I anvendelsen af *spørgemetoder* er valgt at gøre brug af bandede fokusgruppeinterviews. Begrundelsen for dette har været at benytte spørgemetoder, som er velegnede til at producere, opfange og fastholde nuancer i forhandlinger mellem de interviewede. Det teoretiske argument for at stille skarpt på forhandlinger er inspireret af Abbott, som anbefaler jurisdiktion og forhandlinger om jurisdiktion som analytisk enhed i professionsstudier. Der er arbejdet med at præsentere fokusgrupper for åbne, tematiserende oplæg til diskussion og forhandling. I sammensætningen af fokusgrupperne er deltagerne samlet, således at forskellige perspektiver på faggrænser og arbejdsopgaver relativt frit kunne udfoldes. Således er en gruppe bestående af social- og sundhedsassistenter blevet interviewet om deres opfattelse af faggrænser til sygeplejerskegruppen. Tilsvarende er en gruppe sammensat af yngre sygeplejersker interviewet om deres udlægning af social- og sundhedsassistenter og rutinerede sygeplejerskers arbejds- og kompetenceområder. En gruppe sygeplejersker er interviewet om egne og fysioterapeuters faggrænser osv. Under interviewene er grupperne opfordret til at indgå i vurderinger af faggrænser og nuværende og fremtidige styrkeforhold mellem faggrupper på arbejdspladsen. Der er endvidere gennemført semistrukturerede interviews med udvalgte nøglepersoner.

Årsagen til, at der er benyttet spørgemetoder i afslutningen af casestudierne, er begrundet i et ønske om at triangulere og spørge ind til observerede fænomener. Afslutning af forløbet med

fokusgruppeinterviews har haft betydning for den præcision, som spørgsmålene har været formuleret med. Der har været mulighed for at spørge ind til og få uddybet observerede fænomener og afprøve hypoteser. Endelig har det gjort det nemt for interviewerens at holde fast i spørgsmål og for respondenterne at referere til konkrete eksempler og situationer under interviewene.

En oversigt over fokus for deltagende observation og enkeltinterviews er vedlagt som bilag 4.

## **Hjemmebane-etnografi**

I alle feltstudier er der elementer af at ”bryde ind” i grupper og skaffe sig adgang til private rum som forudsætning for at producere empiri. Efterfølgende må forskeren ”bryde ud”, distancere sig fra materiale og gruppe, for at kunne analysere det ”selvhentede” stof (Hastrup, 1989). Som uddannet sygeplejerske og medlem af sygeplejerskernes faglige organisation deler jeg principielt forståelseshorisont med de informanter, som medvirker i undersøgelsen. Jeg har personlige erfaringer med at arbejde i sundhedsvæsnet og er fortrolig med de strukturer og logikker, som kendetegner det sundhedsfaglige område.

Alvesson foreslår termen ”self-ethnography” som betegnelse for kvalitative studier og feltarbejder, hvor forskeren har en ”*naturlig adgang til den kultur, som udforskes og samtidig er aktivt deltagende på lige fod med forskningsobjekterne*” (Alvesson, 2003). ”Hjemmebane-etnografen” udforsker sin egen kultur og må i design og analysestrategier arbejde systematisk på at distancere sig. Feltarbejde i egen kultur implicerer risiko for blindhed og en ureflekteret indforståethed (go native). Den, der forsker i egen kultur, bør derfor være bevidst om en forøget tilbøjelighed til at stole på personlige erfaringer som empirisk udgangspunkt. Der er større risiko for at overse eller nedtone betydningen af bl.a. strukturelle forhold og centrale læresætninger, fordi de synes indlysende og ”naturgivne”.

I traditionelt feltarbejde bruges det at opholde sig igennem længere tid sammen med en gruppe og at deltage i gruppens aktiviteter som et redskab til midlertidigt at leve sig ind i en kultur. Den, der bedriver ”hjemmebane-etnografi”, har en umiddelbar forståelse af og andel i gruppens sociale liv, indsigter, som det måske vil tage udefrakommende år at oparbejde. Den traditionelle etnograf arbejder med at identificere og overkomme egne forforståelser og møde forskningsobjektet. For ”hjemmebane-etnografen” er problematikken principielt omvendt, her ligger en udfordring i at

etablere brud imellem forskerens commom sense forståelse af forskningsobjektet. Ud fra et økonomisk perspektiv er ”hjemmebane-etnografi” effektiv og tidsbesparende i forhold til gennemførelsen af feltstudier, men i analysearbejde og rapportering er der næppe tidsmæssige gevinster at hente.

Derfor må der i design indtænkes strategier, som medvirker til at producere brud og distance. I design af denne undersøgelse er gjort brug af perspektivskift, anlæggelse af forskellige teoretiske perspektiver på materialet.

For at håndtere problemer med nærhed og distance i ”hjemmebane-etnografien” er tilstræbt at generere detaljerede feltnoter, og der er arbejdet med perspektivskift ved at følge forskellige aktører, repræsenterende forskellige faggrupper under feltarbejdet. Dele af empirien er blevet forelagt diskussionsgrupper på internationale konferencer, hvor andre forskere har kommenteret og fortolket materialet. Observationsnotater og interviewudskrifter er blevet læst højt i fortolkningsgrupper med efterfølgende brainstorming over fortolknings- og udlægningsmuligheder. To konkrete og udfordrende perspektiver på materialet er udsprunget af dette arbejde, at anskue relationer imellem patient og sygeplejerske som dyade og at anskue de institutionelle rammer omkring sygeplejerskers arbejde som strukturelle forsvar mod hospitalsarbejdets emotionelle belastninger. Det vil sige frem for at betragte hospitalsbureaukratiet som en forhindring for, at de sundhedsprofessionelle kan udføre arbejdet i overensstemmelse med fagetiske normer og værdier, er hospitalsbureaukratiet opbygning og struktur en konstruktion, som sundhedsprofessionelle aktivt kan benytte til at udgå patientkontakt og dermed som strategi til at udholde belastninger i arbejdet (Menzies Lyth, 1959).

Der er arbejdet med at analysere empiriske fund ud fra forskellige teoretiske perspektiver. Eksempelvis er der blandt respondenter i sundhedscenteret bred konsensus om, at det ville være hensigtsmæssigt at ansætte en psykolog i sundhedscenteret til at tage sig af de klienter, hvis psykiske konstitution besværliggjorde rehabilitering. Ud fra et neo-weberiansk perspektiv forekommer det paradoksalt, at professionelle ser en interesse i at invitere en stærk og potentielt dominerende faggruppe ind i organisationen. Omvendt giver de professionelles interesse god mening anskuet ud fra et klassisk parsoniansk perspektiv, hvor interessen kunne forklares med et altruistisk ønske om at varetage klienters interesser ud fra de bedste faglige standarder. Endeligt kan

fænomenet udlægges ud fra organisationsteoretisk perspektiv, hvor det kunne give god mening at ansætte en psykolog til at tage sig af vanskeligt behandlelige klienter. En psykolog kunne aflaste de sundhedsprofessionelle, som ville kunne koncentrere arbejdet med klienter med en højere forventet succesrate. Denne forklaringsmodel korresponderer med Abbotts professionsteori, hvor professionelle tenderer til at uddelegere eller helt at undgå arbejde med klienter, som er bærere af sammensatte eller uløselige problemer (Sandholm Larsen & Hjort, 2009).

### **Rollekonflikt og dobbeltpositionering**

Jeg har valgt at betragte min sundhedsfaglige erfaringshorisont som et aktiv i forskningsprocessen. Som overordnet strategi har jeg derfor valgt at give mig åbent til kende. Min faglige baggrund har sat mig i stand til at fokusere på kerneområder, som jeg erfaringsmæssigt ved er centrale, og jeg har benyttet mig af, at jeg kender nuancer i sygeplejerskernes faglige kultur og har umiddelbar tilgang til fagtermer. Jeg er bekendt med grundlæggende positioner blandt grupper af sundhedsprofessionelle og har et indgående, nærmest kropsligt beredskab i forhold til de referencerammer og sociale spilleregler, der hersker i kulturen. Som ”hjemmebane-etnografen” har jeg relativt nemt kunne fremtræde afvæbnende og glide ind som ”one of the guys”. Omvendt har mit kendskab til spillereglerne været en begrænsning, som har afholdt mig fra at komme tæt på situationer, som kunne komme på kant med min egen professionsetik, jeg har afstået fra at observere arbejde med belastede klienter. Det er muligt, at en observatør med en anden baggrund ville have kunnet skaffe sig adgang, på den anden side er det ikke usandsynligt, at de observerede ville have undslået sig og bedt observatøren ”om at putte blokken i lommen og vente udenfor”.

I undersøgelsen har observatørens erfaringer med og viden om sygeplejerskers arbejde produceret konflikter mellem rollen som distanceret observatør og rollen som den gode kollega. Under feltarbejdet har skismaet vist sig ved, at observatøren har deltaget i situationer, hvor respondenterne har haft behov for aflastning eller en hjælp. Fra observatørens synspunkt er der en principiel interesse i at begrænse deltagelse til et minimum, ud fra en intention om at påvirke interaktionen mindst muligt, og fordi aktiv deltagelse vanskeliggør observation og fastholdelse af det observerede. På den anden side er der i denne type af situationer, hvor de observerede har brug for hjælp, stor risiko for, at observatøren har fremtrådt som usolidarisk ved ikke at ”give en hånd med”.

At "give en hånd med i det praktiske" har i denne undersøgelse været anvendt som pragmatisk strategi, hvor det fra situation til situation er blevet vurderet, om deltagelse i arbejdet har været en produktiv vej ind i gruppen. Deltagelse i arbejdet har i visse situationer legitimeret observatørens tilstedeværelse, og deltagelse har hjulpet til at bløde op for situationer og til at etablere "smalltalk" med respondenter. Deltagelse har primært været begrænset til at hjælpe med at bære, eller hjælp med at rydde op.

Alvesson skriver, at det er muligt, at "hjemmebane-etnografen" med større sandsynlighed støder på politiske aktører under sine studier, idet respondenter kan have en forøget interesse i at positionere sig i forhold til en fagfælle. Det er erfaringen fra dette studium, at der har været to niveauer i respondenternes positionering. Respondenter positionerer sig i forhold til en udefrakommende forsker, hvis undersøgelsesresultater de har interesser i at påvirke, og samtidig har de positioneret overfor en aktør fra eget fagfællesskab. Tydelige eksempler på denne dobbeltpositionering stammer fra indledende møder, hvor et udtalt budskab fra respondenter har været, at skulle der under feltarbejdet dukke tegn på flaskehalse og manglende målopfyldelse op, er årsagen til manglende effektivitet hverken ledelse eller medarbejdere, men at "systemerne trækker i hver sin retning". Samtidig med helt åbenlyse forsøg på at påvirke undersøgelsesresultater, foregik der under samtaler og feltstudier påfaldende meget namedropping eller profilering af faglig ekspertise, som blev udlagt som respondenteres interesse i at positionere sig over for en forsker med sundhedsfaglig baggrund. Eksempel på denne type af positionering fra en situation, hvor respondenter drøfter behandling af en patient og træder ud af kontekst og overtrumfer hinanden i at fremhæve faglige meritter til ære for forskeren:

Observationsnotat:

*Læge og sygeplejerske sidder på kontoret og gennemgår en patient.*

*Sygeplejerske: "Så skal han ha noget medicin?"*

*Læge: "Har han en cancer så skal han opereres."*

*Sygeplejerske: "Jeg har siddet og lavet operationsmateriale i weekenden" [retter blikket mod observatøren]*

*Læge: "Jeg har været inde og operere i weekenden, et blødende ulcus, han var ved at dø imellem hænderne på dem, MEN så kom far her!"*

*Sygeplejerske: "Jeg skal lige høre, hvor positivt skal det aspirat være før end de kan ta ham? Der er 1500 milliliter..."*

*Læge: "Det er nice"*

# Resultater

## Vidensformer i materialet

Den analytiske strategi er at identificere argumentationstyper som indfaldsvinkel til en rekonstruktion af de regelsystemer, der optræder i materialet. Præmissen for den analytiske strategi er, at argumenter er tegn eller symptomer, som bringes i spil som referencer til forskellige og mere grundlæggende vidensformer. I baggrundsredegørelsen er der med henvisning til Aristoteles, Foucault og Habermas beskrevet forskellige former for viden og de typer af argumenter, der refererer til dem. Det drejer sig om følgende 6 typer af argumenter:

- Videnskabelige argumenter.
- Tekniske argumenter.
- Æstetiske argumenter.
- Ethiske argumenter.
- Strategiske argumenter.
- Økonomiske argumenter.

Ovenstående argumentationstyper er sammenholdt med de ræsonnementer, der optræder i det empiriske materiale. I gennemgang af materialet er alle ovennævnte argumentationstyper blevet identificeret plus en supplerende argumentationstype, der repræsenterer en vidensform, som i det følgende benævnes ”*logistisk viden*”.

Nedenfor er opstillet en matrix, der viser, hvordan forskellige argumentationstyper kan relateres til forskellige vidensformer, hvordan argumentationstyper benytter sig af forskellige former for *klassifikationer*, refererer til forskellige *autoriteter*, bevæger sig på forskellige *abstraktionsniveauer* og gør krav på varierende *gyldighedsområder*.

Argumentations type	Videnskabelige argumenter	Tekniske argumenter	Etiske argumenter	Æstetiske argumenter	Strategiske argumenter	Økonomiske argumenter	Logistiske argumenter
<b>Klassifikation</b>	sand/falsk	virker/virker ikke	godt/ondt rigtig/forkert	smukt/grimt lyst/ulyst	stærk/svag vinder/taber	betaler sig/ betaler sig ikke	tid sted harmoni tid sted konflikt
<b>Vidensform</b>	Videnskabelig viden	Teknisk viden	Etisk viden	Æstetisk viden	Politisk viden	Økonomisk viden	Logistisk viden
<b>Autoritet i forhold til</b>	Sandhedskriterier	Tekniske kriterier	Etiske kriterier	Æstetiske kriterier	Magt kriterier	Økonomiske kriterier	Processuelle kriterier
<b>Abstraktions-niveau</b>	Abstrakt/konkret	etc.					
<b>Gyldighed</b>	Global/lokal	etc.	etc.				

Den systematik, som konstrueres i matrixen, benyttes som gennemgående analytisk filter for det blik, der lægges på materialet.

Nedenfor illustreres matrixens analytiske potentiale til at løfte vidensformer ud af materialet ved at præsentere, hvad der benævnes som ”rene former”, det vil sige korte tekstpassager, hvor hver af de 7 argumentationstyper optræder isoleret og ”renset” for sammenblanding med andre. Det vil fremgå af de videre analyser, at i størsteparten af materialet optræder argumentationstyperne i komplekse kombinationer, i konkurrence og i alliancer med hinanden.

I, hvad jeg vil kalde, *det horisontale blik* illustreres desuden den fordeling, der optræder i interviewmaterialet mellem de vidensformer, der henvises til i de interviewedes argumentationer og ræsonnementer. Der redegøres for, hvilke former for viden der bringes i spil, og der redegøres for fordelingen mellem disse vidensformer.

Det, jeg vil kalde, *det vertikale blik* på materialet, vil bestå af en gennemgang af hver af de to cases, hvor arbejdsplads, arbejdsfunktioner og organisering præsenteres. Det vil blive demonstreret, hvilke vidensformer der er repræsenteret i de to cases. Der vil blive redegjort for relationer mellem vidensformerne, hvilke vidensformer der er dominerende, samt hvilke konkurrencer og alliancer der forekommer.

Præsentationen af undersøgelsens resultater indledes med et *horisontalt blik*. Her præsenteres rene eksempler på de identificerede argumentationstyper og tilhørende vidensformer, herunder en præsentation af vidensformernes udbredelse i det samlede materiale. Herefter følger et *vertikalt blik* på materialet i form af præsentationer af de sagsforhold og institutionelle logikker, som er strukturerende for legitimering af sygeplejerskers arbejde i de to cases. Der redegøres for interaktionslinjer, privilegiestrukturerer, klassifikationer og problematiseringer. Præsentationen rundes af med et horisontalt og diskuterende blik på udbredelse af og relationer mellem vidensformer i det samlede materiale.

## ”Rene” argumentationstyper i materialet

### **Den videnskabelige argumentationstype**

*Centersygeplejerske 1: ”... Jeg tænker, at en, vi ved godt, at en KOL – patient ikke bliver, kan blive så.. vejrtrækningsmæssigt, kan blive meget bedre”.* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Den autoritet, der refereres til i eksemplet, påberåber sig udsagnskraft, som knytter sig til klassifikation af kliniske fænomener. Argumentet henviser til abstrakt skolastisk viden. Det fremføres som et sandt udsagn, at patienter, som lider af KOL, ikke kan forbedre deres vejrtrækning, implicit ekskluderes udsagn, som hævder, at forbedring af vejrtrækningen hos patienter med KOL er mulig, som falske. Til argumentet knytter der sig en forståelse af sygdommen KOL som en selvstændig essens, der ”har” en bestemt ætiologi, et bestemt forløb og prognose. Argumentet påberåber sig global gyldighed, idet der henvises til KOL<sup>38</sup> som medicinsk, teoretisk konstruktion, som er defineret ved forekomsten af et bestemt mønster af symptomer med tilhørende prognose.

---

<sup>38</sup> KOL: ”Kronisk obstruktiv lungelidelse”.



## Den tekniske argumentationstype

*Hospitalssygeplejerske 4: "Men man kan sige [...] selvom man har fjernet epiet, [hæver stemmen] SÅ HAR DET ALTSÅ STADIGVÆK EN virkning, eller skulle i hvert fald gerne have et par timer....(Hospitalssygeplejerske 5: Et par timer). Et par timer efter at man har fjernet ...man forventer ikke at patienten, efter man har seponeret epi - kateteret få smerter med det samme, det gør man altså ikke, der er en vis ... tid". (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Fundamenter for tekniske argumenter er ræsonnementer, som knytter sig til klassifikation af problemløsningsteknikker i forhold til effekt/ikke effekt. I en medicinsk tradition differentieres mellem evidensstyrker, belæg for evidens med henvisning til randomiserede, klinisk kontrollerede forsøg tilskrives størst udsagnskraft, personlige erfaringer rangerer lavest i evidenshierarkiet. I eksemplet skelnes imellem den kortsigtede og langsigtede effekt af en bestemt type smertebehandling. I eksemplet argumenteres for, at der er en virkning af et præparat med henvisning til viden om, at der er en statistisk begrundet sandsynlighed for effekt af en given teknologi.

Der er tale om argumentation, som på den ene side har global gyldighed, idet der henvises til generaliserbar og abstrakt viden om effekt og virkningstid,<sup>39</sup> men samtidig peges der på, at der knytter sig en vis usikkerhed til argumentet. Udsagnet nuanceres med henvisning til konkrete viden om, at der kan forekomme smerter inden for det tidsrum, hvor der statistisk set forventes at være effekt af medicin. En bestemmelse af argumentets gyldighedskrav kunne beskrives som "global gyldighed med forbehold" eller som "mesogyldighed".

## Den etiske argumentationstype

*Hospitalssygeplejerske 1: "For eksempel det her system... medicinsystemet øøø, det, det hedder sig, at det er lægens ansvar[...] Hvis ikke de rigtige ting bliver ordineret af dem, det er kun lægerne der kan ordinere medicinen og sådan er det jo, men altså, det kan ikke altid lade sig gøre, at man kan få fat i en læge. Når man så mangler en, så må vi trodse systemet lidt en gang. Altså øøø ja, hvis man synes, at man kan være med til det...". (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Interessen, der knyttes til de etiske argumentationstyper, er en praktisk skelnen imellem godt og ondt, her en skelnen imellem den lovlige handling og den ulovlige handling. Eksemplet afspejler et

---

<sup>39</sup> Se fx Lægemiddelkataloget på <http://www.sundhed.dk>

klassisk etisk dilemma imellem global, gyldig regelviden og hensynet til den enkelte situation. Argumentet påberåber sig legitimitet i forhold til, at sygeplejersker tilsidesætter gyldighed af global, abstrakt regelviden, her lægers juridiske monopol på ordination af medicinsk behandling<sup>40</sup>, med henvisning til en etisk forpligtigelse til at foretage konkrete skøn. I eksemplet er løsningen på dilemmaet lokalt funderet, og det er den enkelte sygeplejerskes fortolkninger af konkrete situationer, som tilskrives størst autoritet. I eksemplet er det det faglige skøn, det vil sige lokale fortolkninger, som overtrumfer abstrakt regelviden i gyldighed.

### **Den æstetiske argumentationstype**

*Hospitalssygeplejerske 5: "Nu har vi også nogle sygeplejersker der skal være med i et magnesiaprojekt, så altså, vi involverer os jo alle sammen i et eller andet, det er jo også vigtigt i forhold til at udvikle sig, men samtidig er det jo også bare enormt spændende og det er kun til gavn for afdelingen ikke, og specialet". (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Grundlaget for æstetiske argumenter er fortolkning af fænomener og situationer. Der er tale om en praktisk interesse, der er knyttet til at skelne imellem lyst og ulyst. I eksemplet argumenteres med henvisning til personlige præferencer med lokal gyldighed. Argumentationen understøttes af konkrete erfaringer med arbejdsfunktioner, som af den enkelte sygeplejerske opleves som spændende, og hvad der opleves som godt for trivsel og faglig udvikling på arbejdspladser.

### **Den strategiske argumentationstype**

Observationsnotat:

*Hospitalssygeplejerskerne L og K sidder omkring bordet og gennemgår de emner, der er blevet drøftet på stuegang:*

*K: "Peter[overlæge] har seponeret hans [patientens] Furix, jeg forstår det ikke!"*

*L: "Vi kalder bare en forvagt og får det ordineret."*

Strategiske argumenter knytter sig overordnet til magt. I eksemplet argumenteres der for en strategi til at omgå en beslutning, som er truffet af en dominerende profession. Sygeplejersken er uenig i beslutningen, men har ikke autoritet til at ændre beslutningen. En mulighed for sygeplejersken for at sætte sin magt igennem er at få en anden læge til at omgøre den oprindelige beslutning. Argumentet refererer til konkret viden, at sygeplejersken med større held vil kunne sætte sin magt igennem

---

<sup>40</sup> Se Autorisationsloven. Afsnit 2, kapitel 8 og 9.

overfor en yngre (mindre dominerende) læge. Det strategiske argument anfægter ikke den globale gyldighed af dominansforhold mellem faggrupperne, men refererer til de domineredes konkrete erfaringer med en lokalt udviklet strategi til effektivt at sætte sin vilje igennem i en hierarkisk opbygget fagbureaukrati.

### **Den økonomiske argumentationstype**

Observationsnotat:

*To sygeplejersker hælder medicin op i medicinrummet, den ene leder forgæves efter et bestemt præparat på hylderne og siger:*

*Hospitalssygeplejerske a: "Har vi Glukosamin?"*

*Hospitalssygeplejerske b: "Det har vi ikke, det må de [patienterne] selv tage med, it is very, very expensive."*

Argumenter inden for denne type knytter sig til at ræsonnere i forhold til det, der kan betale sig og det, der ikke kan betale sig. I de sundhedspolitiske diskurser er det et dominerende princip, at der i sundhedsvæsenet skal tilbydes den bedste behandling til den laveste pris, jf. LEON-princippet.<sup>41</sup> I eksemplet ræsonneres, at et bestemt præparat ikke indgår i sengeafdelingens medicinsortiment med henvisning til, at prisen er høj. Argumentets gyldighed er overvejende sandsynligt af lokal karakter, idet der refereres til, at "vi" ikke har præparatet i afdelingen. Der argumenteres med reference til konkret viden om årsagen til, at præparatet ikke findes på hylden.

### **Den logistiske argumentationstype**

Observationsnotat:

*Hospitalssygeplejerske 1 gennemgår læge journaler, noterer sig operationsdatoer, operationstyper og ordinationer. Skriver mærkater og ambulatoriekort, rekvirerer blodprøver og ambulante tider som forberedelse til kommende indlæggelser.*

*Hospitalssygeplejerske 2 henvender sig: "Må jeg spørge dig om en ting? Står der andre i bogen? Er der andre jeg skal have plads til? Det er ikke fordi de er booket helt op i AMA vel?"*

*Hospitalssygeplejerske 1 ser i en kalender: "Nej, du skal ikke ha plads til andre end ham fra [Kommune NN]. Skal jeg bestille en seng?"*

*Hospitalssygeplejerske 2: "Jeg ringer selv til forvagten, fordi den dér, ikke er bestilt (peger på en blodprøverekvisition)."*

*Hospitalssygeplejerske 1: "Den skulle gerne være i orden."*

---

<sup>41</sup> Lavest Effektive Omsorgs Niveau (Møller Pedersen, 2005).

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Jeg forstår ikke rekvisitionen, der står ikke noget. Ved du om han skal ha klyx? Det giver ingen logik!”*

*Hospitalssygeplejerske 1: ”Men de skal da [op] med scopet! Jeg skal nok spørge (lægger en seddel i journalen).”*

*Hospitalssygeplejerske 1 [til observatøren]: ”Det er sekretærarbejde, men der er tit småting, der skal justeres. Har lægen ordineret alt? Det skal bare gøres...”*

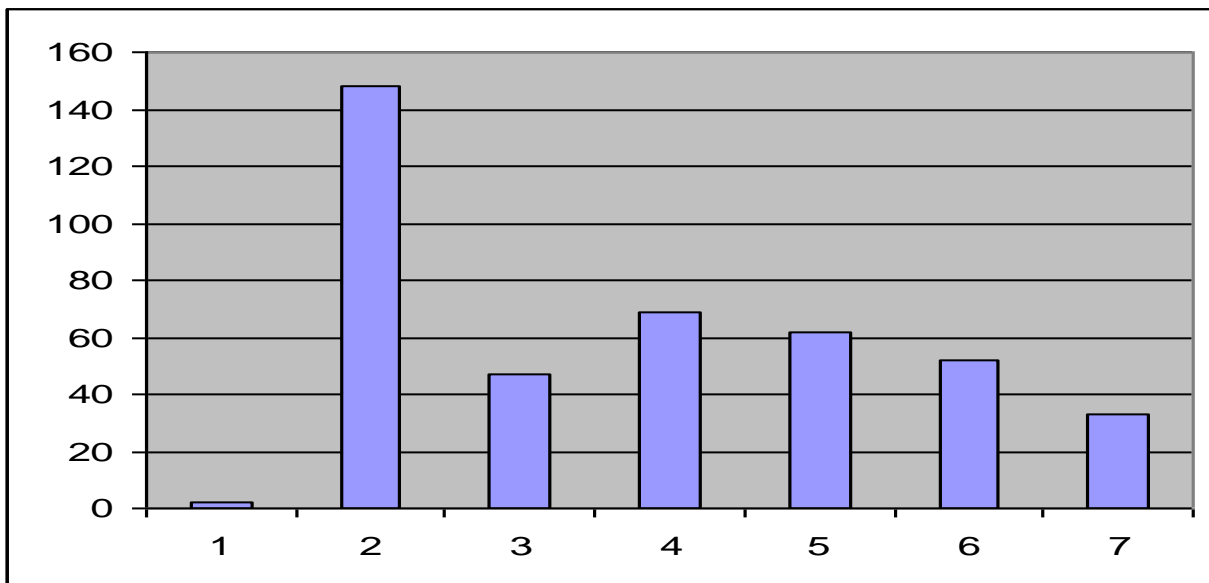
Logistiske argumenter påberåber sig legitimitet i forhold til identifikation og lokalisering af de nødvendige produktionsmidler. I eksemplet skelnes imellem kategorierne bestilt/ikke bestilt, imellem plads/ikke plads og forberedt/uforberedt i det planlagte. I eksemplet argumenteres med henvisning til konkret viden om processer og delelementer. Logistiske argumenter påberåber sig autoritet i forhold til at skelne imellem harmoni eller konflikt i den tidsmæssig og geografisk lokalisering af produktionsmidler. I eksemplet fremføres et logistisk argument til legitimering af, at sygeplejersker udfører sekretærarbejde, at sygeplejersker kontrollerer lægers arbejde, og at sygeplejersker sætter læger i arbejde. Der er tale om argumenter, som har lokal gyldighed i produktion af konkrete sundhedsydelser og sekvensering af delprocesser.

## Horisontalt blik – henvisninger til vidensformer på tværs af materialet.

En simpel optælling<sup>42</sup> viser, at der i det samlede interviewmateriale, det vil sige empiri produceret gennem studier af sygeplejerskearbejde i et taleperspektiv, kan identificeres 413 forskellige argumenter. Fordeles de 413 argumenter på de 7 argumentationstyper med tilhørende vidensformer, træder nedenstående mønster frem:

---

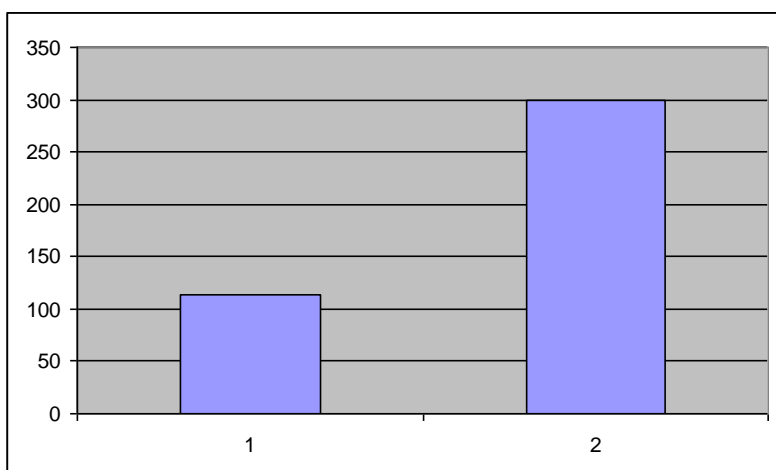
<sup>42</sup> I optællingen er der set bort fra retoriske betoning i form af gentagelser af identiske argumenter.



1: Videnskabelige argumenter. 2: Tekniske argumenter, 3: Ethiske argumenter, 4: Æstetiske argumenter, 5: Politiske argumenter, 6: Økonomiske argumenter. 7: Logistiske argumenter

Diagrammet viser, at der er en klar overvægt af argumenter, som henviser til teknisk viden, og at der refereres nogenlunde ligeligt til etisk, æstetisk, politisk, økonomisk og logistisk viden. Der er identificeret færrest videnskabelige argumenter. Set i forhold til det samlede antal fremførte argumenter er antallet af argumenter, der trækker på autoritet fra teknisk viden, klart dominerende.

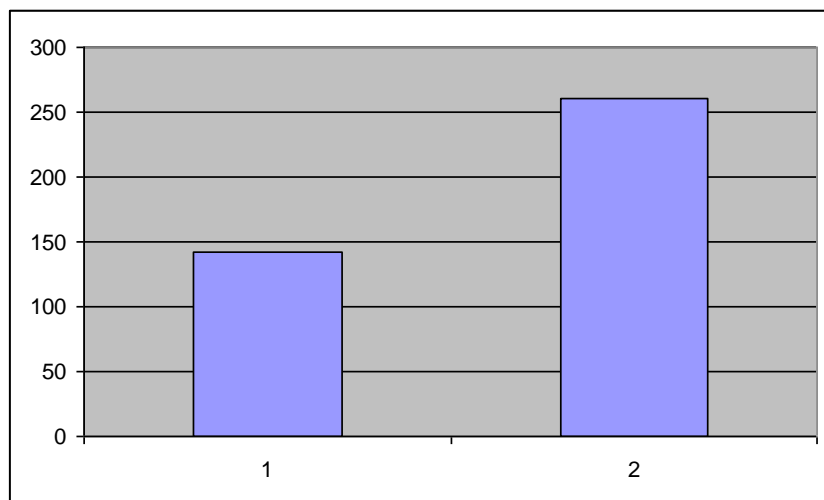
Fordeles argumenterne i forhold til henvisning til abstrakt og konkret viden, tegner der sig et mønster med overvægt i henvisninger til legitimering i udsagn, som er baseret på konkret viden:



Henviser til abstrakt viden

Henviser til konkret viden

Argumenterne fordelt på gyldighedskrav tegner følgende mønster:



Argumenter med global gyldighed

Argumenter med lokal gyldighed

Diagrammerne viser, at langt de fleste argumenter henviser til konkret viden, og at hovedparten af de fremførte argumenter tilskrives lokal gyldighed.

I et common sense perspektiv forekommer det ikke overraskende, at teknisk viden i et kvantitativt perspektiv optræder som dominerende vidensform. Overvægten af henvisninger til teknisk viden i materialet kan forklares med det valgte perspektiv på forskningsgenstanden, en undersøgelse med empirisk fokus på menige sygeplejerskers arbejde vil nødvendigvis generere empiri, som refererer til teknisk viden til løsning af problemer. Det forekommer umiddelbart indlysende, at konkrete vidensformer indtager en dominerende position, idet det empiriske materiale er genereret i tilslutning til respondenteres legitimeringer af løsninger på konkrete problemer i arbejdet.

I forhold til at der i den makroøkonomiske kontekst for produktion af sundhedsydelser generelt er fokus på effektivitet og omkostningsbegrænsning, forekommer det logisk, at økonomisk viden må spille en gennemgående rolle i legitimering af arbejdet. Det kan muligvis forekomme overraskende, at menige medarbejdere i sundhedsvæsenet legitimerer arbejdet med henvisning til økonomiske rationaler. På den anden side kan det udlægges som udtryk for, at den makroøkonomiske kontekst er sivet ud i de mindste forgreninger af sundhedsvæsenet, og at økonomi udgør et effektivt afsæt for legitimering af sygeplejerskers arbejde. Forekomsten af logistiske argumenter og legitimering af sygeplejerskearbejde med henvisning til logistisk viden korresponderer godt med diskursen om effektivitet. Overordnet knytter interessen sig til at tilrettelægge produktion af sundhedsydelser på

en sådan måde, at der undgås ventetider og flaskehalse, således at produktionsprocesser kan forløbe uhindret. Anskuet i et overordnet kontekstuellet perspektiv er det derfor ikke overraskende, at logistisk viden indgår som legitimering af sygeplejerskers arbejde, der kan iagttages eksempler på, at logistisk viden er ved at institutionaliseres. Som udtryk for, at logistisk viden er ved at institutionaliseres som teoretisk funderet referenceramme i sundhedsfagligt arbejde, kan peges på, at der i sygeplejerskernes fagblad med mellemrum dukker artikler op, som beskriver, hvorledes principper fra ”Lean-ideologien” med fordel kan overføres til produktion af sundhedsydelser. I artiklerne tegnes generelt et mønster, hvor introduktion af Lean i sundhedsvæsnets institutioner lægger op til en win-win-situation. Den enkelte patient kommer hurtigere til behandling, de professionelle oplever flow i arbejdet, og institutionerne kan påvise besparelser og produktivitetsforøgelse. Nedenfor er et eksempel på, hvordan (Toyota-) princippet introduceres i diskursen om effektiv tilrettelæggelse af produktionen i hospitalsbureaukratier:

*”Udviklingssygeplejerske Mette Møllerup var projektleder på hjertemedicinsk afdeling. Hun fortæller om arbejdet med Lean: ”Vi har skabt et andet flow og reduceret spildtid. Vi har standardiseret en masse papirarbejds gange. Hvis vi f.eks. skal undersøge kranspulsårerne på en patient fra et andet hospital, har vi ændret det sådan, at vi nu modtager et henvisningsskema på faxen. Så bliver vi ikke forstyrret af, at de ringer med oplysningerne. Vi har også lavet henvisningsskemaet, så vi er sikre på, at vi med det samme får alle de oplysninger, vi skal bruge”.*<sup>43</sup>

Sundhedsstyrelsen anbefaler oprettelse af stillinger og systematiseret uddannelse knyttet til at sikre kvalitet og ensartethed generelt i patientforløb og stillinger, som er rettet imod at følge enkelte patienter:

*”I forløbet af kroniske sygdomme er der behov for indsats fra både kommunale og regionale instanser samt for udvikling og fastholdelse af forløbsprogrammer, som tilgodeser den aftalte opgavefordeling. Der er desuden behov for uddannelse af forløbskoordinatorer og øvrigt sundhedspersonale samt sikring af en ensartet kvalitet i regionen. [...] En case manager, som understøtter patienter med avanceret eller kompliceret sygdom i gennemførelse og fastholdelse af behandling, koordinerer og forbereder planlagte undersøgelser og koordinerer udskrivelser, kan bedre livskvaliteten for patienten, forhindre eller forsinke komplikationer og reducere behovet for sundhedsydelser.” (Sundhedsstyrelsen, 2005)*

---

<sup>43</sup> Majbritt Lund. *Lean effektiviserer Odense Universitetshospital*. Sygeplejersken nr. 21/2007.

Den gruppe af sundhedsprofessionelle, som både har viden om hvilke delelementer, som ideelt set bør være til stede for effektiv produktion, og som samtidig har viden om de delelementer, som reelt er til stede i forhold til konkrete, forestående patientforløb, sidder inde med kerneviden, som er nødvendig for sammenhængskraft i højt differentieret fagbureaukratier.

Arbejdsfunktionen som case manager formuleres nemlig af Sundhedsstyrelsen på en sådan måde, at den ikke kolliderer med lægers monopol på at ordinere og henvise til behandling. Funktionen beskrives som arbejde, der skal få produktionen af ordinationer til at glide mere effektivt af hensyn til "systemet" og den enkelte patient. Funktionen beskrives dels som en funktion på et overordnet og strategisk niveau, som knytter sig generelt til patientforløb i regionerne, og en mere konkret, praktisk funktion, som tænkes udspillet på et mere underordnet og patientnært niveau. Formanden for sygeplejerskernes fagforening har meldt ud, at foreningens medlemmer er oplagte kandidater til at bestride funktionen som case manager på begge niveauer, således udtaler Connie Kruckow:

*"Det passer som hånd i handske med det, vi hele tiden har sagt: at sygeplejersker skal have en funktion, der handler om at koordinere, så patientforløbene bliver mere sammenhængende"*.  
(Thomsen, 2006)

Forekomsten af politisk viden i materialet kan dels forklares ved henvisning til undersøgelsens mikropolitisk perspektiv og dels med henvisning til den makroøkonomiske kontekst. I det mikropolitisk perspektiv arbejdes med at undersøge aktørers formelle og uformelle strategier til at forfølge mål i organisationer (Blase, 1993). Forekomsten af politisk viden i materialet tyder på, at de observerede producerer manipulative kompetencer, som opleves som velegnede til at forfølge interesser i de undersøgte organisationer. I en makropolitisk kontekst kan forekomsten af politisk viden i materialet forklares med organisatoriske aktørers konkurrence om attraktive klienter, flest ressourcer og de største markedsandele spiller en betydelig rolle for legitimering af arbejdet. Kampe om materielle interesser kan tages som indikator for, at markedslignende reguleringsmekanismer mellem organisationer i sundhedsvæsnet sætter sig igennem, og at viden om konkurrencesituationen legitimerer handlinger på mikroniveau i sundhedsvæsnet organisationer.

Tilsvarende kan forekomsten af æstetisk viden tolkes som udtryk for, at der i materialet er indfanget dimensioner af de observeredes præferencer fremført som legitime argumenter i forhold til arbejde og arbejdspladser.



## Vertikalt blik – de to cases

### **Case 1: Sundhedscenteret**

Det kommunale sundhedscenter er blandt de første i Danmark og er etableret som svar på de varslede ændringer som følge af strukturreformen. Sundhedscenteret blev åbnet i 2005 og finansieret i en kombination af kommunale midler og en statslig pulje til etablering af sundhedscentre. På det lokale marked for rehabilitering, udbyder centret ydelser i konkurrence med praktiserende læger, kommunale institutioner, som udbyder vederlagsfri træning og rådgivning, samt privatpraktiserende fysioterapeuter og private motionscentre.

Ved starten havde centeret syv ansatte: Fire sygeplejersker, hvoraf en er centerets leder, to fysioterapeuter samt en sekretær. Desuden er der en løst tilknyttet diætist. I observationsperioden erstattes en af sygeplejerskerne i en orlovsperiode af en fysioterapeut, og der ansættes en diætist på fuld tid. Af centerets hjemmeside fremgår det, at der ved slutningen af observationsperioden er sket mere permanente forskydninger i personalesammensætningen, ledelsen er overtaget af en fysioterapeut. Den aktuelle personalegruppe består således af to sygeplejersker, en diætist, to fysioterapeuter og en sekretær.

I observationsperioden oprettes endnu et sundhedscenter i kommunen. Dette sundhedscenter ledes af en læge, derudover er ansat to fysioterapeuter, to sygeplejersker, en diætist og en konsulent.

### **Bygninger**

Der er to adgange til sundhedscenteret, ad trappen fra gaden eller elevatoren fra gården. Benytter man sig af trappen, kommer man først ind i noget, som mest af alt ligner forladte kontorlokaler. Halvdelen af etagen er ikke færdigindrettet. I starten af observationsperioden er mange af rummene i denne del af sundhedscenteret tomme, og lamper, værktøj og gardinstænger ligger på gulvet. Der er huller i væggene, døre er afmonteret – i den fjerneste ende er malerne i gang. Benytter man elevatoren som adgang, træder man direkte ind i sundhedscenterets reception. Rummet er lyst og nymalet, indrettet som kombineret reception, venteværelse og træningsrum. Det første, som møder den besøgende, er seks nye motionscykler og en fladskærm. På skærmen kører spots med

sundhedsoplysning. Udover motionscyklerne og sekretærens skrivebord er receptionen møbleret med caféagtige møbler i stål og lyst træ.

Sundhedscenteret er bygget op omkring en gang. I den ene ende ligger receptionen og i modsatte ende personalekontoret, imellem ligger et antal mindre samtale- og undersøgelsesrum, et større mødelokale samt et kontor, som deles af lokale patientforeninger. I receptionen og i de tilstødende rum står forskellige former for elektronik, computer, projektorer og transportable afspillere, en del af elektronikken er i originalemballage, tom emballage og brugsanvisninger til diverse elektronisk grej vidner om, at udstyret er anskaffet og taget i brug for ganske nyligt.

Centerets indretning undergår en række forandringer i observationsperioden. Flere rum skifter funktion og indretning. Der indrettes træningshal, indkøbes en større maskinpark af træningsudstyr og indrettes et træningskøkken. Af mødereferater og i observationsnoterne fremgår det, at beslutninger vedrørende indretning af sundhedscenteret og indkøb af udstyr finder sted i forlængelse af forhandlinger mellem de ansatte, og at der er et betydeligt råderum til at træffe lokale beslutninger.

Som observatør får man et indtryk af, at sundhedscenteret er nyt, at det er under opbygning, og at der er ved at blive opbygget en moderne institution. Man får indtryk af, at der investeres ganske betydeligt i institutionen, og at den er i ekspansion.

### **Projekt og evaluering som strukturelt vilkår**

Det er et centralt vilkår for arbejdet, at sundhedscenteret er etableret som et 2-årigt forsøgsprojekt, samt at projektperioden skal afsluttes med en ekstern evaluering, hvor spørgsmålet om permanent drift formelt vil blive afgjort. Det er besluttet, at centeret tilbyder ambulante rehabilitering i form af undervisning, vejledning og fysisk træning. Det er fastsat, at arbejdet skal være patienter, som lider af fire kroniske ”sygdomme”: *kronisk hjertesvigt, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), diabetes mellitus (type 2 sukkersyge) samt ældre, der er faldet*. Rehabiliteringen består af forløb, som er sammensat af varierende kombinationer af fysisk træning, undervisning og vejledning.

Formuleringen af centeret som et forsøg influerer på personalets autonomi i arbejdet.

Projektorganiseringen fastsætter, hvad det er for arbejde, de ansatte skal varetage i centeret. Den

influerer på, hvordan arbejdet skal udføres, hvilke patienter der kommer i centeret og på, hvordan de ansatte skal dokumentere arbejde. Forudsætningen for den planlagte evaluering er, at alle patienter skal testes og interviewes, både når de påbegynder og afslutter forløb i centeret, og de kliniske retningslinjer skal følges i arbejdet for at sikre sammenlignelighed.

I projektet er personaleressourcer, klientgrupper og arbejdsmetoder på forhånd defineret. Der skal produceres sundhedsydelser i form af fysisk træning og undervisning. Og der skal produceres data til en evaluering. Fysioterapeuterne er ansat til at varetage *fysisk træning*, sygeplejersker til at *undervise* og diætisten til *kostvejledning*.

Alle henviste patienter indkaldes til en indledende samtale, fysisk testning og planlægning af et individuelt sammensat rehabiliteringsforløb. Alle patienter afslutter forløbet i sundhedscenteret med en afsluttende samtale, hvor effekten af forløbet evalueres ved fysiske tests og udfyldelse af spørgeskemaer til belysning af patienternes subjektivt oplevede helbredstilstand.

På det lokale hospital er der udarbejdet kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser, som detaljeret fastsætter, hvordan den specifikke rehabilitering af de fire sygdomme skal tilrettelægges og gennemføres. Detaljeringsgraden af de kliniske retningslinjer for arbejdet i sundhedscenteret er i opstartsfasen noget varieret. Der foreligger manualer, som beskriver rehabiliteringsforløbenes tidsmæssige udstrækning, forholdet imellem fysisk træning og patientundervisning. I retningslinjerne beskrives endvidere test- og træningsmetoder samt formål og indhold i patientundervisningen. Det er gennemgående, at detaljeringsgraden og henvisningerne til evidensbaseret viden er størst i retningslinjer for fysisk træning, hvorimod retningslinjer for patientundervisning mere har karakter af ”rammebekendtgørelser” uden præcise didaktiske vejledninger. Der foreligger detaljerede manualer til brug for ”rygestopundervisning”.<sup>44</sup> Den sygdomsspecifikke undervisning bliver løbende udviklet af personalet i sundhedscenteret, særligt er det sygeplejerskerne, der står for dette arbejde. Det er indtrykket, at undervisningen primært udvikles på baggrund af respondenternes erfaringsbaserede viden.

---

<sup>44</sup> Eksempelvis *Rygestopguide*, udgivet af Sundhedsstyrelsen, Kræftens Bekæmpelse, Danmarks Lungeforening og Hjerteforeningen.

De kliniske retningslinjer definerer de træningsmetoder, som anvendes i arbejdet, antallet af træningsgange samt længden af det samlede træningsforløb. Tilsvarende er antallet af undervisningsgange defineret.

Alle justeringer af retningslinjer og forløb skal principielt godkendes af en ekstern styregruppen. Dette forhold betyder, at personalet skal indsamle data til brug i den forestående evaluering, og at personalet skal overholde retningslinjer for undervisning og fysisk træning.

Da patienter kun kan henvises til centeret af eksterne aktører, praktiserende læger og det lokale hospital har centrets ansatte principielt ingen eller kun indirekte indflydelse på centrets produktivitet, ligesom at centrets ansatte ikke har indflydelse på, hvad det er for typer af patienter, som henvises.

De ansatte har indflydelse på, hvornår patienter indkaldes til træning og undervisning i centeret, og de ansatte har indflydelse på organisering og arbejdsdeling i centeret. Centrets personale foretager faglige og individuelle skøn i forhold til, hvordan de enkelte patienters forløb i centeret sammensættes. Og det er særligt i forhold til disse tematikker, at der udspilles forhandlinger mellem de ansatte.

Evalueringen af projektet er defineret til at fokusere på produktivitet og effektivitet. Produktiviteten vurderes som det antal patienter, som gennemfører forløb i centeret. Effektiviteten vil blive vurderet i forhold til udgifter til drift af centeret sammenholdt med reduktion i antal indlæggelser på de lokale sygehuse, samt i hvilken grad rehabiliteringen har målelig effekt på patienternes adfærd og helbred. De biologiske og adfærdsmæssige parametre, som monitoreres i forsøgsperioden er bl.a. ændring af patienternes muskelkraft, lungefunktion, vægt mv. samt vedvarende livsstilsændringer og selvoplevet helbred. Som indledning til forløb i centeret er det besluttet, at der skal gennemføres en ”motiverende samtale”<sup>45</sup> med patienterne. Alle patienter skal udfylde et spørgeskema, SF-36, som er et internationalt anerkendt måleredskab til kortlægning af selv vurderet helbred ved start og afslutning på forløb.<sup>46</sup> Patienterne skal endvidere vurdere egen fysisk formåen i forhold til ”Avlunds skala”, som er en standardiseret teknologi til selvevaluering af fysisk kapacitet.<sup>47</sup>

---

<sup>45</sup> Se fx ”Hvordan taler man om livsstil?” Tobaksskaderådet, 2000.

<sup>46</sup> Se fx <http://www.sf-36.org/tools/SF36.shtml>

<sup>47</sup> Se fx Fysisk aktivitet og ældre. Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Nina Beyers og Lis Puggaard.

Respondenterne har samstemmende forventninger til konklusionerne i evalueringen. Der er forventninger til, at sundhedscenteret skal fortsætte efter projektperiodens udløb baseret på erfaringer med den politiske goodwill, som omgiver centeret, og at der i kommunen planlægges at oprette endnu et center. Det forventes, at evalueringen næppe vil kunne eftervise et fald i antallet af indlæggelser på de lokale sygehuse. Lederen af sundhedscenteret udlægger fremtiden således:

*”Så, men det tager lige et par dage øøø, men ellers så synes, så jeg jo, at det her er et utrolig godt tilbud, og politikerne og embedsfolkene i kommunen er da også begyndt og sige, at det ikke kun er samfunds.. øøø sundheds økonomisk besparelse. Men at det også er ligefrem er et serviceløft til borgerne. Fordi de har jo indset nu, at det ikke. Altså de to år som øøøø var projektperioden der, er de da begyndt se, at det ikke er sikkert, at de kan se nogle sundhedsøkonomiske besparelser på det. Øøø fordi det er for kort tid, man kan ikke se sundhedsfremme på så kort tid. Langt de fleste af de patienter, der kommer her, har jo ikke haft nogen kontakt med sundhedsvæsnet, det man, man jo gerne ville med det her, var jo at spare på de der 4.000 kr, som man nu skal betale, kommunen skal betale for indlæggelse efter d. 1/7.”* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Der er en forventning om, at evalueringen vil vise, at fysisk træning og diætvejledning er effektive rehabiliteringstiltag. Denne forventning er dels baseret på respondenternes konkrete erfaringer med, at patienternes fysiske tilstand, vurderet i forhold til de udvalgte parametre, forbedres under træning i centeret samt erfaringer med, at patienterne udtrykker tilfredshed og efterspørger træning og kostvejledning. Forventningen begrundes yderligere med henvisning til, at der bredt i den sundhedsfaglige litteratur beskrives, at der er videnskabeligt belæg for, at træning og kostregulering har effekt på menneskers helbred.

Omvendt er der forventninger til, at evalueringen vil vise, at der ikke er effekt af undervisning. Denne forventning er baseret på konkrete erfaringer med, at patienterne ikke efterspørger undervisning, og at patienterne efter endt undervisning kun i mindre grad oplever undervisningen som relevant. Der er ligeledes konkrete erfaringer med, at undervisningen ikke medvirker til at fastholde patienterne i livsstilsændringer, efter at forløbene i centeret er afsluttet. I den sundhedsfaglige litteratur kan der ikke hentes belæg for at hævde, at patientundervisning har en beviselig effekt.

Det problematiseres særligt af sygeplejerskerne, at undervisning, sammenlignet med fysisk træning, ikke kan påvises at have en objektiv, gyldig effekt:

*Centersygeplejerske: ”Jeg tror det handler om, at de ikke, altså det er svært at definere, det er svært, at forklare præcist hvad undervisning er, fordi der er en meget... det er en kombination af mange ting, hvor fysisk træning, den er meget konkret. Det (fysisk træning) kan også være mange ting, men vi kan fortælle dem, der er opvarmning, der er cykling og der er styrketræning, vi kan vise dem lokalet, bang, bang, bang, der er det, der er her. Hvor undervisningen det er, så kommer vi ind omkring... øøøø.. hvordan du lever godt med din egen sygdom og hvordan du.... Hvilken mad du skal spise osv. Ikke. Altså, det er mange ting og det er mange ting det er ... der er.. jeg tror, det altså... Det er der nogen, der måske ikke er interesseret i, de er interesseret i at tabe sig og komme i god form”.*

[...]

*Centersygeplejerske 1: ”Jeg synes det er skide irriterende (De griner ja). Ja, jeg synes at det er irriterende at vores indsats ikke kan dokumenteres af lægen. Men jeg er heller ikke sikker på at ikke kan dokumenteres. Jeg er bare ikke sikker på at der er nogen der har lavet forskning i det, fordi så meget livsstilsændringsforskning er, der jo heller ikke lavet i forhold til sygeplejersker, hvor meget har der været. Altså hvor meget indsats har der været af sygeplejersker i den retning – (Sukker) Jeg ved ikke om der er noget fra andre grupper..”*

*Centersygeplejerske 3: ”Jeg synes også at det er irriterende, eller jeg synes det er, det er ikke sådan, at jeg føler mit arbejde truet. Men jeg synes at det er rigtig ærgerligt, at vi har de her hold og de virker velfungerende, og hvad ved jeg, men det er jo min umiddelbare mening. Jeg ved ikke hvad der sker når de går ud af døren, jeg ved ikke om det har nogen som helst effekt. Om de altså, om hvad det er for nogle parametre, der skal måles på. Vi måler... nu har jeg diabetespatienterne, på hæmoglobin og på..., igen nogle hårde facts. Men altså, vi ved det jo ikke, og det håber jeg meget at vi kan blive bedre til det.” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

## **Holisme og tværfaglighed som ideologi**

En gennemgående linje er, at sundhedscenteret af aktørerne opfattes som en inkluderende organisation, som producerer sundhedsydelse på et individualiseret og helhedsorienteret grundlag. At organisationen forstås som inkluderende udtrykkes ved, at respondenterne er optaget af at rekruttere og motivere patienterne til at gennemføre forløb i centeret. Respondenterne drøfter strategier til at forlænge patienternes forløb i centeret, og der tales om at sluse patienterne ”gradvist ud i virkeligheden”. Den holistiske og individuelle tilgang til rehabiliteringen udtrykkes i respondenternes tale om patienterne, som klassificeres i forhold til fysiske parametre samt sociale og livshistoriske forhold:

*Centersygeplejerske: "Hun er KOL patient og jeg har haft hende til indledende samtale og hun er blevet træning, fysisk træning. Hun har haft ønske om rygestop, og hun vil gerne kostvejledning og hun vil også gerne på undervisningshold. Så hun er sådan set skrevet op til det hele og er startet træning.*

*Hun er det, man kan kalde en typisk KOL patient, lidt undervægtig, rigtig dårlig if. styrke. Så dårlig, så når hun træner, kan man simpelthen ikke få hendes dyspnoe op i noget der ligner noget, før end hun faktisk er for træt i benene – Så det er rigtig godt, at hun kommer til noget træning.*

*Så bor hun sammen med sin ægtefælle, som er opereret for kræft og det går hende lidt på en gang imellem, han kommer ikke rigtig nogen steder ud af døren. Så de støder lidt nogen gange imod hinanden, hun kan ikke rigtigt holde ud, at han er så passiv derhjemme. Og det binder hende rigtig meget til hjemmet og det er hun rigtig ked af ...*

*Hun har i forhold til rygning 45 pakke - år bag sig. Hun er sådan ... lidt tvivlsom om hun er høj-motiveret til rygestop..." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I interviewene taler respondenterne om, at fysioterapeuter og sygeplejersker har forskellig "kernefaglighed", "ansvarsområder" og "funktion", således hører det primært til sygeplejerskernes ansvarsområde at varetage undervisning, og fysioterapeuterne har ansvar for den fysiske træning. På handlingsniveauet træder forskellene frem ved, at sygeplejerskerne er dominerende i undervisningssituationer, hvor der både deltager fysioterapeuter og sygeplejersker. Omvendt er fysioterapeuterne dominerende i test- og træningssituationer, hvor de arbejder sammen med sygeplejersker. Arbejde på tværs af faggrænser omtales i positive vendinger:

*Fysioterapeut: "Øøøø, det tænker jeg også, jeg tænker at det er en stor styrke at, at vi kan bruge hinanden og det synes jeg også, at vi gør ... meget."*

*Leder: "Jeg synes, at du er meget pæn, at du en gang imellem siger det, at det er et af de steder, hvor der er oplevet mest tværfaglighed ikke. Altså **hvor vi tør gå ind i hinandens rum** kan man sige, at fordi den fælles opgave, vi har, er muligvis en pædagogisk opgave, som ingen af os er rigtig uddannet til. Men vi ved lidt om lidt øø, og så har vi **hver vores spidskompetencer til at byde ind i det fælles rum**. Øøø og dem der er her, de tør også lade de andre komme indenfor og vise versa. Og det synes jeg, synes det ser som en stor styrke. **Også at man kan supplere og komplementere hinanden med bedst muligt i tilgangen med patienterne**. Og kontinuiteten bliver høj, fordi alle her ved ligesom hvad hinanden siger, så man kan følge op på det også fordi ... altså, jeg ved .. naiv tro.. øø kan man sige, der foregår jo også noget **vidensdeling** mellem jer når I, jer dels er til træning men dels når I er med til undervisning ikke? Det lærer man også af."*

*Fysioterapeut: "Hold da op! ja!" (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

”Bruge hinanden”, ”turde gå ind i hinandens rum”, ”supplere og komplementere hinanden”, ”vidensdeling”. Plus-ord bliver taget i anvendelse til at beskrive det gensidige udbytte, de professionelle har haft af hinanden i den tvær-professionelle centerkonstruktion. Det fremhæves af respondenterne, at det er et princip, at der arbejdes tværfagligt i centeret. Det tværfaglige element i arbejdets udførelse understreges formelt ved, at der er udarbejdet en fælles funktionsbeskrivelse for de ansatte i centret. Formelt deltager de ansatte i fælles efteruddannelse på det lokale CVU. Sygeplejersker og fysioterapeuter har taget kurser som rygestopinstruktører, og en af sygeplejerskerne har gennemført en uddannelse som idrætslærer. Uformelt kommer princippet om tværfaglighed til udtryk ved, at personalet i modsætning til andre af sundhedsvæsnets arbejdspladser hverken bærer fagforeningsemler, navneskilte, uniformer eller andre former for identitetsudstyr som markører af faggrænser eller fagpolitiske tilhørsforhold.<sup>48</sup>

Centerets leder udtrykker, at princippet om tværfaglighed er mere end blot samarbejde og opblødning af faggrænser, tværfaglighed handler om fælles forståelse blandt personalet om centeret som et fælles projekt:

Observationsnotat:

*”Jeg oplever at manglede anerkendelse af hinandens faglighed kompliceret det tværfaglige samarbejde, der findes dårlige historier alle steder” [...]. ”På centeret kan alle lave en indledende samtale, der er procedurer og standarder for det meste, man behøver ikke være sygeplejerske ... men vi er meget forskellige...”*

*Fortæller at man er vant til at dele arbejdsopgaver, personalet arbejder tæt sammen og er stolte af arbejdspladsen: – ”Vi gør meget ud af det tværfaglige og vi har selv bygget butikken op ...”*

Det tværfaglige formuleres således af sygeplejerskerne:

*Centersygeplejerske 2: ”Altså, vi er jo meget tværfaglige, men selvfølgelig er vi lidt opdelt, fordi at vi har hver vores funktion, men jeg synes, vi alligevel, vi arbejder meget sammen omkring tingene*

---

<sup>48</sup> I starten af feltarbejdet var det således vanskeligt for observatør at skelne imellem sundhedscentrets sygeplejersker, fysioterapeuter og diætist. Observatørens problemer med at skelne imellem de tre faggrupper forstærkes af, at personalet har kontorpladser i samme kontorlokale, og at lokalet er indrettet med syv individuelle, identiske arbejdsstationer. Ved nærmere observation viser det sig dog, at personalets valg af kontorpladser tyder på en vis differentiering, således at centrets to fysioterapeuter har arbejdsstation i den ene ende af kontoret, og at de tre sygeplejersker, lederen og diætisten holder til i den anden ende af lokalet. Uanset årsagen til den valgte fordeling af kontorpladser har de største faggrupper, sygeplejersker og fysioterapeuter valgt at gruppere sig i hver sin ende af lokalet.



ikke, og fysioterapeuten er jo også med i... øøøø .... Undervisnings.... øøøøø -sammenhæng og giver feed back på det, så på den måde, er det ikke afgrænset. Men det er klart, at vi har hvert vores område, men alligevel flyder vi ind over hinanden og deltager ikke..."

*Centersygeplejerske 1: "Jeg synes jo ikke, man kan sige, at vi har hver vores funktion, fordi vi har jo alle sammen, hvad skal man sige. Vi har både sygeplejersker og fysser en funktion i træning. Men det er fysserne der har ansvaret for øøøø program altså hvad... er det, hvad er det for nogle områder, der skal trænes på i forhold til de patienter, og hvad er det for nogle, der skal trænes på, i forhold til nogle andre patienter. Men vi har jo ansvar for at deltage og ligesådan, selvfølgelig i undervisningen, der har vi jo også et eller anden form for et fælles ansvar, hvor det jo bare er sygeplejersken, der har ansvaret for, at koordinere undervisningen."*

*Centersygeplejerske 2: "Det kommer an på hvordan, hvad du lægger i ordet "funktion" ikke. Jeg mener der er nogle ting, som jeg ikke kan gå ind i, som Fysioterapeut 1 og Fysioterapeut 2 kan gøre ikke. Og på den måde, så mener jeg "funktion", så er det noget andet, som jeg gør i træningssammenhæng."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Internt i gruppen af sygeplejersker er etableret en arbejdsdeling, hvor de tre sygeplejersker har fordelt undervisningsopgaverne mellem sig. En underviser i lungelidelser, en anden underviser i diabetes, og en tredje tager sig af den sygdomsspecifikke undervisning til hjertepatienter.

I sygeplejerskernes tale kan identificeres en forventning om, at de to faggrupper med tiden kan tænkes at ville gøre krav på eller udvikle særlige "domæner" i arbejdet. Om sygeplejerskernes forventninger til den fremtidige arbejdsdeling hedder det:

*Centersygeplejerske 1: "For man kunne jo meget vel sige, jeg kunne meget vel forstille mig, at nogle af de her samtaler, omkring motiverende samtaler, omkring udslusning, ku være en sygeplejeopgave i højere grad end en fys-opgave. Det er ikke sikkert, at det skal være,... at vi er bedre til det. Men det ku jo godt være, at vi ligesom sagde, at det er vores domæne. At det er noget vi kan ift. [fysioterapeuter] at de kan noget andet. ...Men det kunne godt være vores domæne, at være skidehamrende gode til motiverende samtale (Centersygeplejerske 3: Og udslusning) og udslusningsdelen og sådan..."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Om faggrænser hedder det:

*Centersygeplejerske 1: "Vi kan jo også godt lære fysioterapi ... noget om fysisk træning. Hvad er godt i forhold til hvad? (De andre: Ja, ja, ja, ja ). Det har vi jo sagtens kunne, men nu har man jo altså... at der skal man hedde "fysioterapeut" for at gøre, ja og have den der uddannelse."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

I sygeplejerskegruppen tales om, at man håber, at der med tiden bliver flere sygeplejerskeopgaver. Gruppen har forhåbninger til at samarbejde med den kommunale hjemmepleje og sundhedsforvaltningen vil medføre, at der henvises flere patienter til centeret. I gruppen drøftes muligheden for, at sygeplejerskerne kan få udgående funktioner, hjemmeundervisning og opsporings- og screeningsopgaver. Forhåbninger knytter sig dels til, at sygeplejerskerne overtager opgaver fra fysioterapeuterne og til, at der efter projektperiodens udløb vil ske organisatoriske eller samarbejdsrelaterede ændringer, at flere instanser får henvisningsret til centeret, at der kommer nye arbejdsopgaver i og uden for centeret, samt at der kommer flere patientgrupper ind. På den anden side kan der i sygeplejerskernes tale identificeres en grundlæggende usikkerhed på, om det på sigt vil være muligt at fastholde sygeplejerskernes position i centeret:

*Centersygeplejerske 3: "Det at vores kernefunktion er undervisning, det at vi måske kunne have noget ude - gående K OL- opsporing og undervisning i hjemmet mere end det altså vi... vi har ikke. Undervisning fylder så lidt i forhold til diætistens arbejde og i forhold til træning så og...[ .. ]*

*Altså, træningen det er der venteliste på. Træning er meget længere, det er tolv uger eller syv uger, undervisningen er over seks eller syv gange, og der er ikke venteliste på vores undervisning, det er der ikke. Vi må udskyde hold, fordi der ikke er nok patienter til at komme på de her hold. øøø Undervisningen vil godt kunne blive varetaget af hvilken som helst faggruppe. Vi har fået den kernefunktion her, vi kan sikkert noget fordi, vi kan forskellige ting, men i bund og grund så kunne det sagtens være en fysioterapeut der var ansvarlig for det. Men vi kan ikke, med den uddannelse vi har, alene gå ind og varetage træningen på eget ansvar."*

*Centersygeplejerske 1: "Vi kan heller ikke bede en fysioterapeut om at varetage hele undervisningen. Men planlægningen af det, hvem der skal undervise hvornår og hvordan, hvad skal indholdet være... medicin."*

*Centersygeplejerske 3: "Ja, lige præcist, nu tænker jeg i forhold til medicin f.eks."*

*Centersygeplejerske 1: "Jeg tænker i forhold til medicin, det synes jeg klart var en sygeplejeopgave ikke, jeg synes måske også til... øøøø sygdomslære. Jeg synes jo da ... også det må være en sygeplejeopgave (de to andre samstemmende, mmmmmmm)."*

*Centersygeplejerske 3: "Men det er to ting af mange, som man i princippet ku komme ind og være gæstelærere på, ligesom fysioterapeuterne er gæstelærere hos os nu."*

*Centersygeplejerske 1: "Lige nøjagtigt det vil jeg kunne give dig helt ret i. De kunne godt være planlæggere og sammensætte kurset." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Fysioterapeuterne formulerer sig mere forbeholdent om at arbejde sammen med sygeplejerskerne, og taler ikke om at overtage sygeplejerskernes arbejdsopgaver. Fysioterapeuterne udtrykker, at de

hverken har interesse eller ressourcer til at overtage sygeplejerskernes kernearbejde. De udtrykker, at det er interessant at ”snuse og sidde med” i sygeplejerskernes undervisning, men fysioterapeuterne er overvejende interesseret i at arbejde sammen og lære af hinanden.

*Fysioterapeut 1: ”Jo jeg har lært ekstremt meget af øøøø i diabetesundervisningen som jeg, jeg har, har fulgt, holdt da op, altså, altså af sygeplejersken også øøøø. Men selvfølgelig også selv fået en eller anden in... mer - interesse også, det bliver man. Det tager man også til sig, selvom vi ikke har ansvaret for undervisningen. Men så bliver de undervisningsområder hvor Fysioterapeut 2 og jeg hver især er koblet op, er koblet op, på forskellige diagnosegrupper, hvis vi kan kalde dem det, det bliver da også ens sådan nye interessefelt. Men stadig med lyst for, netop for og netop, jeg har da også lyst til at se , hvordan de gør ovre i kol- undervisningen og hvordan Fysioterapeut 2 gør. Også ikke kun tværfagligt, men også øøø monofagligt, der følges vi ikke så meget Fysioterapeut 2 og jeg Fysioterapeut 2: Nej det gør vi slet ikke [...] Der er desværre ikke timer nok, til øøø det har vi jo ikke i virkeligheden. Og at være med de steder vi godt kunne tænke os, sådan er det jo.”*

*Niels: ”Hvor kunne du godt tænke dig at være med hvis du havde tid?”*

*Fysioterapeut 2: ”Nå, men. Præcist som Fysioterapeut 1 siger, det kunne være så, at når Fysioterapeut 1 underviste, eller jeg underviste, at vi satte os sammen til det eller hørte på hinanden.”*

*Fysioterapeut 1: ”Det er jeg også enig med dig i øø. Og det synes jeg, og det er vi også enige om både Fysioterapeut 2 og jeg, at vi skal have byttet over på et tidspunkt. Men, altså vi er øøøø, kan man sige, nu er vi halv andet år henne og det kan lyde af meget. Men det er jo faktisk først rigtig nu, at det virkelig begynder, og kan man sige, vi har de her koncepter for de forskellige diagnoser. Og få det lagt endnu mere i rammer og endnu mere struktureret. Og også efter vi har, dejligt, har fået en diætist med ind over, så det bliver endnu mere tværfagligt. Øøø at vi sidder alle sammen, sammen og prøver at tænke de her undervisningsforløb igennem. Selvom sygeplejersken selvfølgelig er hoved-tov-holderen, så har vi alle sammen, føler jeg lige meget, at sku at sige i forhold til undervisningen.” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I observationsperioden har der af forskellige årsager været ringe vilkår for at observere diætisten i arbejdet, ligesom det har været vanskeligt at observere interaktion mellem diætisten og de øvrige professionelle. Af materialet fremgår det, at der er stor efterspørgsel på diætistens arbejdskraft, og at efterspørgslen i perioder langt fra er blevet efterkommet i centeret. Der er dog ikke i materialet tegn på, at sygeplejerskerne går på strandhugst i diætistens kerneområder.

## Relationer til eksterne aktører

De professionelle er opsøgende for at etablere relationer til andre aktører inden for rehabilitering. Respondenterne deltager i sundhedsmesser og i arrangementer i patientforeninger, hvor de promoverer sundhedscenteret og oplyser om de sundhedsydelse, som centret tilbyder patienter. Centrets ansatte er aktive og opsøgende i forhold til andre aktører på rehabiliteringsmarkedet. Der afholdes samarbejds- og informationsmøder med praktiserende læger, andre kommunale institutioner og privatpraktiserende fysioterapeuter. Samarbejdet med de praktiserende læger plejes for at få henvist et større antal patienter til centeret. I forhold til de privatpraktiserende fysioterapeuter går interessen i centeret på ikke at fremstå som en konkurrent om markedsandele. Relationer til fysioterapeuter udenfor centeret omtales således:

*Fysioterapeut 1: "Vi er heller ikke i tvivl om at, at bare her i huset også, at øøøø vi, vi var en fare. Fordi øøøø altså træningscenteret(det kommunale) troede, at vi kom og tog deres arbejde osv. [...] de privatpraktiserende de, de tror også, at nu mister de indtjening, fordi kommer vi og tager patienterne. Så nu, vi har et fint forhold til øøøø træningscenteret. De har fundet ud af, at vi nok ikke så farlige tvært imod, så øøøø kan det betyde flere patienter, fordi flere bliver henvist[...] eller vi visiterer patienter videre til dem. Så i virkeligheden så får de jo flere patienter, så det går jo fint. Øøøø de øøøø privatpraktiserende valgte vi og tage lidt ved hornene og simpelthen at invitere dem herind. Og, og vise dem stedet og snakke med dem om hvad det er vi gør. Og for at fortælle dem også at det som vi gør, det er så ret anderledes end det de gør. Og, og det hjalp ret meget på det, øøøø så altså med vi sender jo også patienter ud på klinikkerne og de gør muligvis også den anden vej."*

*Niels: "Men er I en fare for dem?"*

*Fysioterapeut 2: "Altså, det øøøø jeg ser ikke os selv som, som en trussel for dem endnu. [...] Den dag, der begynder at komme mere manuelt ind øøøø, så tror jeg, at så er, så er, vil der begynde at blive en masse debat. Øøøø der er også lidt nu, i forhold til Falck Health Care, øøøø. Hvis man kigger inde på deres hjemmeside, de øøøø skal også til at starte nogle sundhedscentre, sundhedspakker op, hvor der er mulighed for både manuel behandling, zoneterapi, kirurgpraktik osv. Hvor at, at der er lidt rører omkring hvilken kvalitet og hvordan de vil dokumentere. Men så længe at, at vi ikke har manuel og det primært er holdtræningen, øøøø man kan sige, det træningsfysiologiske, vi har meget fokus på, så er der ikke nogen trussel, det er noget af det som der bliver vægtet mindre på klinikkerne." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Det fremgår af materialet, at der er samarbejdsproblemer med praktiserende læger. Respondenterne taler om, at lægerne er tilbageholdende med at henvise hjertepatienter til centeret, og det er vanskeligt for centerets ansatte at få adgang til helbredsoplysninger hos praktiserende læger.

Centerets ansatte holder derfor informationsmøder for praktiserende læger og informerer systematisk lægerne i udskrivningsbreve osv.

### **Mangel på fysioterapeuternes arbejdskraft – overskud af sygeplejerskers arbejdskraft**

En linje i materialet vedrører forhandlinger om arbejdsdeling imellem sygeplejersker og fysioterapeuter. Det gennemgående dilemma i forhandlingerne er, at der på den ene side er en interesse i, at produktionen forløber effektivt, og at der ikke opstår ”flaskehalse”. På den anden side er hensynet til de professionelles interesse i at varetage kerneopgaver og at have en varieret og meningsfuld arbejdsdag.

Blandt centerets patienter er der størst efterspørgsel på fysioterapeutiske ydelser, hvilket betyder, at fysioterapeuterne må nedprioritere at deltage i tværfaglige aktiviteter og koncentrere sig om ”rene” fysioterapeutopgaver, fysisk træning og testning. Dette kolliderer imidlertid med idealet om tværfagligt samarbejde og fysioterapeuternes interesse i varierende arbejdsopgaver. Forhandlinger om faggrænser er influeret af, at der ikke er tilstrækkeligt med arbejdsopgaver til sygeplejerskerne, som er opsøgende på nye arbejdsopgaver. Fysioterapeuterne er overbelastet i arbejdet, har vanskeligt ved at efterleve idealet om tværfaglighed og optaget af at forsvare arbejdsopgaver, som sygeplejerskerne søger at gøre krav på.

Årsagerne til forskelle i efterspørgsel på de to faggruppers arbejdskraft er, at der henvises flest patienter til fysisk træning, at patienterne fravælger tilbud om undervisning, og at de fysiske træningsforløb er fastsat til at vare 12 uger i modsætning til undervisningen, som strækker sig over 6 gange.

I observationsperioden foretages forskellige justeringer i arbejdsdeling mellem sygeplejersker og fysioterapeuter samt i den overordnede arbejdstilrettelæggelse i centeret med det formål at frigøre fysioterapeuternes arbejdskraft og at gøre produktionen i centeret mere effektiv. For at kompensere for den store efterspørgsel på fysioterapeutisk arbejdskraft og for at smidiggøre produktionen, udnytte lokaler og træningsudstyr effektivt, reducere ventetider mv., eksperimenteres med, at sygeplejerskerne i centret udfører fysiske tests på patienterne. Der eksperimenteres endvidere med forskellige strategier til at indkalde og afslutte patienter på en sådan måde, at der frigøres fysioterapeutisk arbejdskraft.

## Forhandlinger om varetagelse af fysiske tests

Testning er en central funktion i centeret. For det første er de fysiske testresultater afgørende for, hvilken form for træning der tilbydes patienterne i centeret, og for det andet er testresultaterne afgørende for at evaluere effektiviteten af produktionen. Ved indgangen til observationsperioden varetager sygeplejerskerne testning under fysioterapeuternes supervision, og ved afslutningen på observationsperioden har fysioterapeuterne i det store og hele taget testarbejdet tilbage.

Argumenterne for at tage testene fra sygeplejerskerne er, at kvaliteten i sygeplejerskernes arbejde ikke har været god nok. I materialet er der markante tegn på, at fysioterapeuterne har bibeholdt den kognitive kontrol med testningen, og at sygeplejerskerne demonstrerer overfor fysioterapeuter og patienter, at de har underlagt sig fysioterapeuternes tekniske autoritet:

Observationsnotat:

*Sygeplejerske står på gange med en patient som skal testes. Testen forgår ved at patienten skal gå imellem to orange kegler i et bestemt tidsrum. Afstanden imellem keglene er markeret på gangen med gaffatape.*

*Sygeplejerske. "Så skal vi lave nogle tests på dig, du skal rejse og sætte dig i ½ min og du skal gå."*

*Fysioterapeut kommer forbi, sygeplejersken spørger om keglene er korrekt placeret og fysioterapeuten rykker en af keglene ca. 4 cm og siger: "sådan".*

*Sygeplejersken gennemfører gangtesten med patienten og siger: "Når du er færdig [her i sundhedscenteret] vil en af vores fysioterapeuter teste dig igen"*

Efterfølgende siger sygeplejersken til observatøren:

*"Jeg lærte Shuttle Walk Testen sidste år, fordi jeg gerne ville lære det, men jeg bruger det så sjældent, så når den skal tages... beder jeg en fys.".. "hvis der skal tolkes på resultaterne, er det fys som.."*

Ovenstående spontane reproduktion af teknisk viden er næppe udtryk for, at sygeplejersken ikke har viden om, at keglene skal placeres oven på krydsene, og at sygeplejersken derfor er afhængig af at rådføre sig med en fysioterapeutics specifikke tekniske viden. Interaktionen skal snarere tolkes således, at sygeplejersken varetager en delegeret arbejdsfunktion, som traditionelt hører under fysioterapeutics jurisdiktion. I sundhedscenteret er valgt en anden arbejdsdeling mellem sygeplejersker og fysioterapeuter, og sygeplejersken markerer ved at rådføre sig, at hun

underlægger sig fysioterapeutens faglige autoritet og anerkender fysioterapeutens legitime adkomst til at korrigere arbejdet. Markeringen af, at sygeplejersken både underlægger sig fysioterapeutisk autoritet, og at sygeplejerskens arbejde er legitimeret af en fysioterapeut, styrkes af, at interaktionen udspilles i et offentligt rum med en patient som vidne.

Sygeplejerskerne overtager flere indledende og afsluttende samtaler, således at fysioterapeuterne kan koncentrere sig om at afvikle fysisk træning. Af samme grund trækkes fysioterapeuter ud af dele af undervisningen. Det giver tilsyneladende ikke problemer at trække fysioterapeuterne ud af undervisningen, men det kolliderer med fysioterapeuternes jurisdiktion, at sygeplejerskerne overtager en større andel af de indledende samtaler, idet en del af arbejdet med at indlede og afslutte et forløb i centeret implicerer fysisk testning af alle patienter. Fysisk testning er en del af fysioterapeuternes kernearbejde, som sygeplejerskerne derved kommer til at overtage. For at lette flow i produktionen tilstræbes det at gennemføre testning af patienterne i tilslutning til, at der gennemføres indledende og afsluttende samtaler. En anden løsning ville betyde, at patienterne skulle komme unødigt mange gange i centret, først til indledende samtale og efterfølgende indkaldes til fysisk testning ved en fysioterapeut og på tilsvarende måde afslutte forløb. Derfor eksperimenterer de professionelle med, at sygeplejerskerne overtager nogle tests. Arbejdsopgaven skifter hænder flere gange i observationsperioden. Det er tydeligt, at denne ændring i arbejdsdelingen er potentielt konfliktstof, og at fysioterapeuterne undervejs bevarer den kognitive kontrol med al testning i centeret:

Ordningen med, at sygeplejerskerne overtager arbejdet med at teste, opgives efter noget tid, og det besluttes, at patienterne må acceptere at komme flere gange i centret.

Observationsnotat:

**Sygeplejerske om, at fysioterapeuterne overtager alle tests:** ”Der har været nogle svipsere, det undgår vi nu, når fysserne selv laver alle testene.”

**Fysioterapeut om test:** ”Her pr. 1. sep. tager vi fysser alle tests – det er vores grundsubstans... for at gøre det mere ensartet og får placeret folk på de rigtige hold ... så vi kan udnytte ressourcerne mere ...nu med vores nye diætist, hvis hun skal i gang med indledende samtaler, og det vil måske være for meget (for hende) at sætte sig ind i samtalen, holdtræning hvis hun også skal teste....

Nu får vi en masse faste tider.. konsekvensen bliver at patienter skal komme en ekstra gang... det gør ikke noget... det sker ofte hvis der er lang tid til de skal begynde på et hold så tester vi dem alligevel.”

Sygeplejerskerne udfører rutinemæssigt tests, de tolker og udlægger testresultater for patienterne, men samtidig tyder materialet på, at sygeplejerskerne respekterer fysioterapeuternes faglige dominans på testområdet, samt at sygeplejerskerne tilsyneladende ikke problematiserer, at de må afgive testarbejdet til fysioterapeuterne. På samme måde varetager sygeplejerskerne delegerede fysioterapeutopgaver under træning af patienter, andre gange deltager sygeplejerskerne blot i træningen på lige fod med patienterne. I træningslokalet demonstrerer sygeplejerskerne, at de underlægger sig fysioterapeuternes tekniske dominans ved at konsultere fysioterapeuterne, når træningsmaskiner skal justeres, og træningsresultater skal tolkes.

Der er ikke tegn i materialet, som på tilsvarende tydelig måde illustrerer, at fysioterapeuterne annekterer sygeplejerskearbejde, og som modvilligt accepterer at være underlagt sygeplejerskernes kognitive kontrol.

I en professionsteoretisk optik har fysioterapeuterne på grund af manglende ressourcer vanskeligt ved at forsvare de arbejdsopgaver, som de gør krav på. Sygeplejerskerne kan til gengæld gøre krav gældende på arbejdsfunktionen med henvisning til den organisatoriske effektivitet. Der etableres et kompromis eller en settlement mellem faggrupperne, hvor fysioterapeuterne uddelegerer arbejdsopgaven, og hvor sygeplejerskerne til gengæld accepterer at være underlagt fysioterapeuternes kognitive kontrol med arbejdet.

### **Commitment til arbejdspladsen**

Æstetiske argumenter knyttes i høj grad til respondenternes commitment til organisationen og tværfaglige arbejde. Commitment i forhold til organisationen kommer til udtryk i de metaforer, som respondenterne anvender. Sundhedscenteret omtales som ”vores hus”, ”vores barn”, og respondenterne er taknemmelige for at være ”kommet om bord”. Under læsningen kan man få associationer af en ”nybyggerkultur”, hvor respondenterne i fællesskab arbejder på at slå sig ned og befolke et område. De eksperimenterer med at indrette sig i uvant og fremmed landskab. Arbejdet med at etablere arbejdsgruppen udgør en fælles forståelseshorisont for sygeplejerskerne. Commitment til det fælles projekt er med til at definere gruppen og den fælles forståelse af, at arbejdet særligt er med til at afgrænse respondenterne fra andre sundhedsprofessionelle.



*Centersygeplejerske: "Man kan også sige, da vi startede her, da var vi bare, altså det kunne jo i virkeligheden have været, helt andre. Nogle helt almindelige sygeplejersker, rundt omkring fra ikke, det eneste, hvad kan man sige, det, ja men... jeg tror, at det har betydet utroligt meget, at det her har været det første sundhedscenter. Vi er blevet tvunget til, at tænke udvikling hele tiden, og vi har også gerne villet det, ikke. Vi har også syntes, at det var skide skægt og så, vi har udviklet os RIGTIGT meget, tror jeg – egentligt uden at vide hvor meget det er det sidste halvandet år, ikke."*  
(Udskrift af fokusgruppeinterview)

Sygeplejerskegruppen positionerer sig i forhold til "hospitalet og projektgruppen". Positioneringen foregår overordnet på to niveauer. Sygeplejerskerne forholder sig kritiske til det eksisterende hierarki, hvor de i arbejdet er underlagt regimer udarbejdet af "hospitalet". Sygeplejerskerne forholder sig loyalt, men kritiske til, at centeret skal evalueres i overensstemmelse med et fastlagt regime.

Sygeplejerskerne forholder sig kritiske overfor de måder, hvorpå hospitalet møder og behandler patienter. Hospitalets tekniske paradigme anfægtes:

*Centersygeplejerske: "Ja, altså jeg tænker meget det samme. Men det jeg synes kan være frustrerende, ikke at kunne dokumentere, det er det hele den der attitude vi har, altså den, vi prøver meget sådan med en åbenhed. Og at folk som har modstand på, at gå med modstanden, og så videre ikke? I kontrast til hvad jeg tror et ambulatorium har. Jeg kan ikke sige alle ambulatorier, men den der meget, sådan meget, så er man lidt et nummer osv. Hele den der personlige tilgang [her i centeret], er basen for at mennesker kan åbne sig, og der kan komme en åbning for en ændring."*

Personlige præferencer fremføres som argument for at anskue det tværfaglige arbejde i sundhedscentret i et harmoniperspektiv:

*Leder: "Ja, jeg synes jo, at det er en gave, at få lov at lave det første sundhedscenter. Synes jo at det har været en fantastisk oplevelse. Selvfølgelig med de øøø, der er jo også bakker i det her, men altså langt hen ad vejen, så mest af det jo øøø den vej vi gerne vil. Øøø vi har fået lov til at næsten, kan man sige, at få de bevillinger igennem vi gerne vil. Vi får de tiltag vi gerne vil, øø vi kan være med til at danne præcedens, i hvert fald inden for [Byens] Kommune. Og vi har formentligt også gjort, været model for mange andre. Vi har jo haft et utal af studiebesøg her øøø. Og på den måde er det jo rigtig, rigtig sjovt at være med på en politisk medvind. Og det øøø er jo, jeg har det, det ved I godt, som NN også sagde, det er ens barn ik. Men det er da kærkomment, at det her halvandet år, vi har været ansat her snart, det er gået som var det i går. Og samtidig har det jo sket en*

*rivende udvikling her, så det jeg tror, at det betyder noget for os alle sammen, det drive og det, det gør det i hvert fald for mig, jeg synes det er noget.*” (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Her beskrives, at det har været en fantastisk oplevelse at være med til at starte sundhedscenteret. Centeret har haft politisk opbakning, fået økonomiske ressourcer og mødt stor interesse fra omverdenen. Centeret har været ”et kærkomment barn” i rivende udvikling og ”betyder noget for os alle sammen.”

## **Case 2: Sengeafdelingen**

Det kirurgiske sengeafsnit, hvor feltstudierne er gennemført, er en del af et af regionens større hospitaler. I observationsperioden er en samlet hospitalsplan for regionen under udarbejdelse. I hospitalsplanen vil den politiske magt udstikke den fremtidige udvikling på sygehusområdet, og det vil blive bestemt, hvordan medicinske specialer og funktioner skal fordeles på regionens hospitaler. Regionens hospitalsplan er del af et landspolitisk spil, hvor der som følge af Strukturkommissionens betænkning planlægges ændringer i den fordeling af hospitaler og specialfunktioner i hele landet. Det forventes, at regionens hospitalsplan vil medføre store forandringer, at sengeafsnit og funktioner vil blive overført mellem hospitaler. Det forventes, at nogle af regionens hospitaler skal have udvidet sengekapaцитet og antallet af specialer, mens andre hospitaler vil blive beskåret i kapacitet og funktioner. Som følge af hospitalsplanen forventes forandringer i hospitalernes optageområde og dermed det befolkningsunderlag, hvorfra hospitalerne rekrutterer patienter.

Sengeafsnittet er en del af hospitalets mavetarmafdeling. Mavetarmafdelingen, ”Gastroenheden”, dækker flere specialer, og på hovedparten af regionens hospitaler er der enheder, som udbyder tilsvarende sundhedsydelser. Gastroenheden, som rummer det sengeafsnit, hvor feltstudierne er udført, er i modsætning til flere af regionens andre gastroenheder klassificeret som ”funktionsbærende enhed med specialfunktion”, og der er en forventning om, at enheden samlet set vil blive styrket som følge af de forestående omorganiseringer. Hospitalsplanen vil uvægerligt betyde ændringer i arbejdet, og blandt personalet imødeses hospitalsplanen derfor med spænding. Interessen samler sig særligt om, hvordan specialfunktioner fremover skal fordeles på regionens hospitaler, og hvilke konsekvenser det vil få for personalet, samt hvilke af hospitalets afdelinger der vil blive udvidet, og hvilke afdelinger der vil få indskrænket kapacitet.

Gastroenhedens produktionsapparat er opdelt i en medicinsk og en kirurgisk sektion med tilhørende sengeafsnit, ambulatorier og undersøgelses- og behandlingsfaciliteter. Af hospitalets hjemmeside fremgår det, at der på hospitalet er 3.000 fuldtidsstillinger, hvoraf 250 er placeret i Gastroenheden.

I Gastroenheden indlægges årligt cirka 7.000 patienter, og enheden har en samlet ambulatorie- og undersøgelsesvirksomhed på 35.000 årlige besøg. I Gastroenhedens kirurgiske sektion gennemføres 3.200 operationer årligt. 49 % af disse operationer er ”elektive”, hvilket er betegnelsen for planlagte operationsforløb i forlængelse af udrednings- og forberedelsesprogrammer gennemført i Gastroenhedens ambulatorier. Den anden halvdel af de gennemførte operationer er akutte, og gennemføres på patienter, som indlægges i hospitalets akutes modtageafdeling, eller patienter, som overflyttes fra skadestue eller andre hospitaler.

Gastroenhedens produktivitet måles i forhold til antal udskrevne patienter, forbrug af sengedage og antal operationer. Enheden honoreres ved centralt fastsatte landsdækkende DRG takster. I årsrapporter fremtræder arbejde i hospitalets sengeafsnit som en produktionsomkostning. Det er arbejdet i ambulatorier, undersøgelses- og operationsstuer, som genererer værdier og derfor optræder på indtægtssiden i regnskaberne.<sup>49</sup> Kvaliteten i arbejdet på Gastroenheden vurderes i forhold til udvalgte servicemål, udsendelse af kvitteringsbreve til henviste patienter, udsendelse af udskrivelsesbreve og indkaldelse til forundersøgelser inden for fastsatte tidsrammer. Endvidere vurderes det, om ventetider til behandling af bestemte sygdomme overholdes, særligt ”kræft garantien” spiller en central rolle. Regionens hospitaler er forpligtet til at tilbyde henviste patienter kræftbehandling inden for fire uger. Derudover er der fokus på at reducere antallet af aflyste operationer og patienttilfredshed.

I hospitalsplanen besluttes det, at hospitalets samlede kapacitet skal udvides med 100 senge, at optageområdet udvides, og at en række af hospitalets funktioner skal udbygges. Gastroenhedens position på markedet styrkes som følge af den nye hospitalsplan, idet mavetarmafdelinger på

---

<sup>49</sup> Af Gastroenhedens årsrapport for 2006 fremgår det, at den gennemsnitlige udgift pr. patient er ca. 10.000 kr., og at den gennemsnitlige DRG produktion pr. ansat er 680.000 kr.

regionens andre hospitaler reduceres til ”sattelitenheder” og lægges ledelsesmæssigt ind under det undersøgte hospitals Gastroenhed.

## **Bygninger**

Hospitalet kan karakteriseres som betonbyggeri fra 1970’erne. Der pågår ombygnings- og vedligeholdelsesarbejder i observationsperioden. Håndværkere lapper tage, og der pågår renovation af udendørsarealerne. Nogle af hospitalets afsnit er lukket. Der er sat plastic op for døre og vinduer, og bunker af byggematerialer og byggestøj vidner om større ombygninger.

Sengeafsnittet er placeret på øverste etage, en trappe fører op til en hal med indgange til i alt fire sengeafsnit, kontorer og venterum. Kontorerne på etagen benyttes af oversygeplejersken, afdelingssygeplejersken, en stomisygeplejerske, sekretærer og kliniske vejledere.

Selve sengeafsnittet er bygget op omkring en gang, hvor den ene side er ”offentlig”, 14 sengestuer med i alt 22 sengepladser, et kontor til modtagelse af patienter, dagligstue og tekøkken. Den offentlige del af gangen brydes af skylle- og affaldsrum, som kun benyttes af personalet. På den modsatte og ”private” side af gangen, er placeret personalets kontorer og depotrum. Flere af de private rum deles med et andet af Gastroenhedens sengeafsnit. Gangen er delt på midten af et glasparti. På den ene side af glaspartiet er sengestuerne nummereret fra 61 til 65, på den anden side er sengestuerne nummereret fra 71 til 77.

To kontorer benyttes af det personale, som arbejder med sengeafsnittets patienter. Det største kontor er placeret centralt i afdelingen, og et mindre kontor ligger længst væk fra sengeafdelingens indgang.

Langs den ene langside af det største og centrale kontor er placeret et skrivebord med computere. På kontoret er køleskab, skabe til tasker, en journalvogn på hjul, en kaffemaskine og et rektangulært bord med tilhørende stole.

På væggen i det centrale kontor hænger rækker af skifterammer og diplomer. Billederne er af personalet fotograferet til årlige sommerfester. Det drejer sig om læger, sekretærer og plejepersonale. På billederne af det festklædte personale går hovedparten af ansigterne igen.

Personalet poserer for fotografen, opstillet som en blanding af et kuld nybagte studenter og et fodboldhold. At dømme efter forandringer i festdeltagernes påklædning og hårmode er rækken af billeder taget over en periode på mindst 10 år. Diplomerne strækker sig over en femårig periode og er udstedt til medarbejdere, som har udmærket sig. I et hjørne af kontoret har afdelingssygeplejersken opstillet en julekalender med personlige og humoristiske kalendergaver til personalet.

På bagsiden af døren til kontoret er der opsat en ældre artikel, publiceret i et medicinsk fagblad. Artiklen er forfattet af en tidligere ansat læge og en nuværende ansat sygeplejerske i Gastroenheden. I artiklen beskrives erfaringer med at udvikle accelererede patientforløb i det mavetarmkirurgiske speciale. Ved siden af artiklen hænger en oversigt over dagens aktuelle personalesituation og fordeling af personale på arbejdsfunktioner i sengeafsnittet. Oversigtsplaner med den totale personalesituation opbevares ligeledes på det centrale kontor. I planerne kan observeres utallige rettelselser og tilføjelser. Dag-, aften- og nattevagter er markeret med særlige symboler, det samme gælder weekendarbejde, fridage og sygdom. Det mindre kontor er spartansk og neutralt indrettet. Der er et skrivebord i hele kontorets længde med computere samt et mindre bord midt i rummet.

Personalet bærer alle hvide uniformer, kitler eller busseronner og bukser. På trods af den hvide uniformering er der store individuelle variationer i plejepersonalets fremtoning, idet der bæres sandaler, ”træsko” og strømper i alle tænkelige variationer og farvenuancer. Hovedparten bærer navneskilte, særligt sygeplejerskerne er genkendelige, idet langt de fleste bærer et fagforeningsmærke. Gruppen af sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter er knapt så genkendelige, men adskiller sig ved generelt at fremtræde som væsentligt ældre end gruppen af sygeplejersker.

Indretningen af sengeafsnittets centrale kontor vidner om, at der blandt personalet er en gruppe af medarbejdere, som har arbejdet sammen i en årrække. Sammenholdt med de faglige artikler produceret af tidligere og nuværende medlemmer af gruppen vidner indretningen af kontoret om, at sengeafsnittets personale i arbejdet refererer til stærke faglige og sociale traditioner, som håndhæves og vedligeholdes af et fagligt fællesskab, som strækker sig ud over det aktuelle personale i sengeafsnittet. At der er tale om lokalt udviklede faglige traditioner understreges af, at

nyansat personale oplæres af sengeafsnittets egne kliniske specialister, og at gastroenhedens kirurgiske enhed har særlige introduktionskurser og oplæringsforløb for nyansatte. Den samlede personalegruppe ledes formelt af en afdelingssygeplejerske, og forvaltningen af personalets arbejdstid er lokaliseret i sengeafsnittets centrale kontor.

### **Personalet i sengeafsnittet**

En række faggrupper har deres gang i sengeafsnittet, rengøringspersonale, studerende og laboranter, ledere og administrativt personale, portører bringer og henter patienter og varer, læger, narkosesygeplejersker, smertesygeplejersker, stomisygeplejersker og andre eksterne specialister tilser patienterne.

Den ”faste stab af personale”, som overvejende er ansat til arbejdsfunktioner i sengeafsnittet, udgøres af 26 sygeplejersker, en afdelingssygeplejerske, 2 sygehjælpere og 8 social- og sundhedsassistenter samt to sekretærer og en afdelingsportør. Kønsfordelingen i den faste stab af plejepersonale er 34 kvinder og 2 mænd. I sengeafsnittet gøres brug af forskellige typer af afløsere og vikarer i plejestaben. Den faste stab er defineret som de sygeplejersker, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, som er påbegyndt et formaliseret introduktions- og undervisningsprogram. Personalet er formelt ansat i hospitalet med midlertidig tilknytning til den kirurgiske sektion i Gastroenheden. I feltarbejdet er der taget udgangspunkt i en arbejdsgruppe, som er defineret som de uddannede sygeplejersker, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, hvis faste arbejde er knyttet til patienterne i sengeafsnittet. Det er de menige gruppemedlemmers arbejde med faser af accelererede patientforløb, som særligt har været i fokus. Hovedparten af sygeplejerskerne i arbejdsgruppen er ansat til at arbejde i ”blandede vagter”, de to sygehjælpere og cirka halvdelen af social- og sundhedsassistenterne er ansat til at arbejde i aften eller nattevagt. Det er fra denne arbejdsgruppe, der er udvalgt deltager til fokusgruppeinterviews, og det er med afsæt i denne gruppes arbejde med patienter i dagvagten, at den sociale interaktion er blevet udforsket.

Tre fokusgrupper blev sammensat således:

- Tre sygeplejersker, som har arbejdet i sengeafdelingen i 8 til 9 år (Hospitalssygeplejerskerne nr. 1, 2 og 3).
- To sygeplejersker, som har arbejdet i sengeafdelingen i henholdsvis 3 og 11 måneder (Hospitalssygeplejerskerne nr. 4 og 5).

- Tre social- og sundhedsassistenter, som har arbejdet i sengeafdelingen i henholdsvis 2, 10 og 21 år.

Feltarbejdet fokuserer på sygeplejerskernes arbejde og interaktion med andre faggrupper i sengeafdelingen. Som udgangspunkt er de personer, som arbejdede i sengeafdelingen på undersøgelsestidspunktet, defineret som informanter. Feltstudierne har været geografisk afgrænset til sengeafdelingsgang, patientstuer, kontorer og depoter.

Fokus i observationer og i indsamling af dokumentarisk materiale har særlig været rettet imod informanternes handlinger i relation til accelererede patientforløb. Af den grund har hovedparten af observationerne fundet sted i de områder af sengeafdelingen og i de situationer i løbet af informanternes arbejdsdag, hvor der er blevet ageret i forhold til accelererede patientforløb. Rent praktisk er dette blevet gennemført ved at følge sygeplejersker og social- og sundhedshjælpere i deres arbejde med patienter i accelererede forløb og ved at følge sygeplejersker, som har varetaget funktioner, som specifikt er rettet mod denne patientgruppe.

Arbejdsgruppens primære arbejdsopgaver er at producere og dokumentere sundhedsydelse til de patienter, som indlægges i sengeafdelingen. Dertil kommer undervisning af studerende og oplæring af nyansat personale. Medlemmer af arbejdsgruppen arbejder i skiftehold, arbejdet i sengeafdelingen følger en fast rytme, hvor anvendelse af arbejdskraft, organisering af arbejdet og varetagelse af arbejdsfunktioner varierer over døgnet. I dag- og aftenvagterne er arbejdsgruppens medlemmer inddelt i to adskilte undergrupper, gruppe 6 og gruppe 7. I gruppe 6 arbejdes fortrinsvis med accelererede patientforløb, og i gruppe 7 er arbejdet rettet imod akut indlagte patienter samt mod patienter, som gennemgår komplicerede og langvarige forløb.

## **Arbejdet**

Arbejdet i sengeafsnittet har en cyklisk karakter og er struktureret omkring afholdelse af møder i undergrupper. Ved afslutning og begyndelse af vagter afholdes ”rapport”, møderne indeholder en overdragelsesdel og en planlægningsdel.

Det er et fast element i hver vagt, at der gives medicin til patienterne, der ”gås runder og måles værdier”, et eller flere medlemmer af arbejdsgruppen går rundt til alle patienter, måler temperatur og blodtryk, kontrollerer patienternes tilstand og ”tjekker væskebalance”.

Dagarbejdet begynder om morgenen ved 7 tiden. På hverdage gøres patienter klar til planlagte operationer, og i løbet af formiddagen køres patienter til operationer og undersøgelser. Morgen- og formiddagsarbejdet består i at uddele mad, drikke og medicin. Patienter får hjælp til soignering og hjælp til at komme op af sengen og ud at gå. Nogle patienter få fjernet drop, sonder og dræn, og personalet observerer ændringer i patienternes tilstand.

Efterhånden som personalet er færdige med morgenarbejdet, sætter de sig ind på sengeafdelingens centrale kontor og drikker kaffe omkring et bord midt i kontoret. Under formiddagskaffen sidder der typisk sygeplejersker og læger og forbereder stuegang, tjekker blodprøver og taler i telefon. Samtalen omkring kaffebordet er livlig og højrøstet, og de sygeplejersker og læger, der sidder og arbejder, har til tider vanskeligt ved at koncentrere sig, og der tysses på selskabet.

Formiddagskaffen fungerer som et uformelt møde mellem de professionelle, som spisepause- og arbejdsituation. Samtalen omkring bordet strækker sig fra personlige og fortrolige samtaler imellem enkeltpersoner til drøftelser af problemer i afdelingen, orienteringer fra møder og diskussioner om patienter. Af de personlige og mere fortrolige samtaler fremgår det, at en del af personalet har et langvarigt og indgående kendskab til hinanden.

Om formiddagen overflyttes patienter til og fra sengeafsnittet, der tages imod indkaldte patienter og der er stuegang i sengeafsnittet. En læge og en sygeplejerske gennemgår døgnets hændelser, går en runde blandt patienterne, planlægger den videre behandling og løser problemer. Der serveres frokost for patienterne, patienter hjælpes i seng, og afdelingen begynder at modtage nyopererede patienter fra opvågningsafdelingen.

Efter middagshvilet hjælpes patienter op af sengen igen, en læge kommer forbi til ”kl. 14- stuegang”, som er en kort ad hoc gennemgang, hvor der samles op på særlige problemer. Besøgstiden begynder, og der samtales med patienter og pårørende. Aftenvagten overtager arbejdet omkring kl. 16, der modtages fortsat patienter fra operation, og patienter udskrives eller overflyttes.



I aftenvagten serveres aftensmad, patienterne får medicin, hjælpes i seng og gøres klar til natten. Der er aftenstuegang, hvor der samles op på dagens arbejde og løses akutte problemer. Natholdet møder kl. 23, lyset er dæmpet i sengeafsnittet og aktiviteten i sengeafsnittet daler. Natarbejdet består i at observere og hjælpe de patienter, som har særlige behov, og i at løse pludseligt opståede problemer, men ellers er det meningen, at patienterne skal hvile. Om natten gøres status over belægningssituationen i sengeafsnittet, patienternes væskebalance, der bestilles varer hjem, og der fyldes op i depoter.

Gennemgående diskussioner, som pågår i observationsperioden, drejer sig om følgende:

- Overvejelser i forbindelse med etableringen af de nye regioner. Lægerne refererer fra møder med andre sengeafdelinger i den kommende hospitalsplan. Der hersker usikkerhed om, hvordan de forskellige kirurgiske specialer skal fordeles imellem regionens hospitaler. Der er mulighed for, at afdelingen ”*mister den colorectale kirurgi*”, og at man skal til at ”*ha’ nogle lungemedicinske sengepladser*”. Hospitalets optageområde skal udvides. Personalet taler om, at de nok skal til at vænne sig til en ny slags patienter. Der skal endvidere være døgnåben skadestue på hospitalet, og personalet diskuterer mulige konsekvenser af, at der vil blive flere akutte patienter.
- Der diskuteres planer om at forkorte behandlingsgarantien fra otte til fire uger. Diskussionerne i den forbindelse handler om, at lægerne sandsynligvis vil være tvunget til at ”*presse flere patienter igennem*”.
- Mangel på sygeplejersker er et fast tilbagevendende tema på kontoret, sygeplejerskemangelen, problemer med at skaffe sygeplejersker til at dække vagter og generelle problemer med at få besat ledige sygeplejerskestillinger.
- Mangel på sengepladser. Afdelingssygeplejersken redegør dagligt for ”*belægningssituationen i AMA*”, hvilket dækker over antallet af akut indlagte patienter, som venter på at blive overflyttet til sengeafdelingen.
- Social- og sundhedsassistenterne diskuterer deres løn, som de finder for lav, og det fremgår af diskussionerne, at de som gruppe ikke oplever anerkendelse for deres mangeårige erfaringer med arbejdet i sengeafsnittet.

## **Adskillelse af planlagt og akut arbejde som strukturerende princip**

Adskillelse af akutte forløb og planlagte forløb er et strukturerende princip for arbejdet i sengeafsnittet. Adskillelsen influerer på de typer af arbejdsopgaver, der løses i sengeafsnittet, hvor arbejdsopgaverne er lokaliseret, samt på arbejdsdeling mellem de professionelle.

Arbejdsdelingen mellem den del af personalet, som arbejder med accelereret forløb og de komplicerede forløb, er materialiseret i arkitektur, indretning og dokumenter. Midt på gangen er et glasparti, som adskiller gangen i gruppe 6, som tager sig af gruppe 7, som henholdsvis rummer personale, som arbejder med accelererede patientforløb, og det personale, som arbejder med akutte og komplicerede forløb. De to personalegrupper benytter hvert sit kontor i dag- og aftenvagten, dokumenter holdes adskilt osv. Om natten ophæves arbejdsdelingen mellem de to personalegrupper, som henholdsvis arbejder med planlagte og akutte forløb, og ”grupperne lægges sammen”.

Differentieringen ytrer sig på taleniveau ved de kategoriseringer, som de observerede benytter sig af. De observerede skelner imellem tre overordnede kategorier:

- “De elektive”
- “De akutte”
- “De store syver – operationer”

”*De elektive*” er samlebetegnelsen for den gruppe af patienter, som indlægges til accelererede forløb. De elektive patienter indlægges til planlagte operationer og gennemløber typisk accelererede forløb efter fjernelse af et stykke af tarmen. Forløbene er planlagt til at vare tre dage. Patienten kommer på afdelingen på operationsdagen og plejes og behandles efter standardiserede planer. Sygeplejerskernes arbejde med de accelererede forløb er beskrevet i ”standardplejeplaner”.

Plejeplanerne er bygget op efter et princip om, at der til hver dag skal udføres bestemte arbejdsopgaver. Planen er derfor inddelt i dage. Operationsdagen kaldes for ”nultedagen”, derefter følger ”første, anden og tredjedagen”. Efter udskrivelse indkaldes patienterne til ambulatoriet, hvor de får fjernet sting, og patienterne får ved denne lejlighed besked om eventuelle vævsprøver, som er blevet udtaget, og der planlægges videre behandling. Patienterne får rutinemæssigt tilbudt en samtale med en sygeplejerske 30 dage efter operationen. De *elektive* placeres overvejende på de sengestuer, som er nummeret 61 til 65 (gruppe 6).

”De akutte” er en betegnelse, som benyttes om en uhomogent sammensat gruppe af patienter, der principielt kun har det til fælles, at de indlægges til undersøgelse og behandling uden forudgående planlægning. Typisk er der tale om patienter, som indlægges til udredning og behandling for betændelsestilstande, tarmslyng eller blødninger.

De ”store syver operationer” er betegnelsen for en gruppe patienter, som indlægges til komplicerede og længerevarende forløb, typisk patienter som får anlagt kolostomier efter fjernelse af større dele af tarmsystemet.

Til *de akutte* og *de store syver operationer* er ikke udarbejdet deciderede standardplejeplaner for problemløsning, idet arbejdet knytter sig til meget forskellige helbredsproblematikker, ligesom det ikke er muligt at fastsætte tidsrammer for disse forløb. Der foreligger imidlertid en række standardiserede planer for, hvordan en række arbejdsopgaver generelt skal løses hos disse patienter i form af standarder for forberedelse til operation, ernæring, udskrivelse, oplæring i at skifte stomiposer, medicinering mv. Patienter med stomi får tilbud om at møde i stomiambulatoriet, som drives af en oversygeplejerske i tilslutning til den kirurgiske afdeling. *De akutte* og *de store syver operationer* placeres på de sengestuer, som er nummeret fra 71 til 78 (gruppe 7).

*Hospitalssygeplejerske 3: ”... Jeg har været ned i syveren i rigtig mange år (Ja) hvor de ligger der lidt længere ikke. Jeg har stomier, der skal stomioplæres osv. Nu har jeg så været i sekseren de sidste par måneder, lige pludselig tænkte jeg: ”Gud skal de allerede hjem! Nej, nu er der jo der jo ny patienter, jeg har lige holdt fri to dage, nu er det helt skiftet ud” Der sku jeg virkelig tænke engang, de går hurtigt hjem, men de har det også godt - lige tænke engang, hold da op! Det er jo egentlig imponerende ik! at ikke fordi jeg vidste det jo godt, jeg har jo været i sekseren for nogle år tilbage. Så her... jeg har bare været rigtig meget nede i syveren hvor de ligesom lige ligger der - og det er en helt anden patientgruppe, seks syv dage i forhold til tre dage ik”. (Udskrift af fokusgruppeinterview).*

I respondenternes tale skelnes yderligere mellem patienterne ved at referere til viden om patienternes lokalisering i sengeafsnittet, og hvor patienterne befinder sig i forløbet, viden som refererer til medicinske diagnoser samt tilhørende pleje- og behandlingsteknikker. Endelig klassificeres patienterne i forhold til økonomisk viden om, hvor meget arbejdskraft der skal til at dække patienternes behov for hjælp:

Observationsnotat:

*Rapportsituation mellem en natsygeplejerske og sygeplejerske som lige er mødt i dagvagt:*

*Nattevagt: "71 har ikke fået sin Ampicillin og jeg ved ikke om hun har fået Penta... Metro løber."*

*Dagvagt: "OK."*

*Nattevagt: "61 siger, at hun ikke har været oppe at stå, så jeg har ikke haft hende oppe, så jeg ved ikke om I vil?"*

*Dagvagt: "Hun er lidt ..."*

*Nattevagt: "Jeg har rettet lidt... og seponeret kateteret."*

*Nattevagt: "Så er der NN, 70 år. C- recti. ... plus transversostomi. Startede som en Low Anterior og fik så lavet en Hartmann og så en transversostomi. Har så nu fået lavet en prolaps. Lige efter OP havde han behov for to hele hænder, nu kan han klare sig med en halv hånd."*

*Dagvagt: "Skal vi lave væskeskema?"*

*Nattevagt: "Hold bare øje med at han får nok at drikke."*

*Nattevagt: "Så er der den ny patient på 71-4."*

*Dagvagt: "Er hun en anastomose?"*

*Nattevagt: "Nej, hun er ikke noget endnu, hun er til obs. for en lækage."*

*Dagvagt: "Så hun faster?"*

*[-----]*

*Nattevagt: "NN har vasket sig selv ved håndvasken og hende i 2-sengen har været i bad. 71.3 har været nede og er blevet på opvågningen."*

## **Sengeøkonomi**

Der geråder en kompleks makro- og en mikro sengeøkonomi. Sengeøkonomiens makroniveau er grundlæggende defineret af politiske beslutninger, som vedrører fordelinger af den samlede sengekapacitet på regionens hospitaler, antallet af gastroenheder i regionen og antallet af sengepladser i hver af hospitalernes gastroenheder. Efterspørgslen på det samlede antal senge i hvert af regionens hospitaler er i en vis udstrækning politisk bestemt og afhænger af beslutninger om hospitalernes kapacitet til at modtage akutte patienter, optageområdet størrelse, demografi og befolkningsunderlagets socioøkonomiske sammensætning. I Gastroenheden og i sengeafsnittet har det menige personale principielt ingen indflydelse på makroøkonomien, det vil sige antallet af patienter, som flyttes til hospitalet og i sidste instans videre til sengeafsnittet. Antallet af planlagte

og akutte indlæggelser og overflytninger afhænger af, hvordan patienter i regionen visiteres mellem gastroenhederne i regionen, samt antallet af nydiagnosticerede kræfttilfælde omfattet af behandlingsgaranti, som henvises osv. Demografien og den socioøkonomiske sammensætning af befolkningsunderlaget influerer på, hvad det er for typer af patienter, der generelt indlægges, hvor behandlelige de er, længden af indlæggelser, og hvilke ressourcer patienter generelt har til rådighed i håndteringen af sygdoms- og behandlingsforløb.

Til den del af produktionen, som kræver indlæggelse, råder den samlede Gastroenhed over cirka 80 senge, 55 kirurgiske og 22 medicinske sengepladser, fordelt på flere sengeafsnit. De kirurgiske sengepladser er ”øremærket” til bestemte formål og typer af patientforløb. I afsnittet for sammedagskirurgi er sengepladser forbeholdt indlæggelser til mindre, planlagte operationer. Andre sengepladser er forbeholdt indlæggelser i forbindelse med større akutte og planlagte indgreb. Femdøgnsafsnittet deles af den medicinske og den kirurgiske sektion, det samme gælder sengepladser til intensiv behandling og sengene i den akutte modtageafdeling. Den gennemsnitlige indlæggelsestid pr. patient i de kirurgiske senge er 4,1 dag, men da halvdelen af patienterne indlægges akut, og indlæggelsesforløb kompliceres og dermed forlænges, er det vanskeligt at planlægge og styre den hastighed, hvormed patienterne indlægges og udskrives. Derfor benyttes alle sengepladserne i Gastroenheden principielt som buffer, hvis der opstår kapacitetsproblemer i nogle af enhedens sengeafsnit, hvorfor patienter flyttes rundt mellem sengestuer og sengeafsnit for at gøre plads til såvel planlagte som akut indlagte patienter.

Det lokale flow af planlagte patienter er derimod aftalt og koordineret mellem en række instanser i Gastroenhedens produktionsapparat, og det er af høj prioritet, at operation af indkaldte patienter ikke aflyses eller forsinkes på grund af mangel på personale eller senge. Fordelingen af patienter i Gastroenhedens sengeafsnit aftales på daglige møder mellem afdelingssygeplejerskerne i enheden. På mikroniveau har personalet indflydelse på, hvordan sengeressourcerne udnyttes i sengeafsnittet. I det sengeafsnit, hvor feltstudierne er gennemført, er der i observationsperioden i alt 22 sengepladser fordelt på i alt 14 sengestuer. 10 sengepladser fordelt på 5 sengestuer er forhåndsbestemt til planlagte, accelererede patientforløb, resten benyttes til akutte og komplicerede forløb. Den lokale sengeøkonomi udspilles i et skisma mellem en interesse, som knytter sig til optimal udnyttelse af samtlige sengepladser på den ene side og en interesse i at friholde sengekapacitet til planlagte og akutte indlæggelser på den anden side. Sengeøkonomien giver sig til

udtryk i forhandlinger mellem sengeafsnittets sygeplejersker og i de forhandlinger, som sygeplejerskerne fører med personale fra andre sengeafsnit om at overtage patienter, eller i forhandlinger, som har til hensigt at forhale eller fremskynde overflytning og udskrivelse af patienter. Sengeøkonomien viser sig endvidere i en livlig trafik, hvor patienter flyttes rundt mellem sengeafsnittets sengestuer og ved, at patienter holdes hen i venten på ledige pladser. Forhandlinger knyttet til den lokale sengeøkonomi kompliceres af, at der er tradition for at holde mandlige og kvindelige patienter adskilt på sengestuerne, ligesom der er tradition for at patienter, som har særlige behov, tilbydes enestue eller en sengeplads på mindre sengestuer. Princippet om kønsadskilte sengestuer betyder, at der fx kan opstå mangel på ”kvindepladser”, samtidig med at der i sengeafsnittet er ledige ”mandepladser”. Tilsvarende opstår der situationer, hvor antallet af patienter med særlige behov overstiger antallet af enestuer, og hvor eksempelvis døende eller svært syge patienter ”optager en hel tosenstue”. Løsningen på denne type af dilemmaer kan være større rokader af mandlige og kvindelige patienter mellem sengestuerne i sengeafsnittet eller rokader og overflytninger af patienter mellem hospitalets forskellige sengeafsnit eller initiativer, som har til hensigt at fremskynde udskrivelse af patienter.

Sengeafsnittet er en mindre del af en ekskluderende organisation. Den overordnede interesse i Gastroenheden knytter sig til at effektivisere de regimer, som enhedens produktionsapparat er specialiseret i, og en interesse i at rekruttere patienter, som effektivt kan behandles. Patienter, som kan behandles i andre enheder eller på andre hospitaler, udskrives eller overflyttes derfor hurtigst muligt. Der arbejdes systematiseret på at øge flowet af patienter, på at reducere forbrug af sengepladser samt at holde sengepladser ledige til akutte og planlagte forløb.

Det ekskluderende princip kan identificeres i dokumenter, ved at der rutinemæssigt fastsættes udskrivelsesdatoer, udfærdiges planer for behandling og udskrivelse. Her et eksempel fra en samtale mellem to sygeplejersker om en patient:

Observationsnotat:

*Hospitalssygeplejerske 1: ”John – ham kender du godt ikke?”*

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Jo”*

*Hospitalssygeplejerske 1: ”Han skal faktisk udskrives i dag, der er skrevet udskrivningskort.”*

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Er han informeret om det?”*

*Hospitalssygeplejerske 1: "Det bliver han nødt til at være. Relativt velbefindende, føler sig mere frisk end i går, der er lidt tyndt grødet i posen. Skifter pose under supervision, mangler rutine.. Det kan han få derhjemme."*

*Hospitalssygeplejerske 2: "Stomiartikler?"*

*Hospitalssygeplejerske 1: "Det skal pakkes [..]"*

## **Dokumenter**

Arbejdet er struktureret omkring tre nøgledokumenter.

- "Akutsedlen"
- Sygeplejejournalen
- Lægejournalen.

"Akutsedlen" er et skema. Det er inddelt i felter, som symboliserer sengepladserne i sengeafsnittet. I felterne er noteret patienternes navne, diagnoser, behandlingsplaner og særlige arbejdsopgaver, forholdsregler og opmærksomhedsområder knyttet til sengepladsen. Hvert gruppe-medlem får ved vagtens begyndelse udleveret en kopi af den originale akutseddel. I akutsedlen er angivet navne på patienter, som "er på vej" til afsnittet, planlagte udskrivelser og overflytninger.

Akutsedlen har en panoptisk karakter. Den giver et oversigtsbillede af de patienter, som aktuelt optager en sengeplads i sengeafsnittet. Den angiver ledige sengepladser, og den angiver centrale oplysninger om patienterne og arbejdet. Særlige vigtige opgaver og informationer angives med udråbstegn, fede typer eller rød skrift. Planlagte arbejdsopgaver markeres i skemaet ved særlige symboler, og når de er udført, markeres dette ved, at de "vinges af".

Akutsedlen beskrives således:

*Hospitalssygeplejerske 1: "Du har set vores akutsedler, ik? (Niels: Jeg har set jeres akutsedler) Det er jo næsten vores vigtigste arbejdsredskab (Hospitalssygeplejerske 3: Vores bibel, griner) Vores hjerne, som man siger, der har vi hele tiden stående, at patienten er første dagen eller anden dagen og det skriver gruppelederen hver dag og ajourføre øøø til næste dag."*

*Hospitalssygeplejerske 3: "Der står navn, operationstype, dato, og så står der så det der..."*  
(Udskrift af fokusgruppeinterview)

På patienterne føres en *sygeplejejournal*. For patienter, som er indlagt til accelererede forløb, består sygeplejejournalen af en række centralt udarbejdede journalark, som tilsammen rummer baggrundsoplysninger og en standardplejeplan for patienten.

Baggrundsoplysninger indhentes af en sygeplejerske under en indlæggelsessamtale, som gennemføres efter relativt ensartede retningslinjer for alle hospitalets patienter. Der udfærdiges en sygeplejeanamnese, som er baseret på en standardiseret indsamling af oplysninger om patientens helbredshistorie, sociale forhold og ”sygeplejestatus”, det vil sige oplysninger om patientens opfattelse af egen helbredssituation, vaner, aftaler og særlige forhold samt oplysninger om patientens behov for hjælp, ernæring mv. vurderet efter særlige pointsystemer. Af sygeplejejournalen fremgår oplysninger om det planlagte forløb, informationer som er givet til patienten, undersøgelser, plan for udskrivelse og eventuelle aftaler med hjemmesygepleje, plejehjem osv. Sygeplejejournalen indeholder et ”diagnose ark” samt et ”ordination ark”, som er oversigtsoplysninger hentet fra patientens lægejournal om tidligere og nuværende diagnoser, aktuelle ordinationer og behandlingsplaner. Er der særlige forhold, som kræver notater, benyttes et ark til aktuelle oplysninger.

Standardplejeplanen er specifik for sengeafdelingen og består af et antal fortrykte journalark. I standardplejeplanen defineres arbejdsopgaver, tidspunkter og rækkefølger for arbejdets udførelse. Den tidsmæssige struktur i dokumentet er orienteret omkring operationsdagen. Der er således et journalark, som angiver arbejdet på operationsdagen, 1. Postoperative dag, 2. Postoperative dag osv. Der er fortrykte ark til tre dage. Forlænges indlæggelse udover dette, må personalet selv angive antallet af dage efter operation. Arkene i standardplejeplanen er konstrueret som et spørgeskema, hvor arbejdsopgaver er listet op og krydses af i mindre rubrikker, efterhånden som de er udført. Mindre felter kan benyttes til fri tekst (se bilag 9).

Relativt entydig fremføres æstetiske, økonomiske og tekniske argumenter som belæg for respondenternes tilgang til standardplejeplanerne:

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Men, men. Det er da et fantastisk arbejdsredskab i forhold til det, der har været tidligere.”*

*Niels: ”Hvordan det?”*



*Hospitalssygeplejerske 2: "Ja men, i og med at, at du er mere sikker på at, ja men altså, at man får tingene med og man kommer igennem de her områder øøø."*

*Hospitalssygeplejerske 3: "Du er også meget hurtigere til at dokumentere, du bruger ikke så meget tid på, fordi nogle ting. De der plejeplaner, så skal du, nogen steder hvis alt er OK, så kan du sætte et kryds, du skal ikke sidde og skrive: dut, dut, dut, dut. Plus at du kommer hele vejen rundt om patienten altså på den måde.."*

*Hospitalssygeplejerske 2: "På den måde ..."*

*Hospitalssygeplejerske 3: "Man har altså allerede været opmærksomme på hvad skal man rundt omkring (ved) denne her patient. Hvad skal man i hvert fald have tænkt på?"*

*Hospitalssygeplejerske 2: "Så på den, på den måde bliver det sådan mere ensartet ik, (ja, ja) Og så bliver det kunsten også at få kigget på det individuelle, men at man i hvert fald er sikker på, at man har været igennem de her områder (ja ja)." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

På hver patient oprettes ligeledes en *lægejournal*, som i lighed med sygeplejejournalen indeholder sociale oplysninger, oplysninger om patientens sygehistorie og aktuelle diagnoser og behandling samt oplysninger om aftaler, informationer givet til patienten mv. Endvidere indeholder lægejournalerne notater fra operationer, stuegang, et medicin- og ordinations skema, der angiver medicin og behandling. Endelig indeholder lægejournalen undersøgelsesvar, blodprøver mv.

Sygeplejejournalerne skrives i hånden ved at sætte kryds eller andre symboler, i enkelte ark skrives i fri tekst. Lægejournalerne dikteres og skrives "efterfølgende ind i journalerne". I lægejournalerne skrives i "fri tekst", typisk korte notater om patientens tilstand, beskrivelse af symptomer, efterfulgt af ordinationer.

Lægejournalerne er et gennemgående dokument i både læger og sygeplejerskers arbejde. Det er stort set kun lægerne, som fører journalerne. Sygeplejerskerne konfererer systematisk i arbejdet med lægejournalerne og overfører/reproducerer oplysninger til sygeplejejournalerne. I observationsmaterialet er der ikke tegn på, at lægerne på tilsvarende vis systematisk gennemlæser og henter oplysninger i sygeplejerskernes journaler. Oplysninger fra sygeplejejournalerne finder dog vej til lægejournalerne, typisk foregår dette ved, at en sygeplejerske under samtaler med læger refererer fra et notat i en sygeplejerskejournal, hvorefter lægerne udlægger teksten og skriver et notat i lægejournalen.

Læge- og sygeplejerskejournalerne opbevares i en journalvogn. Lægejournalerne er placeret i nummererede hængemapper, mens sygeplejerskejournalerne ligger løst oven på vognen. Gruppe 6 og gruppe 7 har hver sin journalvogn. I nattevagten, hvor ”grupperne er lagt sammen”, og alle patienter passes af en arbejdsgruppe, står begge journalvogne i sengeafsnittets centrale kontor, som fungerer som fælles kontor for natpersonalet. Før dagvagtens begyndelse skilles grupperne symbolsk, ved at journalerne returneres til hvert sit kontor.

### **Møder og rituel oplæsning af dokumenter**

Under møderne er det overvejende de rutinerede sygeplejersker, som fører ordet. De yngre sygeplejersker og social- og sundhedsassistenterne er mere afventende. De tager noter, kommer med metakommentarer eller afleverer beskeder, som de fremfører på vegne af andre. Ved vagtskifter er møderne overdragelsesforretningen mellem det hold, som afslutter en vagt, og det hold, som skal til at begynde en vagt, og planlægningsdelen afholdes primært af det hold, som fortsætter vagten. Under møderne planlægges og fordeles arbejdet. I løbet af dag- og aftenvagterne holdes ”opsamlingsmøder”, hvor der gøres status over udført arbejde. Hver vagt afsluttes med en status, der ryddes op og gøres klar til næste vagthold.

På møderne gennemgås patienterne. I gennemgangen klassificeres patienterne i forhold til deres placering i sengeafsnittet, seng og sengestue, hvilke arbejdsopgaver, som er udført, og hvilke der skal udføres. Patienterne klassificeres i forhold til medicinske diagnoser og behandlingsregimer. Endelig klassificeres patienterne i forhold til deres behov for hjælp, det vil sige i forhold til den mængde arbejdskraft, som skal til:

Observationsnotat:

*På kontoret sidder en nattevagt ved bordet sammen med sygeplejerske 4, og som har været ansat i 11 måneder. Social- og sundhedsassistent 2, som har været ansat i 22 år. Alle har en kopi af et skema/akutseddel med patienternes navne på. Skemaet er fortrykt. Udfor hvert patientnavn står indlæggelsesdato, operationsdag, diagnose samt andre oplysninger. Sygeplejerske 4 har skemaet fra den foregående dag med, hun sammenligner oplysningerne i de to skemaer.*

*Sygeplejerske 4: ”Har det været en rolig nat?”*

*Nattevagt: ”Ja, det eneste der har været er stue 62.”*

*Sygeplejerske 4: ”Han rodede også i weekenden.”*

*Nattevagt: ”Han kan ikke selv tage kolben. Ham derinde (peger på en seddel på bordet), ham tror de har en perforeret tarm. Han fik noget Stesolid, og i hver fald fik de smertedækket ham.”*

Sygeplejerske 4: "Hvor gammel er han?"

Nattevagt: "83, han har recidiv."

Sygeplejerske 4: "Mette hun er syg i aftenvag, den nye aftenvag."

Rutineret sygeplejerske 2 møder, sætter sig og ser på sedlen på bordet.

Nattevagt: "Han er vågen, stadigvæk dopet, der er noget i hans stomi, der har ellers været dødt, dødt."

Rutineret sygeplejerske 2: "Og Ole NN?"

Nattevagt: "Man har lagt et kateter. John – klarer sig selv, der kommer stadigvæk noget der ligner flødeskum..."

Rutineret sygeplejerske 2: "Har han en basis?"

Nattevagt: "Jeg er ikke inde i det, jeg må være dig svar skyldig, det er ikke ført den der, for jeg har taget ned.."

Rutineret sygeplejerske 2: "Det er noget rigtig, rigtig rod."

Nattevagt: "Men han skal ned til en gastroskopi når han er skyllet ren."

Rutineret sygeplejerske 2: "Er der en plan med det skyl? Vand ned og sætte til sug?"

Nattevagt: "Nej, vi trækker op med en janet sprøjte, i starten var det grumset vand, efterhånden som vi kommer ned bliver det sådan noget øllebrød, det tager 20 minutter at skylle ham."

Nattevagten forlader kontoret. [...]

Rutineret sygeplejerske 2: "Jeg er nødt til at ha overblikket, når NN ikke er her."

Sygeplejerske 4 og social og sundhedsassistent 2 sidder afventende med hver deres seddel, de drikker kaffe og tager noter efterhånden som den rutineret sygeplejerske gennemgår patienterne og læser op.[...]

Rutineret sygeplejerske 2: "Nå Morten, ham du ved,"

Sygeplejerske 4: "Godt at han blev indlagt."

Rutineret sygeplejerske 2 læser højt: "Kom på orlov i weekenden, ind til daglige skifting. Ondt i maven, fik akut stomistop.."

Sygeplejerske 4: "Åh nej kan næsten ikke holde ud at tænke på .."

Rutineret sygeplejerske 2: "Det er ikke helt godt med ham."

Portør kommer ind på kontoret: "Birthe hun er etter."

Rutineret sygeplejerske 2: "Hun ligger i 64 [...]"

Rutineret sygeplejerske 2: "Aksel"

Sygeplejerske 4: "Ham kender jeg ikke,"

*Rutineret sygeplejerske 2 læser højt: ”Overflyttet pga. pladsproblemer, gastroskopi udskudt pga. føderester, sparsomme tarmlyde, sonde til sug, indimellem brænden i epigastriet. Scorer 1-2. Nå, han kommer ind med akut abdomen, har pacemaker. Kan ikke ligge ned, får maveindhold i munden. Pacemaker 2006, 3 afføringer, får Laktulose og Laxoberal. Køber selv ind laver selv mad, spiser lidt knækbrød og suppe. Han har reflux. Vant til a tage morfin, har ikke taget sine aftenpiller” – Hvis han har et kateter, fjerner vi det bare.”*

Den rituelle oplæsning af journalerne har flere funktioner. Læsningen er en bureaukratisk kontrol af nattevagtens notater og arbejde. Læsningen fremhæver de arbejdsopgaver, som er udført og giver overblik og indsigt i arbejdsopgaver, som skal videreføres. Endelig giver gennemlæsning af skemaer og journaler gruppen mulighed for at identificere nye arbejdsopgaver. Under læsningen sidder gruppemedlemmerne og noterer arbejdsopgaver og opmærksomhedsområder ned, og specifikke hensyn og arbejdsopgaver fremhæves af den rutinerede sygeplejerske. I højt læsningen fokuseres der gennemgående på patienters placering i sengeafdelingen, de diagnoser eller operationstyper, som er skrevet på journal ark og akutseddel ud for hvert patientnavn. Der fokuseres på kategorier som patienternes alder, kost, afføringsmønster, temperatur, mobilisering, hjælpe behov, væskebehandling, kvalme og smerter. I relation til nogle patienter fremhæves alle kategorier, for andre patienters vedkommende fremhæves blot enkelte.

Kategorier som diagnose, operationstype, mobilisering og kost kan relateres til forskellige typer af patientforløb eller regimer, som gruppens medlemmer følger i arbejdet med patienterne. Afføringsmønster, kvalme, temperatur, væskebehandling og hjælpe behov kan relateres til mulige afvigelser i forhold til forventelige tilstande og forløb. I interviewene giver respondenterne udtryk for, at kategorierne oplyser om, hvor langt patienterne er i forløbet efter operationerne.

### **Arbejdsdeling – gang, gulv og kontor**

Arbejdet i sengeafsnittet ledes af sygeplejersker. I respondenternes tale kan identificeres en differentiering af arbejdet i forhold til to lokaliteter, i arbejde på kontoret og i arbejde på ”gangen eller gulvet”. Det manuelle arbejde med patienterne finder sted på gangen/gulvet og er lavt differentieret, her kan iagttages en lav grad af arbejdsdeling mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

De største forskelle i de to faggruppers arbejde er, at sygeplejerskerne bruger mere tid på at give medicin til patienterne. Det er sygeplejerskerne, som har den kognitive kontrol med arbejdet på

gulvet. Er der afvigelser fra det forventede, kontaktes altid en sygeplejerske, som træffer beslutning om de videre forholdsregler. Det administrative arbejde er lokaliseret til kontoret, og her er sygeplejerskerne også den dominerende faggruppe.

*Hospitalssygeplejerske: "Man kan ha to funktioner, i dagtimerne man kan enten være på gangen, som man siger, eller man kan ha den der administrative gruppelederfunktion som sygeplejerske. Og dem der er på gangen, ja men det er tit, er det dem der ser observationerne først. Og så er det dem, der altså får rettet henvendelse til gruppelederen sådan at, at der kan ske nogle handlinger. Fordi gruppelederen ikke altid har mulighed for at observere det direkte selv æææææ. Så også på den måde gør vi hinanden obs. på hvad der sker, fordi man ikke kan være alle vegne på en gang, ik også."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

På kontoret er faggrænserne mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skarpt optrukne. Sygeplejerskerne dominerer det administrative arbejde, og få rutineprægede arbejdsopgaver uddelegeres til social- og sundhedsassistenterne. Sygeplejerskernes arbejde er differentieret i forhold til manuelt og administrativt arbejde, og der er en række specialfunktioner, som kun bestrides af sygeplejerskerne. Der er sygeplejersker, som tager imod patienter, sygeplejersker, som har mellemlider funktioner, og sygeplejersker, som arbejder i stomiambulatoriet. Respondenterne forventer samstemmende, at der i fremtiden vil blive flere specialfunktioner, som sygeplejerskerne vil varetage. Begrundelserne for denne forventning er mangfoldige. Æstetiske argumenter, som fremføres, er, at specialfunktionerne giver adspredelse og mulighed for fordybelse i arbejdet. Specialfunktionerne oprettes som personalepolitisk strategi til at fastholde rutinerede sygeplejersker i sengeafsnittet, idet der følger særlige løntillæg og forskellige goder med nogle af funktionerne:

*Hospitalssygeplejerske 2: "Nu sidder jeg jo også og tager imod patienter. Og jeg har også noget sygeplejeambulatorium en gang imellem, og det er da helt sikkert. At man skal være lidt på, at der er nogle dage, hvor man stort set ikke rigtigt kommer ind og får snakket med de andre. Øøø og det er klart at det betyder da noget også, men til gengæld giver de der funktioner jo øø en kontakt udadtil, til nogle andre altså, relaterede afdelinger, vores ambulatorier og kan også være at de andre afdelinger ik. Som jeg så synes er en gevinst også, at man får sat ansigter på og får lavet samarbejde med nogle andre."*

[...]

*Hospitalssygeplejerske 2: "Nu kan jeg, taler jeg lidt for mig selv selvfølgelig, men jeg oplever da, at når de her specialfunktioner er blevet lavet, at dem der ligesom har fået dem, har jo som regel været nogen af dem, der har noget erfaring eller, har sådan kunnet snakke om det til*

*medarbejdersamtalen. At "Hvad er behovet og hvad ønsker du". At det dels har givet dem noget, den her gejst, at man har fået den der altså, at man ligesom kan fordybe sig i ligesom noget andet, får mulighed for det at se sig selv koncentreret om et andet område og så synes jeg at der har været udfordringer, det har været spændende." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Specialfunktionerne opfattes som attraktive, og de sygeplejersker, som bestrider funktionerne, nyder respekt blandt de yngre sygeplejersker, som står på spring for at overtage specialfunktioner. Blandt de yngre sygeplejersker problematiseres det forhold, at de rutinerede kolleger "ikke så tit er på gangen". Social- og sundhedsassistenterne problematiserer tilsvarende dette forhold og fremhæver, at specialisterne mister følingen med arbejdet på gulvet.

### **Arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker**

Arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker er institutionaliseret i sengeafdelingen. I de accelererede forløb fremgår det af materialet, at en række beslutninger om pleje og behandling er fastsat på forhånd. Patienterne opereres efter fastsatte principper og gennemgår efterfølgende standardiseret efterbehandling. Af lægerne tildeles patienterne fastsatte "pakker", bestemte fastlagte forberedelsesprogrammer, operationsprogrammer og efterbehandlingsprogrammer. Lægerne ordinerer pakkerne til patienterne, hvilket afleder en række standardiserede arbejdsopgaver, som sygeplejerskerne rutinemæssigt udfører. Læger og sygeplejersker gennemgår i fællesskab patienterne. Det er kun, hvis der er afvigelser i patienternes tilstand, at der justeres ved pakkerne – det er afvigelser i det planlagte, som udløser kontakt til lægerne, ellers varetager sygeplejerskerne forløbene som planlagt.

Læger og sygeplejersker er gensidigt afhængige af hinanden i arbejdet med patienterne i sengeafsnittet. Hierarkiseringen mellem læger og sygeplejersker afspejles i den formelle arbejdsdeling mellem de to faggrupper, som er baseret på lægernes monopol på diagnosticering, ordination af undersøgelse og behandling. Sygeplejerskerne har ansvar for plejen af patienterne efter operationen og for at udføre de undersøgelses- og behandlingsopgaver, som ordineres af læger, eller som udstikkes i standardplanerne. Faggrænserne er materialiseret i lægejournalen, hvor det kun er læger, der angiver diagnoser og behandling. Sygeplejerskerne fastholder i deres dokumenter informationer til brug for diagnosticeringer og behandlinger, samtidig med at de fastholder informationer om de undersøgelser og behandlinger, som de udfører på vegne af lægerne.

Arbejdsdelingen kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne i løbet af hele arbejdsdagen arbejder og opholder sig i sengeafsnittet sammen med patienterne. Ganske få af Gastroenhedens læger har deres daglige gang i sengeafsnittet. Lægerne arbejder og opholder sig kun i sengeafsnittet for at holde kaffepauser, træffe beslutninger, stille diagnoser eller videregive informationer til patienter.

Arbejdsdelingen imellem læger og sygeplejersker er primært baseret på forskelle i de to faggruppers formelle kompetencer som medicinalpersoner. Lægers monopol på retten til at ordinere behandling og sygeplejerskernes selvstændige forvaltning og administration af den ordinerede behandling er materialiseret i de to faggruppers brug af forskellige journalsystemer, hvor læger skriver i lægejournaler og sygeplejersker skriver i sygeplejejournaler. Forskelle i formelle kompetencer er materialiseret i de to faggruppers forskellige adgang til det elektroniske medicinprogram.

Sygeplejerskernes adgang til medicinalprogrammet er begrænset til, at de kan åbne programmet, at de kan se, hvilken medicin der er ordineret, og hvornår medicinen skal gives. Sygeplejerskerne har ret til at administrere medicinen, og de kan markere i systemet, at medicinen er givet til patienterne. Lægernes adgang til medicinprogrammet giver mulighed for at ordinere medicin, foretage ændringer i præparater, dosis, administrationsform og i de tidsintervaller, som medicinen kan administreres inden for.

I observationsmaterialet er der en række eksempler på, at de professionelle håndhæver princippet om lægernes arbejdsmonopol. På den anden side er der i materialet tegn på, at begge faggrupper samtidig har en pragmatisk tilgang til den formelle arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker. Lægernes domæne er dog til forhandling:

Observationsnotat:

*Hospitalssygeplejerske og en læges sidder sammen om computer og foretager justeringer i patienternes medicin:*

*Læge: "Sådan, nu får hun Bricanyl."*

*Læge: "2 sengen skal hun ha en colonpakke?"*

*Hospitalssygeplejerske: "Nej det vil jeg gerne ... Det kan ikke betale sig, så skal vi ind og rette hele tiden."*

*Læge: "Skal vi så beholde epiet 3 døgn? Det er den 23. i dag, hun skal først ha det ud d. 25. kl. 8."*

*Hospitalssygeplejerske: "Ja, og hvis du vil rette hendes administrations måde, hun står B! Du har glemt Kaleorid, det står som B!"*

*Læge: "Og, så vil du ha.... Den vil du ha til at stå som A? (sygeplejersken nikker)"*

*Hospitalssygeplejerske: "Hun skal ha noget p - , hun ikke ha Nobligan."*

*Læge: "Morfin? Skal du ha det som injektion?"*

*Hospitalssygeplejerske: "Ja, så kan vi altid lave om på det"*

Blandt sygeplejerskerne argumenteres der for at bryde lægernes arbejdsmonopol ved at referere til irritation, effektiv udnyttelse af ressourcer, moralsk forpligtigelse overfor patienter, solidaritet med lægerne og erfaringsviden. Om ordinationer og arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker hedder det:

*Hospitalssygeplejerske 2: "Altså, der, ku jeg forstille mig at også I gør ... Der trodser vi det lidt nogen gange, systemet. Og siger: Vi ved jo godt at den her patient har ond og vi ved også godt at det her først er fra i morgen, men øø vi gir det altså nu, og så må det blive efterordineres. Vores erfaringer gør, at man går ind og handler lidt selv på nogle punkter, inden for en given grænse ikke. Altså, det er jo det.. øø men det bliver vi simpelthen nødt til, øøø også for at skåne forvagten, altså undskyld jeg siger det. (Hospitalssygeplejerske 1: mmmm ja)"*

*Hospitalssygeplejerske 1: "F.eks medicinsystemet øøø, det, det hedder sig, at det er lægens ansvar. Og i hvert fald mit store irritationsmoment kan være, ofte at det egentligt bliver vores ansvar hvis det ikke bliver ajourført. Hvis ikke de rigtige ting bliver ordineret af dem, det er kun lægerne der kan ordinere medicinen og sådan er det j. Men altså, det kan ikke altid lade sig gøre, at man kan få fat i en læge, når man så mangler en og så må vi trodse systemet lidt en gang. Altså øøø ja, hvis man synes at man kan være med til det men - så man er afhængig af andre faggrupper, meget (Hospitalssygeplejerske 2: Ja)." (Udskrift fra fokusgruppeinterview)*

Sygeplejerskerne udfordrer åbenlyst lægernes jurisdiktion i arbejdet. Der er særligt tale om udfordringer af ordinationsretten. Lægerne medvirker til processen ved at delegere arbejdsopgaver til sygeplejerskerne. De to faggrupper er gensidigt afhængige i arbejdet, men det er et gennemgående træk, at lægerne suverænt fastholder den kognitive kontrol med arbejdet i sengeafsnittet, og at lægerne til enhver tid kan gøre krav på arbejdsopgaverne ved at omdefinere ordinationer og diagnoser.

### **Hierarki i arbejdet**

De hierarkiske strukturer i arbejdet er klare. Arbejdet i sengeafsnittet er grundlæggende underordnet og baseret på at facilitere lægelig behandling, og som sådan er arbejdet underlagt lægernes kognitive kontrol. Det er et gennemgående hierarkisk princip, at arbejdet i sengeafsnittet døgnet



rundt ledes af sygeplejersker, og at gruppen af sygeplejersker har et delegeret ansvar for arbejdet. Der er arbejdsfunktioner, som eksklusivt varetages af sygeplejerskerne i sengeafsnittet. Sygeplejersker leder og delegerer arbejdet i arbejdsgrupperne. Sygeplejerskerne står primært for det administrative arbejde, kontakt til og samarbejde med lægerne, og sygeplejersker har den kognitive kontrol med administration og udførelse af en række lægelige ordinationer. Når der i arbejdsgruppen opstår tvivlsspørgsmål og afvigelser fra det planlagte i arbejdet med patienterne, konfereres der mellem sygeplejerskerne, og det er sygeplejerskerne, som beslutter, om der skal tilkaldes assistance fra lægerne.

Arbejdsdelingen på gangen er lavt differentieret, men sygeplejerskerne har den kognitive kontrol med arbejdet, og det er sygeplejerskerne, som delegerer arbejdet, og det er sygeplejerskerne, som har ret til at gribe ind og ”overruler” sygehjælpernes og social- og sundhedsassistenternes arbejde.

### **Commitment til arbejdsplads og regimer**

I stillingsannoncer præsenteres sengeafsnittet som en del af den ”accelererede paraply”. Personalegruppen beskrives som kvalitetsbevidst og arbejdet som præget af solidt mono- og tværfagligt samarbejde. Sengeafsnittet præsenteres som en del af landets største mavetarmkirurgiske afdelinger. Nyansatte tilbydes systematiserede oplærings- og introduktionsprogrammer i det kirurgiske speciale. Det fremgår endvidere af stillingsannoncer, at sengeafsnittets kapacitet står foran en udvidelse. Af interviewene fremgår det, at respondenterne generelt er stolte af deres arbejdsplads. Arbejdspladsen anses for at indtage en prominent position inden for accelereret kirurgi. Respondenterne fremhæver arbejdspladsens særlige kvaliteter og ry samt personlige præferencer som begrundelse for deres valg af ansættelsessted. Det fremføres, at der på arbejdspladsen er et særligt drive og en motivation, der pågår faglig udvikling, kvaliteter som medvirker til at fastholde og rekruttere personale:

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Ja, jo men altså det ligger, det synes jeg, det ligger da i baghovedet. At det her en er af de mest øøø, hvad skal man sige, mest førende, at vi er nogle af de mest førende specialister på det her område. Og netop det accelererede patientforløb er jo ved at blive RIGTIG, eller igennem de sidste par år har været blevet internationalt kendt, ikke øø både i England og i Tyskland og også i USA. Hvor, hvor de er blevet inspireret af den måde vi har plejen på ikke - men også operationerne. [...]”*

*Hospitalssygeplejerske 5: ”Men jeg, jeg har jo også arbejdet med det her før. Jeg kom fra et andet sygehus hvor det skulle til at blive implementeret [...] Jeg var med til at implementere det, men det*

*var ikke, det kom aldrig sådan helt op at køre, jeg så ikke den længere proces af det. Så det var for mig, var det virkelig godt at komme hertil, fordi jeg ville få det fulde indblik i, hvad det vil sige, og jeg synes også, at det er superspændende. [...]*”

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Og jeg bor i den anden ende af landet endnu ik – altså jeg tager langt for og... kommer hertil.”*

*Hospitalssygeplejerske 5: ”Ja og jeg bor også langt væk.”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Og det er fordi der er et rigtigt godt sammenhold her, og nogle specialister både inden for læger og sygeplejersker, nogen man kan lære af og man kan virkelig udvikle her, udvikle sig her og der er ikke noget jeg lige kan finde andre steder.”*

*Niels: ”Du nikker?”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Ja og jeg bor ti minutter fra et provinshospital og det ville være meget oplagt, hvis jeg arbejdede der, men jeg har jo valgt her, fordi at tage den transport herind fordi jeg synes, nu er jeg lige blevet ansat ikke, men det jeg synes at jobbeskrivelsen var superspændende og lød som netop en afdeling, hvor der er en rivende udvikling i gang.” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Respondenterne udviser en høj grad af commitment og medejerskab til de regimer, som arbejdet er struktureret i forhold til. I respondenternes tale om arbejdet fremhæves konkrete erfaringer med de accelererede princippers effektivitet, og at regimerne medvirker til, at respondenterne oplever et flow i arbejdet. Det fremhæves, at de accelererede principper betyder afveksling i form af stor udskiftning blandt patienterne, og at den minutiøse beskrivelse af arbejdsopgaver i dokumenter gør det relativt enkelt at lære for nye kolleger.

*Nyuddannet hospitalssygeplejerske: ”Men øøø altså jeg, jeg brænder for det accelererede patientforløb, jeg har også arbejdet med det før, jeg har været med til at implementere det i en afdeling, så jeg synes jo at det er en superspændende, måde øøø plejemæssigt at det her kan lade sig gøre – og jeg synes at det er meget positivt, at opleve at patienter, som immervæk går igennem nogle rimelig store operationer, kan gå hjem velbefindende tre dage efter, det siger mig, når patienterne går hjem tre dage efter det her, det er virkelig noget der virker” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

På den anden side fremhæver særligt de rutinerede sygeplejersker, at arbejdet med de accelererede patientforløb kan være trivielt. De rutinerede fremhæver, at det er en kvalitet ved arbejdspladsen, at der både indlægges patienter til accelererede og komplicerede og uforudsigelige forløb i sengeafsnittet. Rutineringen af de accelererede forløb medfører en risiko for, at ”man falder i søvn”, og det fremhæves som en central udfordring i arbejdet at have erfaring til at kunne se

afvigelser i de accelererede forløb. I sengeafsnittet efterspørges sygeplejersker, som har erfaring og rutine i arbejdet. De erfarne sygeplejersker beskriver, at ”*kunsten*” i arbejdet særligt kan relateres til to forhold. Det er en kunst at ”*se den individuelle patient*”, og det er en kunst ”*at forholde sig kritisk og at forbedre forløbene*”. ”*Kunsten at se den individuelle patient*” knyttes an til æstetisk og etisk funderede interesser i at tage individuelle hensyn til patienterne i arbejdet samt at anskue patienterne som personer og ikke blot som cases i fastlagte forløb. Interessen begrundes også med konkret og abstrakt teknisk viden og videnskabelig viden, som sætter den rutinerede professionelle i stand til at identificere individuelle variationer i patienternes tilstand, og som afvigelser fra det forventede.

”*Kunsten at forholde sig kritisk*” refererer dels til, at professionelle, som er bærere af en vis mængde erfaringer, i mindre grad end urutinerede er i stand til at handle mere frit i forhold til regelviden. Den erfarne er i stand til at improvisere og sætte sig ud over regler. Kunsten at være kritisk relateres ligeledes til en moralsk forpligtigelse og til at udvikle og forbedre de regimer, som guider arbejdet:

*Rutineret hospitalssygeplejerske 1: ”Og der, der ser jeg da helt klart som svagheden at, at i og med, at vi er meget er optaget i dagligdagen af det instrumentelle og at: ”Første dagen skal du det, og anden dagen skal du det osv.”. Ja, men så, alt så det kan blive meget, at vi så glemmer det enkelte menneske og psyken og måden og komme igennem et forløb på osv.*

*Kan vi, kan vi overse eller ikke spørge ind til. ... Men det synes jeg, vi har fokus på, altså også i forbindelse med at, at der er nogen, nogen få, der tager imod og vi er ved at gøre en del ud af ved det med udskrivelse osv. Altså at, at der bliver snakket til den enkelte patient om at de føler, at de er i centrum men, men det er virkelig svagheden synes jeg, øø at de bliver et nummer i rækken, eller et nummer i det her forløb.”*

*Rutineret hospitalssygeplejerske 3: ”Rigtigt, fordi, altså en af styrkerne er jo for de nye [sygeplejersker] og de sådan ret unge, der ikke kender det så godt, at det er nemt at gå til. Og de får husket at være inde om alle områderne, men svagheden er netop det der med at forholde sig kritiske til de har plejeplaner.*

*Fordi det er individuelt og der kan man jo så, altså der, afdelingens styrke er så bl.a., at der er mange garvede personer både, sygehjælper, assistenter og sygeplejersker, som kan støtte de, de nye i det ikke. Men helt klart en svaghed at, at så ryger...” så gør man det på første, og det på anden og det...”*

*Rutineret hospitalssygeplejerske 2: ”... på tredjedagen... og måske nogen patienter skal ikke hjem på tredje dagen men...”*

*Rutineret hospitalssygeplejerske 3: "Og nogen skal måske ikke have fjernet det kateter men det og det, eller andre ting og sager (ja ja) Netop, at man får, forholdt sig kritisk i forhold til den enkelte patient og deres anamnese.."*

*Rutineret hospitalssygeplejerske 1: "Nogen gange, eller jeg tænker lige øøø "smerteproblematik", især ungen mennesker kan have enormt ondt, fordi de har en lav smertetærskel osv. Og nogen gange kan det være et problem, fordi at man, ja men: "Det står her at, eller .... du skal ikke ha så ond som du har altså". Sådan ligger det nærmest i kortene ik og at, der skal vi huske, at se den enkelte og dens.. og hvordan den enkelte oplever det, det var det.."*

*Rutineret hospitalssygeplejerske 2: "For vi kan jo sagtens gøre det, altså det er ikke det, men kunsten er hele tiden at få det forbedret: Øøø for ellers er der det, er jo det der er så vigtigt, at man hele tiden, får forholdt sig kritisk til det og ser de nye muligheder der kan være..." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Social- og sundhedsassistenterne fremfører nærmest identiske argumenter som begrundelse for, at de generelt vurderer de accelererede regimer positivt:

*Social og sundhedsassistent 1: "Altså styrker, det vil jeg sige helt klart, at patienterne kommer hurtigt igennem (Ja) ØØ de kommer hjem øøø."*

*Social og sundhedsassistent 2: "De bliver hurtigere raske."*

*Social og sundhedsassistent 1: "Ja,"*

*Social og sundhedsassistent 2: "Slet og ret"*

*Social og sundhedsassistent 1: "ØØ det som kan, altså hvad hedder det øø, der godt kan gå ind, det er at man skal passe på ikke at, at man bare kører efter planene. Men at man ligesom ser på patienten og siger: "Ja, men fr. Jensen er altså ikke klar til at komme hjem på tredjedagen" At man ikke bare skal sørge for at den her statistik holder, at de kommer hjem på tredjedagen. Men at man ligesom sørger for at sige, hvad er det for en person man har med og gøre her, altså sige: "Fr. Jensen, hun er sgu træt og hun har lige brug for en dag ekstra..." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Dog problematiseres en tendens til slavisk at følge regimerne. Social- og sundhedsassistenterne peger på, at nogle patienter er for svage til at følge standarderne. Her peger gruppen på, at social- og sundhedsassistenterne har en særlig forpligtigelse til at gribe ind og overbevise repræsentanter for de dominerende faggrupper om, at udskrivelse eller mobilisering ikke altid kan gennemføres som planlagt. Her argumenteres ved at referere til konkret teknisk og etisk viden:

Niels: "Hvordan finder man så ud at patienterne ikke kan følge programmet? Hvordan ... Hvem finder ud af det?"

Social og sundhedsassistent 1: "Ja, men, det, det kan man f.eks. altså. Hvis nu at man står, ja det er dem der er på gangen ikke..."

Social og sundhedsassistent 2: "Det gør vi"

Social og sundhedsassistent 1: "Jeg kan sige: "Fru Jensen hun har kastet op i to dage og hun er bare svag ikke, slet ikke, hun kan ikke holde noget i sig" Og så sige: "Ved I hvad, vi kan simpelthen ikke sende hende hjem"

Social og sundhedsassistent 2: "Det kan godt være, at hun skal sidde oppe to gange to timer, men det blir ikke i dag" ...

Social og sundhedsassistent 1: "Nej, så går vi ind og begrundet hvorfor, (ja) ikke og siger: "Hun kan simpelthen ikke komme hjem i morgen, (ja) altså vi, vi må gi hende en ekstra dag". Ikke og det lytter de til og det gør lægerne også.."

Social og sundhedsassistent 2: "Ja, ja det gør de"

Social og sundhedsassistent 1: "Det, det er de blevet. Altså hvor vi siger: "Det her, det kan vi simpelthen ikke stå ind for" Vel! Øø og så giver man folk, eller folk siger: "Jeg er simpelthen så træt, jeg kan næsten ikke overskue" Fint, altså: "Vi ser det an til i morgen." (Udskrift af fokusgruppeinterview)

## Regelmæssigheder i relationer mellem vidensformer i materialet

### Abstrakt viden er lokaliseret i dokumenter

I sygeplejerskernes modtagelsesarbejde, manuelle arbejde og udskrivelsesarbejde indgår på tværs af materialet en række nøgledokumenter. Der er identificeret forskellige typer dokumenter, skemaer til indsamling af oplysninger, logbøger/journaler over udført og planlagt arbejde, manualer som beskriver forløb og procedurer eller kombinationer af forskellige typer af dokumenter. Det er et fælles træk, at dokumenterne i deres grundstruktur og indhold er konstrueret og forfattet af aktører, typisk specialister, arbejdsgrupper eller specialenheder, som er perifere i forhold til arbejdspladserne og de professionelle, som benytter sig af dokumenterne. Et andet centralt træk er, at dokumenterne beskrives som gennemtestede, kvalitetskontrollerede eller konstrueret på baggrund af (global gyldig) evidensbaseret viden. Centrale eksterne producenter af dokumenter og manualer til brug inden for accelererede operationsforløb er Enhed for Perioperativ Sygepleje ved Rigshospitalet, en institution, hvor der på baggrund af litteratursøgninger udarbejdes kliniske

vejledninger ([www.periopsygepleje.dk](http://www.periopsygepleje.dk)). Sundhedsstyrelsen er en central producent af anvisninger for kliniske retningslinjer i relation til rehabilitering af kroniske sygdomme (Sundhedsstyrelsen, 2001, 2003). De observerede har typisk indirekte eller ingen kontakt med disse aktører, og de observerede har ingen formel indflydelse på dokumenternes indhold og opbygning. Det er gennemgående, at dokumenterne er baseret på abstrakt teknisk, logistisk og etisk viden, som de observerede er forpligtet til at reproducere i arbejdet. De observerede er i deres ansættelsesforhold formelt forpligtet til at følge anvisninger i dokumenterne. De er forpligtet til at udfylde dokumenterne i overensstemmelse med de regler, som er gældende på arbejdspladsen, og det kontrolleres systematisk, i hvilken udstrækning ansatte efterlever anvisninger i dokumenter og regler for journalføring.<sup>50</sup> I sundhedsvæsnets institutioner er det udbredt, at der afholdes lokal ”audit”, det vil sige kvalitetskontroller. I disse kontroller indgår bl.a. systematiske evalueringer af journalføring og udfyldelse af skemaer for at evaluere, om skemaer og procedurer er blevet fulgt af medarbejderne og for at evaluere, om skemaer og procedurer fungerer efter hensigten.<sup>51</sup>

Af materialet fremgår det, at de observerede legitimerer handlinger ved at henvise til dokumenter, og at dokumenter generelt tilskrives global gyldighed. Dokumenternes gyldighed understreges ved, at de indtager en prominent rolle i rutiner og ritualer i arbejdet. Der læses højt af dokumenter under møder, på møder diskuteres mulige fortolkninger af dokumenters indhold, de observerede indprenter sig anvisninger i dokumenter, førend de begynder det manuelle arbejde. Nyansatte sendes på introducerende kurser og gennemgår formaliserede oplæringsprogrammer til dokumenter, manualer og procedurer. De observerede værner om dokumenterne, tager sikkerhedskopier og afventer ”ankomst” af dokumenter, førend de kan begynde på en procedure osv. De observeredes forklaringer på, at dokumenter tilskrives global gyldighed, er, at der er udbredt erfaring med, at dokumenter ”virker”. De nøgledokumenter, som er indsamlet, beskrives som effektive redskaber til både at lære at varetage arbejdet og som effektive redskaber til at huske, ”*hvad der skal ske i løbet af en dag*”. Dokumenter beskrives som effektive redskaber til at få overblik over komplicerede procedurer i en travl arbejdsdag, og dokumenter beskrives som teknologier, der benyttes af den enkelte sygeplejerske til at løse op for vanskelige situationer:

---

<sup>50</sup> Det er en integreret del i hovedparten af dokumenterne, at de ansatte skal identificere sig, underskrive dokumenter eller ”sætte initialer”.

<sup>51</sup> Se fx Sundhedsstyrelsen. Bedre mad til syge: Erfaringer fra 14 puljeprojekter .  
([http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Ernaering/Underernaering/BMTS\\_rapport.aspx](http://www.sst.dk/Sundhed%20og%20forebyggelse/Ernaering/Underernaering/BMTS_rapport.aspx))

*Centersygeplejerske: "For jeg synes også, at skemaet kan være et en god indfaldsvinkel til en samtale med patienten. At hvis man oplever patienten er lidt usikker eller lidt nervøs ved samtalen eller et eller andet, så kan det være rart for patienten, at der nogle, ligesom helt konkrete ting, vi starter med at høre om. Og så kan man spørge ind til nogle af tingene, hvis man nu f.eks. har, spurgt lidt konkret: "Får du hjemmesygepleje?", "Ja det gør jer", "Nå, hvad får du hjemmesygepleje til?", Og, så derigennem åbne en dybere samtale om hvordan oplever patienten det, at være kronisk syg f.eks. Og ikke kun det vedkommende kan, så jeg synes det [skemaet] kan også være en hjælp til". (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

En common sense forklaring på, at dokumenter tilskrives global gyldighed, kan være, at de observerede principielt kan drages personligt til ansvar for manglende efterlevelse af procedurer, og at minutiøst efterlevelse af anvisninger i dokumenter er en effektiv strategi til at undgå kritik og eventuelle sanktioner. En anden forklaring på, at dokumenter tilskrives stor gyldighed, kunne være, at dokumenter er produceret af eksterne aktører, som tilskrives stor faglig autoritet.

I et distanceret perspektiv kan årsagen til, at dokumenter tilskrives som kilde til reproduktion af global gyldig viden, forklares ved, at nøgledokumenter fremtræder som institutionaliserede alliancer mellem forskellige vidensformer, som hver især påberåber sig global gyldighed. Legitimering af handlinger med henvisning til dokumenter trækker derfor på flere, samtidige sandheder.

I dokumenter indtager teknisk viden en suveræn position for arbejdets legitimering. Abstrakt teknisk og global gyldig viden i dokumenter legitimerer de professionelles definitioner af sagsforhold i arbejdet, og teknisk viden i dokumenter legitimerer de måder, hvorpå arbejdet udføres af professionelle. I dokumenter optræder teknisk viden i kraftfulde alliancer med logistisk og etisk viden. Den logistiske viden tilskrives global gyldighed i legitimering af rækkefølger af procedurer og i lokalisering af delelementer som nødvendige, globale forudsætninger for, at produktionen, det vil sige konglomeratet af teknisk, manuelle procedurer, overhovedet kan gennemføres. Hertil kommer en alliance med abstrakt og global gyldig etisk viden, som legitimerer de handlinger, som er knyttet til teknisk, manuelle procedurer. Endelig benyttes nøgledokumenter til at fastholde lokalt produceret teknisk og logistisk viden og dokumenter. Korrekt udfyldte dokumenter er dels bevis for, at arbejdet er udført og dels bevis for, at arbejdet er udført i overensstemmelse med gyldig regelviden.

Eksempel på respondenters uafhængige beskrivelse af nøgledokumenter i to fokusgrupper, som ligger til grund for en tolkning af, at der i materialet kan påvises kraftige alliancer mellem vidensformer i dokumenter:

*Hospitalssygeplejerske 4 : ”Ja men, for det første står det jo på vores akutsedler, akutsedlerne er der, alle patienterne står på i de to forskellige grupper. Og dør står det hvilken dag de er på, og øø så normalt så plejer vi også at læse det højt, og ellers så når vi gennemgår papirerne, så først så læser vi jo op hvem patienten er, og øøø hvor patienten kommer fra, pårørende og alder osv. Så går vi jo ind og læser hvad patienten er opereret for og så videre inde i plejeplanerne, så står der jo også hvilken dag. Vi læser jo ikke fra første dag, så læser vi fra det foregående døgn om morgenen og der står det hvilken dag patienten er fra, så læser vi det jo op der [...]”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Men hvis ikke vi har sagt det, så står det jo på den akutseddel, som alle får udleveret, det er jo ALLE i ens gruppe der får udleveret den og så kan automatisk se det jo..”*  
(Udskrifter af fokusgruppeinterviews)

Et særligt interessant fund i tilslutning til sygeplejerskers brug af dokumenter er, at det blik, som konstrueres i dokumenter og manualer, ikke kan opfattes som et ”rent” klinisk blik, hvor menneskekroppen er objekt for produktion af sand viden gennem observation og intervention, tolkning af symptomer og deduktivt afledte overvejelser over udfald (Foucault, 2000). Den viden, som reproduceres via dokumenter, er i højere grad en hybrid bestående af biologisk viden samt teknisk, prognostisk viden om effektiv efterlevelse af praktikker, hvor tegn, som knyttes til procedurer og lokaliteter, identificeres og tilsammen indgår i en særlig lokal semiotik konstrueret omkring rutinisering og standardisering af produktionsprocesser. De professionelle identificerer tegn ved konkrete produktionsforløb snarere end tegn om konkrete kroppes biologi og legitimerer deduktioner og fortolkninger ved at referere til global, gyldig teknisk og logistisk viden:

*Hospitalssygeplejerske 3: ”Vi bruger det ellers, man tænker det ellers meget, ikke! Hvor langt er de henne? Nå, men OK førstedagen, så skal vi lige være opmærksomme på det, eller: ”Nu er vi på tiende dagen, Ok så skal suturerne fjernes eller ...”*

*Hospitalssygeplejerske 1: ”Til rapport kan vi finde på at sige: ”Nå, kateteret skal fjernes, øøø og det er jo fordi, at man kan se, at ...”*

*Hospitalssygeplejerske 2: ”At der står ”tredje dag” eller... OG så VED man også, at hvis du [er] i gruppe 6<sup>52</sup> ... ”Sonden er taget” og ”kateteret er fjernet til morgen” Fint! så ved vi vedkommende er førstedag altså, det ligger fuldstændigt indgroet...”. (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

---

<sup>52</sup> Den del af sengeafdelingen, hvor patienter indlægges til planlagte og standardiserede forløb.



## **Logistisk viden har stor autoritet og indgår i alliancer med økonomisk og teknisk viden**

Eksempel på at en alliance imellem logistisk viden og andre vidensformer dominerer teknisk og videnskabelig viden:

Observationsnotat:

*Læge og sygeplejerske gennemgår patienter. Lægen sidder med en journal i hånden og henvender sig til sygeplejersken:*

*Læge: "Ny patient? [skal han behandles med] Pantoloc?"*

*Sygeplejerske: "Nej, ham skal du bare flytte – han er kørt i 5 døgn-afsnittet"*

*Læge: "Han har en hæmoglobin på 5,1! Spørgsmålet om han skal ha noget...[blod]"*

*Sygeplejerske: "Han hører til i 5-døgn. Nu får vi gang i den scanning, så vi kan..."*

*Læge: "Hvis han går i ... så skal han da opereres..."*

*Lægen rækker journalen mod sygeplejersken.*

*Sygeplejersken reagerer ikke, tager en anden journal i stedet og siger:*

*"Hvorfor har ham her så meget reflux? [...]"*

Det citerede indledes med en teknisk klassifikation af effekt/ikke effekt af et medicinsk præparat og en videnskabelig klassifikation, der knytter sig til, at det er et sandt udsagn, at blodprocenten er lav. De tekniske og videnskabelige ræsonnementer overtrumfes af en logistisk klassifikation i form af et argument om, at patienten er lokaliseret forkert i hospitalet. Der fremføres en kobling imellem teknisk og videnskabelig viden som modargumentet, men alliancen imellem videnskabelige og tekniske ræsonnementer formår ikke i situationen at overtrumfe autoriteten af logistisk viden og det på trods af, at den logistiske viden bæres ind i forhandlingen af en repræsentant fra en domineret gruppe.

Eksemplet illustrerer, hvordan et teknisk argument om, at blødende patienter skal opereres kombineret med et videnskabeligt argument, objektiv sand viden om patientens lave blodprocent, tilsammen har mindre gyldighed end et logistisk argument om patientens rette placering i

hospitalsbureaukratiet.<sup>53</sup> Det logistisk funderede argument er, at patienten hører til i et afsnit, hvor der arbejdes med patienter med uafklarede diagnoser. Der er ikke tilrettelagt et præcist behandlingsforløb, og derfor skal patienten flyttes. I en makroøkonomisk kontekst indgår det logistiske argument en stærk og uovervindelig alliance med økonomisk viden. Der ræsonneres i forlængelse af, at det sparer ressourcer og fremmer hospitalers produktion ved at adskille planlagte og akutte behandlinger. Patienter med akutte lidelser og uafklarede behandlingsplaner hører ikke til i en sengeafdeling, hvor der arbejdes med produktion af planlagte forløb. Sekvensen kan udlægges som et paradeeksempel på spatialisering, eksklusionsmekanismer og håndhævelse af forbud i tale. Lægen er i sin gode ret til at udrede og behandle patienten, men det kommer ikke til at foregå med sygeplejerskens medvirken, for hun er fokuseret på og loyal overfor afdelingens kernefunktion, planlagte og standardiserede forløb. De tekniske og videnskabelige argumenter vedrørende patientens blødning og behandling kan lægen derimod fremføre med langt større autoritet i en anden af hospitalets afdelinger.

Der kan identificeres stærke alliancer imellem logistisk viden, økonomisk og teknisk viden. Alliancerne optræder i ræsonnaler, som tilskrives stor betydning for den bureaukratiske effektivitet. Alliancen med økonomisk viden knytter sig til effektiv udnyttelse af tid og effektiv udnyttelse af produktionsmidler, og alliancen med teknisk viden er knyttet til effektiv produktion.

Alliancen med teknisk viden knytter sig til, at en række delelementer er nødvendige, for at det overhovedet er muligt at foretage forskellige tekniske operationer for at løse bestemte typer problemer.

I materialet er der tegn på, at selvom logistisk viden har stor autoritet i interaktionen og fremføres med stort held af sygeplejersker, så tillægges eller genkendes logistisk viden ikke som attraktiv viden af de menige sygeplejersker. Sygeplejerskerne beskriver i ambivalente vendinger de daglige arbejdsfunktioner, hvor der reproduceres og produceres logistisk viden. På den ene side desavoueres arbejdsfunktionerne som ”sekretærarbejde” eller som ”koordinering”, som forhindrer sygeplejerskerne i at udføre ”rigtigt” sygeplejerskearbejde. Hvert det ”rigtige” arbejde består, står hen i det uvisse, men det er oplagt at ”rigtigt” sygeplejerskearbejde, ifølge de observerede, ideelt set

---

<sup>53</sup> Argumenter, som er begrundet i logistik og ressourcer, er dukket op i historier i dagspressen, som beretter om, hvordan svært syge og døende patienter flyttes rundt imellem landets hospitaler med henvisning til mangel på intensive sengepladser.

ikke bør legitimeres med henvisning til logistisk viden. I materialet er der en række tegn på, at logistisk viden af sygeplejerskerne anses for at være en mindre betydningsfuld vidensform, som indtager en perifer position i sygeplejerskernes oplevelse af egen faglighed.

Dette står i nogen kontrast til, at der i materialet generelt efterspørges lokal, konkret logistisk viden. Nyansatte beklager manglende indsigt i forløb og procedurer og begrundet oplevelse af stress i arbejdet netop med manglende viden om lokale procedurer. Som led i introduktion og uddannelse af ansatte arrangeres studiebesøg i andre institutioner som strategi til at generere logistisk indsigt. På møder diskuteres nye tiltag, og de vurderes i forhold til, om de anses som mere eller mindre hensigtsmæssige for tilrettelæggelse af produktionen. Tilsvarende forekommer det paradoksalt, at sygeplejersker, som beskrives som ”projektsygeplejersker”, ”ressourcepersoner” og ”gruppeledere”, der netop er bærere af logistisk viden eller beskæftiget med at producere og udvikle produktionsstandarder, generelt tilskrives stor autoritet af respondenterne.

Ses ambivalenser overfor logistisk viden i en makropolitisk kontekst forekommer de tilsvarende paradoksale, idet tilrettelæggelse af patientforløb, medicinsk teknologivurdering og udarbejdelse af nationale standarder, og rationel arbejdstilrettelæggelse er strategier for produktion i sundhedsvæsenet, som generelt tilskrives stor autoritet af den politiske magt.

Sygeplejerskernes faglige organisation demonstrerer gennem en række publikationer, at viden om effektiv tilrettelæggelse af forløb betragtes som en central kilde til legitimering af sygeplejerskearbejde. Det vurderes, at sygeplejersker fremover vil/bør arbejde som koordinatore af forløb i institutioner og som koordinator af forløb på tværs af sektorer og institutioner. Det anbefales således i en publikation, at der skal udvikles og udbredes kendskab til anvendelse af ”patientpakker” og patientforløb, således at ressourcer kan anvendes bedre, og at patienters og professionelles spild af tid undgås.<sup>54</sup> Det hedder i en publikation, som DSR og Danske Regioner i fællesskab har udgivet:

*”Sygehusene arbejder allerede målrettet med initiativer, der kan skabe sammenhængende patientforløb – blandt andet via diagnostiske pakker, accelererede forløb, kontaktpersonordninger og forløbskoordinatorer.*

*Målet er:*

---

<sup>54</sup> DSR og Sundhedskartellet: Kvalitetsreform: Syv fikspunkter for fremtidens sundhedsvæsen, 2007.

- *At patienten oplever, at der er sammenhæng i forløbet.*
- *At sygehusene på forhånd har planlagt så meget.*
- *At akutte patient kan indgå i et velplanlagt forløb.*

*At der sker en systematisk vidensopsamling og videndeling om, hvad der virker bedst. Det kan ske både regionalt og på det enkelte sygehus.*

*[...] Kernen i accelereret sygepleje og behandling er forskning og evidensbaseret viden om ikke blot den bedste operations- og anæstesiform, men også om smertebehandling, ernæring, mobilisering, organisering, patienttilfredshed og patientinformation. Derfor er det afgørende, at accelererede patientforløb bliver tilrettelagt og organiseret i et tværfagligt samarbejde, hvor der bl.a. er fokus på: inddragelse af patienten som aktiv medaktør, intensiv information*

*[...] Nogle hospitaler har allerede ansat sygeplejersker som forløbskoordinatorer. Der er gode erfaringer med, at fx en kræftafdeling ansætter en veluddannet sygeplejerske med stor erfaring inden for specialiet. Den specialeansvarlige sygeplejerske sikrer, at patientens forløb bliver planlagt optimalt, og at patienten oplever en individualiseret og personlig kommunikation og målrettet information. (Dansk Sygeplejeråd og Danske Regioner: Sammenhængende patientforløb – et udviklingsfelt. 2008)*

### **Teknisk viden reproduceres og produceres i udvekslinger mellem de observerede**

I materialet kan det påvises, at teknisk viden produceres og reproduceres i forskellige typer af udvekslinger mellem de observerede. Teknisk viden reproduceres gennem formelle og uformelle forhandlinger og rådslagninger. Produktion af konkret, personbåren teknisk viden finder sted i formelle og uformelle erfaringsudvekslinger. Reproduktion og produktion af kunnen finder sted gennem sidemandsoplæring og igennem rutinisering og gentagelse af arbejdsfunktioner.

Formel reproduktion af teknisk viden finder sted under fastlagte undervisnings- eller mødeaktiviteter, hvor der læses højt og rådføres med dokumenter, eller hvor problemer fremlægges i konkrete eller anekdotiske former, og hvor der instrueres i problemløsninger. Reproduktion af viden kan have et rituelt eller symbolsk islæt, og der kan typisk identificeres flere og samvirkende interaktionslinjer, hvor interesserne kan knytte sig til læring, aflastning i arbejdet, effektiv og korrekt problemløsning.

En anden interaktionslinje, knyttet til at professionelle rådfører sig med hinanden, handler om vedligeholdelse af eksisterende dominansforhold. Den professionelle, som søger råd, demonstrerer, at vedkommende anerkender at være underlagt faglig autoritet. Ved at rådføre sig viser den professionelle, at vedkommende ikke udfordrer bæreren af den kognitive kontrol. Konsultation

antager en rituel karakter i dele af materialet og fremtræder som en hyppig anvendt startegi til at befæste dominansrelationer og kognitiv kontrol i arbejdet.

Faglig anerkendelse gennem symbolsk og rituel rådslagning kan identificeres i interaktioner mellem repræsentanter for forskellige faggrupper; læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. De kan identificeres i interaktion mellem medlemmer af samme faggruppe, typisk hvor urutinerede rådfører sig med rutinerede.

### **Etisk viden fremføres som konkurrerende vidensform, etisk viden har konsekvent mindst autoritet**

En gennemgående figur er, at der som indledning til en sekvens fremføres et argument, som henviser til konkret eller abstrakt etisk viden, og efterfølgende underkendes autoriteten af etisk viden med henvisning til en anden vidensform eller med henvisning til en alliance imellem flere vidensformer:

Observationsnotat:

*Centersygeplejerske ringer forgæves til en patient, for at aftale en afsluttende samtale, centersygeplejerske henvendt til observatøren:*

*”Hendes [patientens] datter har fået kræft, så hun har afbrudt forløbet. Hun magter det ikke i øjeblikket. Vi skal afslutte hende, så vi kan få det registreret. Jeg skal også skrive epikrise til egen læge. Hun var så glad for at komme her – vil gerne tage det op senere. Men magter ikke at komme til afsluttende samtale. Jeg ringer til hende i næste uge, hun skal afsluttes ordentligt. Det er ikke nok, at hun har været meget tilfreds, hun skal afsluttes. Det skal ikke være sådan, at hun bare kan gentage forløbet.”*

*Observatør: ”Så hun slipper ikke?”*

*Centersygeplejerske: ”Nej, også af hensyn til registrering og egen læge.”*

I det citerede tillægges en alliance imellem teknisk og økonomisk viden om registrering af producerede sundhedsydelse og formel bureaukratisk regelviden om kommunikation imellem aktører i sundhedsvæsenet større gyldighed end konkret æstetisk og etisk viden om en patients livssituation.

Abstrakt etisk viden underordnes tilsvarende af en alliance imellem konkret økonomisk og teknisk viden om lokal arbejdsdeling og tilrettelæggelse af produktion:

*Rutineret sygeplejerske A: "Første dagen skal du det, og anden dagen skal du det osv.". Ja, men så, alt så det kan blive meget, at vi så glemmer det enkelte menneske og psyken og måden og komme igennem et forløb på osv. Kan vi, kan vi overse eller ikke spørge ind til. (Niels Ja) Men det synes jeg, vi har fokus på, altså også i forbindelse med at, at der er nogen, nogen få, der tager imod og vi er ved at gøre en del ud af ved det med udskrivelse osv. Altså at, at der bliver snakket til den enkelte patient om at de føler, at de er i centrum men, men det er virkelig svagheden synes jeg, øø at de bliver et nummer i rækken, eller et nummer i det her forløb."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Konkret økonomisk og teknisk viden om de ressourcer, der er til rådighed i produktionen i form af arbejdskraft og den tekniske tilrettelæggelse af produktionen (arbejdsdeling), har større autoritet end abstrakt etisk viden. I det citerede underordnes autoriteten af abstrakt etisk viden med henvisning til konkret teknisk og økonomisk viden, som knytter sig til den lokale arbejdsdeling, idet der henvises til, at udvalgte medlemmer af gruppen varetager arbejdsopgaver, som er begrundet i etisk viden.

### **Alliancer imellem konkret æstetisk viden og teknisk og økonomisk viden**

Der er en alliancer imellem konkret æstetisk viden og de tekniske og økonomiske vidensformer. Alliancerne kommer til udtryk i sekvenser, hvor respondenterne argumenterer i forlængelse af præferencer. Typisk drejer det sig om, hvad respondenterne finder interessant eller frustrerende ved arbejdspladsen og arbejdet:

*Hospitalssygeplejerske 4: "Og så gir det også bare et eller andet, jeg ved ikke, men der hvor jeg var før, der havde vi jo de accelererede øøø plejeforløb til at starte med, og man kan virkelig mærke, sådan det er en, en helt anden stemning der er i sådan den her afdeling [...] fordi det gør et eller andet, at man øøø det gir en et andet kick. Fordi at når man plejer den der patient i tre dage, man starter, man følger patienten fra start til slut, oftest så øø kan man også risikere at møde dem ved indlæggelsessamtalen eller ved, ved øø en elektiv samtale, og man vinker farvel til dem og de har det fint og de går. Og så modtager man en ny, og det gør at man aldrig kommer til at kede sig ved det accelererede. (Niels: OK) Overhovedet ikke!"* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

I det citerede ses en kobling imellem respondentens interesser i at opleve flow og variation i arbejdet og teknisk (og/eller bureaukratisk) effektivitet.

Æstetisk viden i form af erfaringer med personlige frustrationer i forhold til ikke at kunne legitimere arbejdet ved at kunne henvise generaliseret teknisk viden:

*Centersygeplejerske 1: ”Jeg synes det er skide irriterende (De griner ja). Ja, jeg synes at det er irriterende at vores indsats ikke kan dokumenteres af lægen. Men jeg er heller ikke sikker på at ikke kan dokumenteres. Jeg er bare ikke sikker på at der er nogen der har lavet forskning i det, fordi så meget livsstilsændringsforskning er, der jo heller ikke lavet i forhold til sygeplejersker, hvor meget har der været. Altså hvor meget indsats har der været af sygeplejersker i den retning – (Sukker)”*  
(Udskrift af fokusgruppeinterview)

### **Æstetisk viden knyttes til præferencer i arbejdet og lokale faglige fællesskaber**

Ud fra et common sense perspektiv er det relativt indlysende, at der i materialet kan findes en overvægt af referencer til konkret æstetisk viden i form af argumentationstyper, der refererer til respondenternes præferencer i forhold til arbejde og arbejdspladser. Overvægten af henvisninger til arbejde og arbejdspladser som sagsforhold skyldes undersøgelsens fokus, hvilket særligt er tydeligt i interviewmaterialet, hvor de interviewede netop er opfordret til at vurdere og forhandle disse forhold, hvorfor der er produceret empirisk materiale, som både belyser ambivalenser og præferencer i arbejdet. Det er tydeligt, at commitment til arbejde og loyalitet mod samt stolthed over arbejdsplads og kolleger tilskrives stor udsagnskraft blandt respondenterne, ligesom at de professionelles ambivalenser tilskrives stor udsagnskraft.

I de dokumenter, som anvendes af sygeplejersker i arbejdet, indsamles systematisk konkret æstetisk viden om patienternes oplevelse af forløbene. Der er tale om systematiseret dataindsamling til evaluering af patienttilfredshed. Det fremgår af materialet, at disse evalueringer har medført, at der er foretaget ændringer i procedurer på de to arbejdspladser, hvorfor generel æstetisk viden om patienters præferencer tilskrives autoritet.

Det kan på den anden side forekomme overraskende, at æstetisk viden tilsvarende indtager en underordnet rolle i de professionelles manuelle arbejde med konkrete patienter, da æstetisk viden fremhæves i sygeplejeteoriene som vigtig viden i arbejdet med patienter. Hos Chinn og Kramer (2005) beskrives æstetisk viden som en potentiel kilde til indlevelse og kreativ problemløsning. Og hos Nightingale (1995) beskrives æstetisk viden som en væsentlig tilgang til at understøtte og facilitere adspredelse og naturlige helbredelsesprocesser.

## **Abstrakt teknisk viden dominerer konkret viden**

Af observationsmaterialet fremgår det, at sygeplejerskerne systematisk rådfører sig med manualer og dokumenter igennem arbejdsdagen, og det er gennemgående, at sygeplejerskernes interaktion med patienter er guidet af dokumenter. Og i de dokumenter, som overordnet beskriver sygeplejerskernes arbejde på de to arbejdspladser, fremhæves, at der skal arbejdes efter fastsatte, ensartede retningslinjer:

*”For at udvikle og sikre kvaliteten i rehabiliteringsindsatsen og sikre kommunikationen sektorerne imellem, bør organisationen opbygge en læringscyklus.*

*Det tværfaglige sundhedspersonale i Sundhedscentret skal uddannes i de specifikke forhold omkring rehabilitering for de enkelte sygdomskategorier.*

[...]

*Undervisningen skal koordineres mellem de fire indsatsområder for det samlede projekt. Indholdet i undervisningen skal planlægges i detaljer, herunder det pædagogiske indhold samt budget.*

*Undervisning af personale foretages dels for at have fælles faglige referencer sektorerne imellem dels for at optimere kommunikationen patient og behandler.” (Projektbeskrivelse for etablering af Sundhedscenteret)*

I interviewudskrifterne diskuterer sygeplejerskerne styrker og svagheder ved at lade sig guide af manualer.

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Det vil sige, hvilke tiltag skal der til ifølge plejeplanen, og i forhold til den ... hvad patienten er blevet opereret for - der skal f.eks. øøø ”hvad siger sygeplejen” ... Nu så tænker jeg sådan lige på det rent praktiske ik. (Niels: ja) Der skal fjernes kateteret førstedagen, og der skal fjernes epiduralkateter på anden dagen, og de skal normalt udskrives på tredjedagen, og opstart på den og den smertebehandling på anden dagen, hvor epiduralkateteret bliver fjernet og hvornår den må begynde og spise og ...”*

[...]

*Hospitalssygeplejerske 5: ” Og man kommer hele vejen rundt omkring patienten, der er ikke noget man glemmer (4: NEJ) Altså det kan man jo godt gøre, men man kommer hele vejen rundt, folk er jo inde og tjekke op i løbet af dagen, øøø om man er nået det hele”*

[...]

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Du er også meget hurtigere til at dokumentere, du bruger ikke så meget tid på, fordi nogle ting. De der plejerplaner, så skal du, nogen steder hvis alt er OK, så kan du sætte*



*et kryds, du skal ikke sidde og skrive: dut, dut, dut, dut. Plus at du kommer hele vejen rund om patienten altså på den måde..”*

*Hospitalssygeplejerske 3: ”På den måde ...”*

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Man har altså allerede været opmærksomme på hvad skal man rundt omkring (ved) denne her patient. Hvad skal man i hvert fald have tænkt på?”*

*Hospitalssygeplejerske 3: ”Så på den, på den måde bliver det sådan mere ensartet ik, (ja, ja) Og så bliver det kunsten også at få kigget på det individuelle, men at man i hvert fald er sikker på, at man har været igennem de her områder (ja ja)”. (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Dokumenterne har typisk to overordnede tekniske funktioner. De fungerer som arbejdsanvisninger og som evalueringsredskaber.<sup>55</sup> Dokumenterne er bygget op som detaljerede manualer, som sygeplejerskerne guides af i arbejdet, og dokumenterne benyttes som teknologier til at evaluere effekten af arbejdet og til at evaluere om arbejdet er udført, og om det er udført i overensstemmelse med fastlagte procedure. Langt hovedparten af de dokumenter, som benyttes som manualer og evalueringsredskaber af sygeplejerskerne i arbejdet, er udarbejdet af specialister og styregrupper. Der er inddraget eksterne aktører, som er forankret i kliniske forskningsinstitutioner i udarbejdelsen af manualerne.

Dokumenterne har særlige betegnelser, og de inddrages rituellet i den sociale interaktion og tillægges stor autoritet, hvilket afspejles i de måder, hvorpå informanterne interagerer med dokumenterne. Et eksempel på dokumenters strukturerende funktion beskrives i de sekvenser i materialet, som er produceret i relation til samtaler med patienter (eller interviews) som indledning til forløb.

Indlæggelsesdokumenterne fungerer som tekniske manualer for, hvordan interviewene skal forløbe, hvilke emner som skal berøres, rækkefølge af spørgsmål mv. Manualerne er strukturerende for, hvordan sygeplejerskerne fastholder de informationer, som genereres under interviewene. Selv om samtalerne finder sted imellem forskellige sygeplejersker og forskellige patienter, så fremtræder indrulleringssamtalerne stort set identisk i hver af de to cases.

---

<sup>55</sup> Fokusområder og detaljeringsgrader i dokumenterne varierer, men grundlæggende har dokumenterne identisk funktion i de to cases.

Referencerne til teknisk viden er meget fremherskende i de dokumenter, som sygeplejerskerne benytter i arbejdet, og inddragelse af dokumenter i arbejdet betragtes som eksempler på reproduktion af teknisk viden i sygeplejerskernes arbejde.

Ud fra et professionsteoretisk synspunkt kunne man forvente at finde tegn på modstand i materialet imod en høj grad af strukturering af arbejdet. Strukturering og definition af professionelles arbejde beskrives i litteraturen som deprofessionalisering, underminering af professionel autonomi i form af en indramning af det professionelle skøn med medfølgende tab og desavouering af diskretionær viden. I materialet er der imidlertid tegn på, at indhegningen af sygeplejerskers arbejde med teknisk regelviden betragtes som en kvalitet. Studier af lægers erfaringer med at arbejde med kliniske retningslinjer understøtter fundene i denne undersøgelse:<sup>56</sup>

*Hospitalssygeplejerske 4: "Og en anden ting, som jeg synes er en rigtig god fordel, det er ved de standardplejeplaner, som følger det accelererede forløb, fordi det jeg synes det gør, det er at man får virkelig en struktureret sygepleje, det er nemt at få et overblik, der er kontinuitet i sygeplejen. Det er det samme der sker, altså hver dag, vi ved alle sammen, hvad det er der skal ske, det er lige til at gå ind, og det er lige til at slå op. Plus at vi så også har sygeplejersker specialiseret i og ...vores projektsygepleje til ... jeg ved ikke, om vi kan kalde hende "vores sygeplejerske" længere, men hun er inde og lave standardiserede plejeplaner og oversigter over hvad de her plejeplaner betyder i det enkelte, så det er superlet. Også for de nye og få et over blik og det synes jeg er rigtig stor fordel (Hospitalssygeplejerske 5: Mmmm) Det gør virkelig ens arbejdet strukturer og nemt (Hospitalssygeplejerske 5: Jo) ik og det er jo også til gavn for patienten, og så samtidig gennem.. der har vi jo en masse viden omkring det, og det hjælper også over for patienterne, at vi kan argumentere for hvorfor at det er så vigtigt, at de skal mobiliseres og ernæres og komme ud af sengen, og komme hjem tre dage efter operationen ik." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I eksemplet styrkes autoriteten af det tekniske argument gennem en alliance med konkret økonomisk og æstetisk viden. Der henvises til erfaringer med, at arbejdet er nemt at udføre. Andetsteds argumenteres der med henvisning til, at det betragtes som en kvalitet ved manualerne, at det er enkelt for nye medarbejdere at lære sig arbejdspladsens faste procedurer. Andetsteds i materialet udtrykkes ambivalenser i forhold til entydigt at tillægge den dokumentbaserede reproduktion af teknisk viden størst autoritet:

---

<sup>56</sup> McDonald & Harrison (2004). The Micropolitics of Clinical Guidelines. An empirical study. Policy and Politics.

*Centersygeplejerske 1: "Med noget, med hvordan de skal træne, det har været der, har været, det har været sådan helt forkromet, ude fra NN Hospital hvordan det skal være. Det er så ved at blive ændret, fordi man har set, at der skal nogle ændringer til. Og det har været meget frustrerende i starten her. Vi ville ikke få det ud af det, og der altså, fordi hvis vi skulle køre det på deres måde, så ville nogle af vores patienter ikke passe ind.... Der bliver man nødt til at køre efter de retningslinjer der er. Vi er nødt til at være tro mod det, så længe vi er i evalueringsfasen ikke. Selvom vi måske ved noget andet, og det kan da være frustrerende..."*

[...]

*ja i forhold til de retningslinjer, som jo lidt, ikke, er kommet oppefra, for det er jo også nogle mennesker med en viden, som har siddet, det er jo NN, som har den kompetence til at gøre det, som har arbejdet med det i mange år. Men derfor så er virkeligheden ikke altid det samme." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I forhold til den relativt høje struktureringsgrad af indlæggelsessamtaler argumenteres der nuanceret for problematikken. Interviewguiden medvirker til, at samtalerne gøres upersonlige, og kontakten til patienterne formaliseres, hvilket både betragtes som en kvalitet og som et problem. Det er erfaringen, at manualerne kan lette arbejdet. Manualerne sikrer, at de "kommer hele vejen rundt omkring patienten". I materialet hedder det, at manualer gør det lettere for sygeplejerskerne at stille spørgsmål, som de selv betragter som indiskrete eller grænseoverskridende. Konkret æstetisk og etisk viden underordnes teknisk autoritet med henvisning til manualernes globale gyldighed. (Sygeplejerskerne beskriver, at deres forpligtigelse til slavisk at følge manualerne betyder, at de oplever at være frikendt eller løst for personligt ansvar i forhold til de handlinger, som de udfører).

*Centersygeplejerske 2: "Jeg synes, at det er et meget upersonligt skema. For mig er det et upersonligt skema, på en eller anden måde, fordi jeg synes, at det er meget vores data. Jeg får ikke indtryk af hvis jeg nu ikke læser, men bare de her spørgsmål. Jeg får ikke indtryk af, hvad synes patienten selv om situationen. Øøøø jeg får mere konkrete data at vide, som jeg selvfølgelig også kan bruge til videre vurdering. Men jeg synes, at der mangler et eller andet der siger mig, hvad er det for en person, jeg har med at gøre - Og netop på det psykiske og det sociale, at der var nogle spørgsmål, måske lidt mere uddybende ikke."*

*Centersygeplejerske 2: "Jeg synes, at det kan være lidt problematisk, hvis nogle af de lidt bedre patienter og skulle igennem... jeg bliver nødt til at spørge. Jeg kan ikke tage noget for givet, men jeg skal jo spørge: "Er du faldet inden for de sidste år". Det er sådan lidt, æææææ, at skulle spørge en kvinde på 47 om. Som har diabetes og lidt forhøjet blodtryk, om hun er faldet inden for det sidste år. (Centersygeplejerske 1: Det er rigtigt). Det kan nogen gange virke sådan lidt ... Men det skal jeg spørge om, fordi det er jo en data, altså det bliver jo registreret. Så jeg opfatter, at det skal jeg*

*spørge om, og det synes jeg kan være lidt malplaceret. Plus at jeg lige skal spørge- jeg spørger måske ikke altid- om de har hjemmepleje, hvis jeg ved, at de er erhvervsaktive osv.*

*Men i bund og grund, så skal jeg faktisk, jeg kan jo ikke bare sætte ”ja” eller ”nej” uden at have spurgt. Og det er dèr, hvor jeg synes at skemaet kan være sådan lidt... at det skal favne bredt. Det skal både være den dårlige kol patient du har dèr. Men det skal også være den selvstændige erhvervsdrivende, som lige har fået konstateret diabetes og har ... er i vildrede fordi han ikke ved, hvad han skal spise... ”*

*Centersygeplejerske: ”Ja, men jeg har oplevet det ved patienter, som ikke er særligt talende. Og så kan det være godt at bløde det lidt op, så kan det være at efterhånden som personen slapper af, at der kommer mere snak.[...] det, men det gør, det lidt nemmere, hvis det er en person der har lidt afstand, og er lidt bange og ikke helt ved ”Hvorfor er jeg her?”. Sådan, så kan det være en hjælp at man er sådan lidt skematiseret. Og så kan det åbne op efterhånden for de områder der måske er, er som fylder mest ikke, så man kan komme på...” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Der er her tale om, at sygeplejersken i udførelsen af arbejdet har tilegnet sig konkret viden om, at strukturerende manualer letter arbejdet. Abstraktionen af den konkrete situation, konverteringen af en situationsbestemt handling, til at være et nødvendigt delelement i et forløb, som er sammensat af sekvenser af handlinger, som er legitimeret i manualens globale gyldighed.

Der tegn i materialet på, at den generaliserede tekniske viden, som er materialiseret i manualer, opleves som teknologier, der styrker sygeplejerskernes faglige autoritet, men det er en styrkelse, som medvirker til, at andre videnstraditioner mister autoritet i arbejdet. Manualerne forenkler arbejdet, det bliver struktureret og mere enkelt at lære. Manualerne beskrives som teknologier, som forenkler udførelse, dokumentation og indlæring af arbejdet. Manualerne benyttes endvidere som teknologi til at skabe distance til patienterne. Beskrivelserne af denne distance til patienterne afspejler en vis ambivalens. Ambivalenserne kommer til udtryk i forhandlinger imellem en position, som refererer til abstrakt æstetisk og etisk viden på den ene side, og en position, som refererer til konkret politisk viden om, at manualerne letter samtale om tabuerede eller angstprovokerende tematikker.<sup>57</sup>

Manualens globale tekniske gyldighed findes i de interviews eller samtaler, som sygeplejerskerne gennemfører som en del af de indrulleringsprocedurer, der finder sted, når patienter starter i forløb. I observationsnotater fra begge cases er der eksempler på, at patienterne under samtalerne stiller

---

<sup>57</sup> Se fx Menzies, L. I. (1959).

sygeplejerskerne spørgsmål, hvortil sygeplejerskerne svarer, at de foretrækker at besvare spørgsmålet på et tidspunkt, som passer bedre ind i den måde, hvorpå samtalen er disponeret. Manualen bliver på den måde et særdeles magtfuldt redskab. Det er kun sygeplejersken, som har indsigt i, hvordan samtalen er disponeret, og patienterne må så prøve sig frem og finde ud af, om deres spørgsmål og interesser passer ind den forudbestemte disposition af mødet. Efterhånden som samtalen skrider frem, noteres oplysninger i skemaet, ligesom der ”krydses” af, om bestemte informationer er givet til patienten.

På tilsvarende måde struktureres eksempelvis motionstræning og testning i sundhedscenteret. Trænings- og testningsforløb struktureres af opbygningen af de dokumenter, som sygeplejerskerne benytter i arbejdet.

### **Alliancer imellem økonomisk og politisk viden**

Lederne på de to arbejdspladser monitorerer forhold vedrørende patienter. I sundhedscenteret handler det om at finde ud af, hvilke læger der henviser patienter til centret – en vidensform, som benyttes strategisk, idet læger, som ikke henviser hyppigt til centret, inviteres til oplysningsmøder i centret.

*Centersygeplejerske: ”Det kan jo godt være om 10-20 år, at man ikke har brug for et sundhedscenter mere, hvis man kan nå at få vendt, kan du sige, lavet så meget borger rettet forebyggelse osv. Man ... ja at man knækker kurven, så kan det da godt være, at der ikke er, altså man mener, at hvis man får udryddet diabetes, så får man sådan set også udryddet hjertesygdomme, ikke. Så, men det tager lige et par dage øøø, men ellers så synes, så jeg jo, at det her er et utrolig godt tilbud, og politikerne og embedsfolkene i kommunen er da også begyndt og sige, at det ikke kun er samfunds.. øøø sundheds økonomisk besparelse. Men at det også er ligefrem er et serviceløft til borgerne. Fordi de har jo indset nu, at det ikke. Altså de to år som øøøø var projektperioden der, er de da begyndt se, at det ikke er sikkert, at de kan se nogle sundhedsøkonomiske besparelser på det. Øøø fordi det er for kort tid, man kan ikke se sundhedsfremme på så kort tid. Langt de fleste af de patienter, der kommer her, har jo ikke haft nogen kontakt med sundhedsvæsnet, det man, man jo gerne ville med det her, var jo at spare på de der 4.000 kr, som man nu skal betale, kommunen skal betale for indlæggelse efter d. 1/7.”*

Klienter klassificeres ud fra alliancer imellem teknisk, videnskabelig og økonomisk viden.

*Sygeplejerske A: "Rækkefølgen vil være, at hun starter træning nu. Og vi skulle have en snak omkring rygestop, i forhold til om hvor motiveret hun er. I første omgang ikke en rygestopsamtale ... men kun for at få afdækket, hvor motiveret hun er. Ud fra det hun sagde, var hun ikke top - motiveret. Jeg snakkede med hende om, at vi kunne nøjes med, at tage en snak om hvornår det skulle være.*

*Og if. diætist, så har der jo været ventetid ... men det vil hun rigtig gerne, hun er undervægtig og småt - spisende. Og vil gerne, om ikke andet, så holde sin vægt. Undervisning kommer hun først på hold i november - december måned og det ved hun godt, det har jeg sagt til hende. Det hold, der kører nu, det kan hun ikke være på".*

På sengeafdelingen kan alliancer mellem økonomisk og politisk viden iagttages i form af interesse i at overvåge antallet af patienter, som kommer fra landsdele, som ligger uden for hospitalets optageområde. Der er tale om interesse i at genere viden, om ekstrairntægter og markedssituationen i andre landsdele.

## Forskelle i materialet – forskelle imellem de to cases

### **Logistisk viden efterspørges særlig i sengeafdelingen**

Logistisk viden er særlig fremherskende i den del af observationsmaterialet, som er produceret på sengeafdelingen.

I det samlede observationsmateriale fra sengeafdelingen er det en gennemgående figur, at de observerede konstant forholder sig til den lokale "sengeøkonomi". Forhandlingerne drejer sig overordnet om effektiv udnyttelse af sengepladser. I forhandlingerne indgår hensyn til aktuelle personaleressourcer samt det antal af akutte og planlagte patienter, som gruppen står foran at skulle modtage, og endelig kalkuleres der med antal ledige og optagne pladser på hospitalets øvrige kirurgiske afdelinger. Imellem de observerede pågår komplicerede forhandlinger om fordelingen af patienterne på gruppens ti sengepladser, samtidig med at gruppens sengepladser indgår i et større spil om den samlede "sengeøkonomi". Forhandlingerne foregår i forhold til sammensatte kriterier, aktørerne henviser i forhandlingerne til tekniske, æstetisk og moralsk autoritet. Det er et gennemgående træk, at det er sygeplejerskerne, særligt gruppelederen, som har myndighed til at træffe beslutninger vedrørende fordelingen af patienterne i gruppen. Ofte er personalet ikke tilfredse med de "sengeøkonomiske" løsninger. I materialet er der eksempler på, at personalet må indgå

kompromisser. Og at de observerede undskylder overfor patienter, at det ikke er muligt at tilbyde hensigtsmæssige sengepladser. Typisk drejer det sig om, at æstetiske hensyn til den enkelte patient må vige til fordel for logistisk/teknisk autoritet.

### **Etisk og æstetisk viden udgrænses**

I materialet fra sengeafdelingen er der tegn på, at æstetisk viden udgrænses. I materialet hedder det, at ”*de bløde sider varetages andetsteds*”. De bløde sider af faget er deponeret hos særligt udvalgte professionelle og situeret i bestemte dele af forløbet. Patienters angst- og tabsreaktioner må varetages andetsteds i organisationen. Tilsvarende er der tegn på i materialet, at der er en udpræget opfattelse af, at etisk viden har gyldighed i bestemte afgrænsede rum. Der er tale om ”tidsmæssige og stedlige øer”, som enkelte sygeplejersker har adgang til. I materialet er der eksempler på, at resignation og erkendelse af, at æstetiske og etiske argumenter ikke har tilstrækkelig autoritet til at begrunde, at der afviges fra faste procedurer og regler for arbejdet. Respondenterne efterlyser bestemte arbejdsopgaver, hvor netop disse former for viden tilskrives gyldighed. I respondenternes tale kan identificeres tegn på, at der pågår tab af viden, som følge af arbejdsdelingen:

*Hospitalssygeplejerske 2: ”Ja, jeg tænker lidt det samme, jeg kan også godt se den der, jeg kan også se den der, det er jo så fordi jeg synes, at man mister noget på gulvet ved man har alle de der specialistfunktioner ikke Altså nu Hospitalssygeplejerske 1, der modtager patienterne ikke. Jeg savner at modtage patienterne f.eks. ikke, når man så går på gulvet eller går stuegang ikke.”*  
(Udskrift af fokusgruppeinterview)

Et andet fordelingsprincip handler om en strategisk interesse i at fastholde erfaren arbejdskraft i gruppen, ved at rutinerede gruppemedlemmer tildeles arbejdsopgaver, som af den enkelte betragtes som personligt afvekslende eller personligt udfordrende. Der pågår en kontinuerlig differentiering i gruppen, en differentiering som er begrundet i tayloriseringen af arbejdet. Differentieringen betragtes som en kvalitet ved arbejdet, kvaliteter som begrundes med henvisning til æstetisk, økonomisk og politisk viden.

Et særligt problem i sengeafdelingen er, at nyansatte skal lære at følge manualerne.

*Niels: ”Ja, hvordan ved man det [hvad der skal ske med patienterne]? Hvorfor ved I det?”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Fordi, det har vi jo lært (Latter)”*

*Hospitalssygeplejerske 5: ”Ja, men altså via vores oplæring ik, fra start på afdelingen og øøø vores introduktion her øø der har vi jo gennemgået alle de her ting. Og man har gennemgået plejeplanerne og ude i plejen har man, en ting er hvad, at der er på første anden eller.. tredje, men hvad vil det sige, at de er fra, fra 0. dagen til tredjedagen og det lærer man jo. Og så det lærer man jo dernæst hvad vil det, hvad skal man være opmærksom på, og hvad vil sygeplejen sige i de forskellige dage. Og altså, det ligger jo i et rigtigt fint introduktionsprogram, men det har jo selvfølgelig taget højde for hvilke kompetencer man kommer med (Niels: OK) Men...”*

*Niels: ”Når du siger ” Hvad vil sygeplejen sige på andendagen” hvad betyder det?”*

*(Hospitalssygeplejerske 4: JA) og det har man som regel ikke, men det er jo en rigtig, det er ligesom en tjekliste nærmest ik. (Hospitalssygeplejerske 4: Ja det er det faktisk det er en tjekliste) Ja, og så bliver de jo også udviklet hele tiden, vi stiller os hele tiden kritisk overfor de her plejeplaner, så bliver de jo tage op en gang imellem. Og man kan sige godt, hvis der er meget i plejeplanerne, men plejeplanerne genspejler sig i jo også ude i den kliniske pleje ikke, fordi jo altså eller omvendt ikke, så går vi ligesom ind og evaluere dem en gang imellem. For at se om der er noget vi skal lave om på, eller ikke lave om på .... og ulemper (Niels: Ja) Der er jo mange flere fordele (4: MMM) ...(Latter)... ja så samtidig med, at de giver plads til øøø. Det, der også er positivt, det er jo også, jeg ved ikke, om jeg har snakket om, det er jo også, at det smitter af på de akutte patienter, og så selvfølgelig de alle mulige andre folk, der er inde og få fjernet en appendicit eller så videre.” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Problemer i forhold til den tekniske viden handler i sengeafdelingen om at evaluere, udvikle og tilegne. Socialisering i de accelererede principper er adgangsbilletten til medlemskab af arbejdsgrupperne i sengeafdelingen. I arbejdsgruppen tilslutter medlemmerne sig de accelererede principper i de måder, de udfører arbejdet på, og i de måder, hvorpå de taler om arbejdet. De accelererede principper fremhæves som særlige for netop denne sengeafdeling, og de accelererede principper fremhæves som noget, der adskiller sengeafdelingen fra andre kirurgiske afdelinger. Det vil næppe være en overdrivelse at tale om, at der på sengeafdelingen er et professionelt dannelsesideal, hvis indhold særligt er bygget op omkring den variant af teknisk viden, som er institutionaliseret i forhold til de accelererede regimer. Knyttet til den accelererede variant af teknisk viden antydes konturerne af en særlig geografi og et videnshierarki.

Geografien kan beskrives gennem en klassisk ”dannelsesfigur”, hvor individet gennem dannelse løftes ind i fællesskabet. Indlemmelse i gruppen forudsætter en accept af gyldigheden af denne tekniske viden, og det viser nyttilkomne ved at lade sig oplære i denne viden og demonstreres ved at følge regimerne i arbejdet. Det faglige fællesskab er afgrænset udadtil i forhold til grupper, som ikke anerkender de accelererede regimers autoritet. Geografien afspejles i nedenstående sekvenser,



hvor respondenterne udtrykker, at de anerkender regimernes autoritet, at de har inkorporeret regimerne, at de har smag for regimerne, og at de distancerer sig til konkurrerende positioner, som tillægger regimerne mindre autoritet:

*Hospitalssygeplejersken 2: "Jeg var på det første hold efteruddannelse, hvor man tydeligt kunne mærke, hvordan folk fra andre hospitaler: "Hvordan kunne det lade sig gøre? Hvordan kan I få patienterne så hurtigt ud af sengene? Hvordan kan det være, at de ikke skal ha noget mere smertestillende?" Og sådan nogle ting - Men hvor det efterhånden ligger i os og det har netop givet grobund for, at man kan det her, med de accelererede forløb, det har smittet af på den andre operationsforløb i afdelingen øø Og så kan man, i og med, at det bare er så implementeret, ja men så får vi tænkt videre. Og det synes jeg, også i forhold til, at hvis man skulle finde ud på en anden afdeling, på et andet hospital. Ja, men vil det ikke være svært at starte et andet sted? Fordi, at man er så langt fremme - på verdensplan rent faktisk, på den her afdeling - ikke. Så ku jeg så helt forene mig med at være på en gas.kir.- afdeling et andet sted? Det tror jeg ikke, jeg kunne, så sku man være nyuddannet, men det der med at det virkelig ligger integreret i en, så havde det givet grobund for, at man egentlig kan udvikle nogle andre ting – altså."*

[...]

*Hospitalssygeplejerske 1: "Jeg kan huske, jeg var på en eller anden kursus, eller i en eller anden sammenhæng engang, jeg tror at det var noget pædagogik - hvor der virkelig fra underviserside, var antipati mod standardiserede pleje og behandlingsforløb. Og det gik meget på det her, at man ville glemme det individuelle menneske øøø ..."* (Udskrift af fokusgruppeinterview)

Internt i sygeplejerskegruppen kan identificeres konturerne af et hierarki, som er afledt af arbejdsdelingen i gruppen, og i hvilken grad medlemmerne har tilegnet sig regimerne. I toppen af hierarkiet er sygeplejersker, som har en specialfunktion, og rutinerede sygeplejersker, og i bunden nytilkomne sygeplejersker. Der skelnes systematisk imellem de rutinerede, "de nye" og sygeplejersker med specialfunktion. Grænserne imellem sygeplejersker med specialfunktion og rutinerede sygeplejersker er flydende. Om nyansatte sygeplejersker hedder det, at de skal oplæres, at de glemmer ting, og at de nye har svært ved "at komme rundt om patienten". I et interview med social- og sundhedsassistenter i sengeafdelingen hedder det, at det er en belastning at arbejde sammen med de "nye". De nye glemmer, og derfor må social- og sundhedsassistenterne, "huske mere og være oppe på dupperne". Særligt social- og sundhedsassistenterne beskriver, at de nye kan opleves som en belastning i arbejdet dels i forhold til, at de nye har brug for støtte og oplæring, og dels fordi de nye sygeplejersker ikke kan tage aften- og nattevagter:

*Social- og sundhedsassistent: "Ja, ja, men på et eller andet tidspunkt, men jeg kan da også godt mærke, øøø som vi også har snakket om, man bliver også træt, det der med at man hele tiden skal være på og hele tiden, skal lære nye mennesker op altså." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Nytilkomne hospitalssygeplejersker taler om, at de investerer tid og kræfter i at tilegne sig teknisk viden. Teknisk viden beskrives af nye sygeplejersker som et værn mod usikkerhed i arbejdet, og at de glæder sig til, at de selv bliver fuldbefarne inden for specialet og vil være "den de andre kommer og spør". Indrulleringen i det faglige fællesskab forgår igennem standardiserede oplærings- og undervisningsprogrammer, sidemandsoplæring og uformel learning by doing.

De rutinerede sygeplejersker omtaler sig selv som dem, der "kender tingene", "de husker", og de "kan kunsten at forholde sig kritisk og se på det individuelle". Fra social- og sundhedsassistenternes position tales der om, at de rutinerede sygeplejersker med specialfunktion i mindre grad passer patienterne, og social- og sundhedsassistenterne taler om, at det kan være en belastning at arbejde sammen med sygeplejersker med specialfunktion. De er ikke effektive samarbejdspartnere, fordi de "efterhånden er så langt væk fra plejen."

Specialfunktioner omtales overordnet i positive vendinger af sygeplejerskegruppen.

Nytilkomne sygeplejersker taler dog i mere ambivalente vendinger om, at sygeplejersker med specialfunktion er perifere i forhold til arbejdsgruppen:

*Niels: "Betyder det, at man kommer ud af arbejdsfællesskabet, hvis man vælger at specialisere sig i afdelingen?"*

*Hospitalssygeplejerske 4: "Nej, det tror jeg ikke det betyder, det gør man ikke, man er jo stadig væk med og vi tage stadigvæk hensyn og de er stadigvæk med til de samme information og så er det jo heller ikke alle dage i uges løb hvor de har funktionen, det er måske to dag den en uge tre dage den anden og så lapper de over med hinanden - så man er stadigvæk med, men i det daglige så er man måske lidt mere fjern fordi man skal varetage plejen omkring de elektive patienter et bestemt sted i afdelingen ikke, så er man lidt fjern fra vores andre ikke."*

*Hospitalssygeplejerske 5: "Jo, fordi der sidder de jo inde bag en lukket dør og snakker med de patienter der skal indlægges ikke, og hvor dem, som er ude i plejen de snakker både ude på gange og på kontoret og har hele tiden sådan både fagligt og sådan socialt hvor man snakker sammen hver dag ikke. Det er, der misser de i hvert fald lidt ik." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Ambivalensen skyldes sandsynligvis, at de nytilkomne på den ene side har en umiddelbar interesse i at arbejde sammen med rutinerede kolleger for at lære og for at blive støttet i arbejde.

Arbejdsdelingen betyder derfor, at de nytilkomne ikke arbejder så tæt sammen med de rutinerede sygeplejersker, som de kunne ønske. På den anden side opfattes specialisering og arbejdsdeling også som en fremtidig mulighed for de nytilkomne sygeplejersker. På sigt vil de ligeledes kunne beklæde en specialfunktion. I materialet fra sengeafdelingen produceres politisk viden, der knytter sig til arbejdsdelingen imellem gruppens sygeplejersker, politisk viden, der knytter sig til at læse muligheder for advancement i det lokale hierarki og ved at argumentere for eget advancement ved at henvise til en professionsetisk forpligtigelse til at dygtiggøre sig. Arbejdsdelingen betyder, at sygeplejerskegruppen er inddelt efter specialfunktioner med tilhørende professionelle roller. Det er mellemledere, modtagende sygeplejer og sygeplejersker, der gennemfører opfølgningssamtaler, projektsygeplejersker, praktikvejledere og sygeplejersker, som har specialiseret sig i ernæring, pleje af kolostomier osv.<sup>58</sup> Ved at følge særlig oplæring i afdelingen eller ved at følge formelle efteruddannelsesprogrammer kan sygeplejerskerne kvalificere sig til at beklæde specialfunktioner. Andre funktioner ”melder man sig til”. Materialet illustrerer kun i begrænset omfang, hvordan specialfunktioner mere præcist fordeles imellem gruppens medlemmer. Dog tyder meget på, at nogle specialfunktioner tildeles efter et ”vacancy princip”:

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Og så ligger der et krav til sygeplejersker om udvikling i, udvikling under ens uddannelse ikke. Altså, det skal man jo også på vist punkt, lige hvornår man gør det, det er jo i forhold til ens kompetencer, og hvor lang tid man har været i faget og der er jo hele tiden noget udvikling i gang. Og det skal jo passe til hvor mange kompetencer man har og hvor man står i ens liv ikke, men det giver da også en anden selvtilfredshed og være med i noget, og noget der lykkes, og være specialist inden for et område udover selve specialet – flere ansvarsområder.”*

*Hospitalssygeplejerske 5: ”Og ha et ansvarsområde, ja, ja.”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Hvornår man lige kan magte det det er jo forskelligt. Og hvor meget man har lyst til. Der jo nogen her, der virkelig involverer sig i rigtig mange forskellige ting, virkelig meget, så kan de jo, så heller ikke nå at fordybe sig i alle områderne. Men det kunne være en fordel og spændende, hvis det var, at man på et tidspunkt kunne deltage i et projekt her..”*

*Hospitalssygeplejerske 5: ”Ja, det vil jeg også gerne engang.”*

*Hospitalssygeplejerske 4: ”Ja, det ville jeg også gerne.”*

*Niels: ”Hvad kunne du ha lyst til?”*

---

<sup>58</sup> Funktioner som kolostomisygeplejerske, mellemleder og projektsygeplejere er defineret som særskilte stillinger med varierende løn og ansættelsesforhold. Til nogle af de øvrige funktioner kan forhandles særskilte løntillæg og/eller arbejdsvilkår, andre funktioner har mere statuskarakter, hvor et gruppe medlem fremhæves som ”ressourceperson”.

*Hospitalssygeplejerske 4: "Ja ... På sigt, på sigt, nu kender jeg jo slet ikke specialet endnu, men på sigt, ja. Så vil jeg sådan da gerne prøve at blive dygtig nogle specielle områder inden for specialet..."*

*Hospitalssygeplejerske 5: "Man kunne også forstille, at på et tidspunkt, at de sygeplejersker der modtager de elektive, at de gerne vil prøve noget andet, eller blive fjerne fra det område (hospitalssygeplejerske 4: Fra den funktion, de har) eller den funktion de har. Så kunne det også være, at man kunne komme ind og overtage en sådan funktion og blive oplært i det, og så prøve det i en periode.." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Blandt de rutinerede sygeplejersker omtales specialistfunktioner overvejende i positive vendinger. Her er perspektivet, at selvom specialfunktioner betyder, at opgaver forsvinder, og at tilknytningen til arbejdsgruppen bliver løsere, så vurderes erhvervelse af specialistfunktionerne generelt som en strategi til at skaffe sig variation og udvikling i arbejdet:

*Hospitalssygeplejerske 2: "Sådan oplever jeg det i hvert fald, ja men der skal jo ske, for at få den der udvikling. For at få den faglige udvikling for en selv, også den faglige udfordring i stedet for, lidt i gåse - øjne, det sammen arbejde, med at gå en stuegang og patienter ind og ud. Altså få de her nye udfordringer, det kan være at sidde i nogle specialfunktioner i afdelingen, hvor man stadigvæk kan bruge sin viden, sin erfaring. Og jeg tror da det er vigtig, at også hvis man skal sige fem år frem, skal holde på noget af det personale, erfarne personale, der er her og generelt holde på det gode, altså personale. At det får de her individuelle udfordringer i afdelingen hvad det så end er de enkelte parter har lyst til."*

[...]

*Hospitalssygeplejerske 2: "Nu sidder jeg jo også og tager imod patienter. Og jeg har også noget sygeplejeambulatorium en gang imellem, og det er da helt sikkert. At man skal være lidt på, at der er nogle dage, hvor man stort set ikke rigtigt kommer ind og får snakket med de andre. Øøø og det er klart at det betyder da noget også, men til gengæld giver de der funktioner jo øø en kontakt udadtil, til nogle andre altså, relaterede afdelinger, vores ambulatorier og kan også være at de andre afdelinger ikk. Som jeg så synes er en gevinst også, at man får sat ansigter på og får lavet samarbejde med nogle andre." (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

### **Underkendelse af den viden som sygeplejerskerne udbyder i sundhedscenteret**

Der er en tendens til, at sygeplejerskerne fremtræder som faglige underdogs i materialet fra sundhedscenteret, hvilket kommer til udtryk ved, at der kan spores en del ambivalenser hos såvel sygeplejersker som fysioterapeuter overfor sygeplejerskernes faglighed. I sekvenser desavouerer

sygeplejerskerne eget arbejde og faglighed. Det hedder, at fagets bløde værdier ikke værdsættes, og at det ikke er muligt at ”måle holde i hånden-effekten”.

Der efterspørges viden, som af respondenterne karakteriseres som ”sundhedspædagogik”.

Respondenterne udtrykker, at de mangler teknisk viden om, hvordan man fastholder patienter i livsstilsændringer, og at de mangler teknisk viden om, hvordan undervisning i livsstilsændringer gennemføres mest effektivt til forskellige grupper af patienter.

Respondenterne skelner imellem ressourcestærke og ressource svage patienter, ligesom der skelnes imellem patienter med forskellige grader af motivation for livsstilsændringer. Der pågår forhandlinger om effektiv tilrettelæggelse af forløb til patientklassifikationerne som udtryk for, at der produceres lokal teknisk viden om tilrettelæggelse af forløb, og som indtænker specifikke karakteristika ved patienter.

Det er gennemgående, at den lokale produktion af erfaringer med effektiv tilrettelæggelse tilskrives ringe status i forhold til evidensbaseret viden. Respondenterne (særligt sygeplejerskerne) efterlyser abstrakt og global gyldig viden til at legitimere arbejdet, specielt efterspørges abstrakt viden om effektiv tilrettelæggelse af rehabiliteringsforløb.

Hierarkiseringen i sundhedscenteret afspejles ved, at fysioterapeuterne på tværs af intentionen om at etablere et tværfagligt samarbejde imellem de to faggrupper, besidder den kognitive kontrol med centrale arbejdsfunktioner i centret, testning og fysisk træning. Og at fysioterapeuterne ikke i nævneværdig grad værdsætter sygeplejerskernes faglighed. Ambivalens over for sygeplejerskernes faglighed kan spores hos fysioterapeuterne i interviewet. På et tidspunkt under et fokusgruppeinterview spørger lederen af centret dem direkte:

*Leder: ”Har I lært noget af sygeplejerskerne?”*

*Fysioterapeut: ”Ja, ja øøøø vil jeg, vil sig, jeg synes jo (rykker stolen tilbage) at synes da også, at vi er pædagogiske, meget **pædagogiske**, inde i vores træning. Men synes da, kan da godt mærke, at det måske er noget som der har været mere fokus på hos sygeplejerskerne. Altså kan man sige, de mere sådan mere bløde ting, øøøø har de haft mere fokus på. Og sygeplejerske NN specielt, synes jeg øøøø er, hun er jo rigtig, rigtig dygtig i forhold til det der med og øøø **føre en samtale**. Jeg lærere utrolig meget af hende øøø øøøø hver gang jeg har en problematik, så synes jeg det er **rigtig godt at vende med hende, ikke**. Dermed sagt at de andre ikke kan, øøø synes også de er rigtig*

*dygtig, men, men det er der hvor jeg synes vi drager rigtig meget på dem, det er sådan hvis man har en eller anden problematik, **et eller andet man ikke kan. ikke rigtig nå ind til sin, sin patient eller kursist, hvad man nu kalder dem.** Der er, har de måske nogle, nogle **bedre samtaleredskaber.**”*  
(Udskrift af fokusgruppeinterview)

På den ene side kan sygeplejerskerne ifølge fysioterapeuten bidrage med noget til det fælles arbejde, som hun betegner som ”det pædagogiske” – at kunne ”nå ind til sin patient eller kursist”/at have gode ”samtaleredskaber”. ”Bløde” evner, som sygeplejerskerne også kan bruge i forhold til deres kolleger, hvis de har brug for at ”vende en problematik”. På den anden side er det først på opfordring, at fysioterapeuten kommer med denne anerkendelse. Tidligere i interviewet efterlyser fysioterapeuterne netop mere viden om sundhedspædagogik i organisationen – men de efterspørger ikke denne viden fra sygeplejerskerne:

*Fysioterapeut: ”Og hvordan skal vi håndtere det sådan rent **sundhedspædagogisk? Hvad er det for en model der er bedst? Er det tavleundervisning? Eller er det ud og opleve verden? Eller hvad er det?**”*

*Øøø og det synes det er virkelig noget vi kommer til at gøre, tror jeg, en masse ud af. Og ikke kun i undervisnings, i undervisningsforløbene der er herinde, men jo også i træningen. For det, nu har vi jo måde at køre træningen på, men det kunne godt være, at det også skulle vendes op og ned. Altså med måske nogle helt andre sund- eller pædagogiske principper. Det ved vi i virkeligheden ikke om det skal.. Og det der så kan være vores problem nu i øjeblikket, det er at det, er **der ikke nogen der ved.** Altså, vi kan ikke, vi kan ikke gå ind og følge et kursus eller vi kan læse om sundhedspædagogik og så noget. **Men vi kan ikke gå ind og finde ud af, hvordan er den bedste måde, at gøre det på, fordi de opgørelser ikke er lavet så, det kan vi ikke.**” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

Fysioterapeutens formuleringer her kan ses som udtryk for konkurrence mellem vidensformer. Når fysioterapeuten taler om det sundhedspædagogiske, efterlyser hun tilsyneladende en form for viden, der er baseret på en naturvidenskabelig videnskabsforståelse. Hun efterlyser ideelt set evidens, der er baseret på randomiserede kontrollerede tests, så der kan siges noget absolut om, hvilke modeller for undervisning, der statistisk set giver den bedste effekt i forhold til bestemte målgrupper. Det betyder ikke, at hun underkender sygeplejerskernes personlige og professionelle kunnen.

Tværtimod, som citatet ovenfor viser. Men det kan betyde, at hun ikke fuldt ud anerkender den form for erfaringsbaseret viden udviklet inden for et mere hermeneutisk eller

fortolkningsvidenskabeligt paradigme, der – ved siden af den naturvidenskabeligt baserede viden – er en væsentlig del af sygeplejerskernes uddannelsesfunderede bagage.

Der er eksempler i materialet på, at sygeplejerskernes tekniske viden på tilsvarende vis ikke anerkendes af fysioterapeuterne. I nedenstående eksempel redegør en fysioterapeut for, at farmakologisk viden ikke hører til blandt de fysioterapeutiske spidskompetencer. På trods af at tværfagligt samarbejde hører til blandt en af centerets kerneværdier, foretrækker fysioterapeuten at rådføre sig med læger frem for at gøre brug af den tekniske viden, som centerets sygeplejersker er bærere af:

*Fysioterapeut: ”Nå men ja, er da ingen tvivl om altså øøø. I forhold til medicin og så videre, der ved jeg ikke særligt meget. Der, der ved jeg ikke særligt meget det er ikke noget, som der ligger på øøø, kan man sige som på grunduddannelsen, når man uddanner fysioterapeuter. Sige, NN er måske lidt bedre rustet, i og med at hun har noget øøø en del års erfaring. Men stadig, men det er jo ikke det som vi har meget, har meget, meget fokus på som fysioterapeut (Leder og NN mmmm).*

*Og man kan sige, selvfølgelig er det relevant, når vi arbejder så tværfagligt som vi gør, og har indledende samtaler øøøø, men altså sådan som det er nu, der bruger vi hinanden.*

*Sådan hvis der er noget, at vi er i tvivl om. Og øøø jeg synes også der har været nogle, synes også, kan man sige nogen vidensspørgsmål oppe, som vi så har taget med lægerne. Vi har faktisk haft dem på temmelig meget overarbejde en gang imellem (stolt de to andre: mmmmm)*

*Øøø hvor de selv har haft svært ved at fortælle hvad det egentlig var der skete. I forhold til diabetes har der været en del, men klart medicinering det, øøø det ved jeg ikke så meget om. Jeg vil sige, jeg bliver klogere og klogere efterhånden, når de her præparater dukker op. Så nu ved jeg hvad de er, (grinen). Men igen, det udvikler sig jo også hele tiden, der komme hele tiden nye præparater så øøø så..” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I materialet fra sundhedscenteret er der en klar dominans af tekniske argumenter, og der er en række eksempler på, at der efterspørges tekniske argumenter i arbejdet, hvilket kommer til udtryk i adskillige koblinger imellem tekniske og æstetiske ræsonnementer:

*Centersygeplejerske 3: ”Vi måler... nu har jeg diabetespatienterne, på hæmoglobin og på....., igen nogle hårde facts. Men altså, vi ved det jo ikke, og det håber jeg meget at vi kan blive bedre til det. Det tror jeg, jeg bliver nødt til at tro på at det virker, ellers kan jeg ikke være engageret i det på den måde jeg er. Men hvis der ikke bliver beviser for det, så er det nemt noget der spares væk. Fordi hvorfor bruge en masse ressourcer på, når vi ikke kan se effekten. (de andre mmmmm)” (Udskrift af fokusgruppeinterview)*

I observationsperioden eksperimenterer sygeplejerskerne med at tilrettelægge arbejdet på forskellige måder. De forsøger sig frem med at benytte lokalerne på forskellig måde. Der produceres konkret økonomisk og teknisk viden om produktion af sundhedsydelser i organisationen, det vil sige viden om, hvad der kan betale sig, og hvad der ikke kan betale sig ud fra tekniske og økonomiske kategorier.



## Opsummering og perspektivering

Undersøgelsen angår efterspørgsel og produktion af viden i sygeplejerskers arbejde. Arbejdet med undersøgelsen og udlægning af de resultater, som kan udledes af undersøgelsen, er underlagt almene grundvilkår for samfundsvidenskabelig virksomhed, nemlig at det sociale er komplekst og foranderligt, at det sociale kan udforskes på forskellige niveauer og ud fra utallige perspektiver. Det er derfor forbundet med usikkerhed at udforske sociale fænomener, at efterprøve fund og at udpege entydige årsagsvirkningsforhold. Det er derfor nødvendigt at *sandsynliggøre* undersøgelsesresultaternes gyldighed ved at henvise til almindelig sund fornuft og gennem empiriske og teoretiske kontekstualiseringer. I min tilgang til sociologisk forskning søger jeg at efterleve Max Webers credo for videnskabelig virksomhed; frit fortolket ind i denne sammenhæng kunne ”læresætningen” lyde:

*Sociologen bør på hæderlig vis redegøre for det perspektiv og de interesser, der ligger til grund for undersøgelsen. I forhold til de frembragte forskningsresultater bør sociologen åbent og ærligt fremlægge undersøgelsesmetoder og resultater. Sociologen må afholde sig fra at udsige, hvilke politikker der bør føres på sygeplejerskeområdet, sociologen kan højst beflitte sig med at redegøre for aktørernes handlemuligheder og at skitsere mulige udfald af de valgmuligheder, der foreligger. (Frit efter Max Weber, 1958 og 1968)*

Der er redegjort for problemstillinger og forbehold knyttet til at producere empiri samt at analysere empirisk materiale i en interaktionistisk begrebsramme.

Der er redegjort for, at det økonomiske grundlag for undersøgelsen er tilvejebragt af Dansk Sygeplejeråd, og at forskeren derfor formelt set er i et økonomisk afhængighedsforhold til en politisk aktør på sygeplejerskeområdet, og at erhvervelse af ph.d.-graden indgår som en bevæggrund og ramme for undersøgelsen. Der er redegjort for de bias, der er afledt af, at den ansvarlige for undersøgelsen er sygeplejerske, medlem af Dansk Sygeplejeråd og formelt deler interesser og forståelseshorisont med de udforskede.

I de teoretiske valg, i design af undersøgelsen og i forskningsprocessen samt i præsentation af undersøgelsens resultater er pågået et fortløbende afgrænsningsarbejde. Det må medtænkes i vurderingen af undersøgelsens design og i udlægningen af undersøgelses resultater, at *det langt fra er hele historien* om udbud, efterspørgsel og produktion af viden i sygeplejerskers arbejde, som udfoldes i afhandlingen – det har aldrig været ambitionen, og det lader sig ganske enkelt ikke gøre!

I det følgende opsummeres og vurderes centrale resultater, og der peges på valg i arbejdsprocessen, som særligt skønnes at have implikationer for vurderingen af undersøgelsens resultater. Endvidere udpeges ”kapitler” i historien om viden og sygepleje, som jeg er blevet opmærksom på undervejs i arbejdsprocessen, og som kalder på yderligere udforskning.

Problemformuleringen, som har været retningsgivende i arbejdet, lyder således:

*Hvilke former for viden er i spil i sygeplejerskers arbejde? Hvordan og hvorfor bringes vidensformerne i spil, og hvilke konsekvenser har det for sygeplejens professionalisering?*

- *Hvilke former for viden produceres og reproduceres, udbydes og efterspørges i sygeplejerskers arbejde?*
- *Hvordan er forholdet mellem vidensformer, arbejdsfunktioner og arbejdsorganisering?*
- *Hvilke implikationer har dette for den videre professionalisering af sygepleje?*

## Sammenfatning

De overordnede svar på spørgsmålene i problemformuleringen lyder:

At der pågår rationalisering, specialisering og differentiering af sygeplejearbejde, samt at der i sygeplejerskers arbejde er en række vidensformer i spil. Følgende vidensformer er identificeret:

- Videnskabelig viden
- Teknisk viden
- Æstetisk viden
- Etisk viden
- Politisk viden
- Økonomisk viden

- Logistisk viden

Undersøgelsen viser endvidere:

At der er komplekse relationer, alliancer og rivaliseringer mellem vidensformerne.

At blandt vidensformerne nyder teknisk viden forrang. Teknisk viden fremføres som hyppigste belæg for handling. Teknisk viden dominerer andre vidensformer og efterspørges gennemgående som belæg for handling. Herefter følger politisk, økonomisk og logistisk viden. Autoriteten er relativ af de vidensformer, som udbydes af sygeplejersker i institutioner, men alliancer mellem teknisk, økonomisk og logistisk viden tenderer til at overtrumfe andre vidensformer.

At de vidensformer, som udfoldes i sygeplejerskers arbejde optræder på konkrete og abstrakte niveauer, og de henviser til såvel lokale som globale gyldigheder. Der pågår produktion af konkret viden i arbejdet, reproduktion af viden forgår under formelle og uformelle møder i undervisningsseancer og ved sidemandsoplæring.

At der pågår reproduktion af viden gennem systematiseret brug af manualer. De manualer, som benyttes i arbejdet, er konstrueret af eksterne aktører. Ejerskab til manualer og den abstrakte vidensproduktion, der ligger til grund for manualerne, er lokaliseret i organisationer og dermed hos arbejdsgivere.

At vidensformer, som udbydes af sygeplejersker, efterspørges i en behandlingsinstitution og i mindre grad i en rehabiliteringsinstitution.

At det konglomerat af vidensformer, som udbydes af sygeplejersker, har størst legitimitet i en behandlingsinstitution og mindre autoritet i en rehabiliteringsinstitution.

### **Komplekse relationer mellem abstraktionsniveauer og vidensformer i sygeplejerskearbejde**

I et common sense perspektiv på undersøgelsesdesign og forskningsgenstand forekommer det indlysende, at *teknisk viden* optræder som dominerende vidensform. Overvægten af henvisninger til

teknisk viden kan forklares med, at det empiriske fokus på sygeplejerskers arbejde med at løse problemer nødvendigvis vil generere empiri, som viser en stor forekomst af teknisk viden. Det forekommer tilsvarende indlysende, at konkrete vidensformer indtager en dominerende position, idet det empiriske materiale er generet i tilslutning til respondenters legitimeringer af løsninger på konkrete, lokale problemer. Tilsvarende forekommer det meningsfyldt, at vidensformer, der knytter sig til aktørers forfølgelse af interesser i organisationer, personlige præferencer, effektiv produktion og rationel udnyttelse af ressourcer, indtager prominente positioner i videnshierarkier på arbejdspladser.

Fundet flugter med professionslitteraturen. I litteraturen fremhæves koblinger af vidensformer og pendulering mellem abstraktionsniveauer som karakteristika ved professionel viden (Freidson, 2001; Schön, 1987; Goodson, 2003). Den dominante forekomst af henvisninger til vidensformer med lokal gyldighed korresponderer ligeledes med professionsteori; professionelt arbejde beskrives som løsning af konkrete problemer gennem applikation af abstrakt og konkret viden, professionel viden beskrives som diskretionær. Det hedder, at professionelle løser komplekse problemer, og som følge heraf er det nødvendigt, at de professionelle har autonomi og kapacitet til at foretage skøn i arbejdet (Abbott, 1992).

Den relativt høje forekomst af henvisninger til lokal gyldighed udlægges som udtryk for, at de professionelle foretager skøn i arbejdet. Og som udtryk for at sygeplejersker, i lighed med andre professionelle, må legitimerer handlinger i et grænseland mellem afvejninger af personlige erfaringer, lokal viden om konkrete situationer og skolastisk funderet viden.

At der er en række vidensformer og abstraktionsniveauer i spil i sygeplejerskers arbejde, korresponderer med klassisk og moderne sygeplejeteori (Nightingale, 1995; Benner, 2001; Scheel, 1997). Særligt i de nyere sygeplejeteorier er der tradition for at problematisere, at sygepleje kan karakteriseres som en "synkretisk disciplin", det vil sige et fag som "låner" viden og dermed autoritet fra andre discipliner. I nyere sygeplejeteorier undersøges og udstikkes ideelle handlestrategier for håndtering af dilemmaer og brydninger afledt af de konkurrerende logikker, som genereres i mødet mellem naturvidenskabelige og human- og samfundsvidenskabelige traditioner. Strategier til at håndtere brydninger mellem abstrakt teoretisk viden (nursing science), regelviden og kunnen (skills, tacit knowledge) i sygeplejearbejdet tages under behandling i

sygeplejelitteraturen (Chinn & Kramer, 2005; Martinsen, 1997). I litteratur om læring af sygeplejearbejde, herunder tilegnelse af kompetencer til at fortage skøn i arbejdet, tages fænomenet under behandling. Her undersøges koblinger mellem vidensformer og abstraktionsniveauer, samt hvordan kapaciteter til at foretage kobling af viden tilegnes og forandres. Her henvises til værker af bl.a. Aristoteles, Schön (1987) og Dreyfus & Dreyfus (1991).

### **Videnshierarki – det rationelle triumvirat i sygeplejerskers arbejde**

Vurderes fundene op mod den makroøkonomiske kontekst for velfærdsstatsligt arbejde og op imod udviklingen inden for moderne medicinsk tænkning, forekommer det meningsfuldt, at sygeplejerskers arbejde overvejende legitimeres med henvisninger til et regelsystem, underordnet et rationelt triumvirat, bestående af alliancer mellem teknisk, økonomisk og logistisk viden. Det videnshierarki, som optræder i materialet, må forstås som udtryk for, at sygeplejerskers arbejde overvejende legitimeres i forhold til et konglomerat af prognostiske rationaler hentet fra moderne medicin og rationaler afledt af den politisk-økonomiske styring af det offentlige sundhedsvæsen. Videnshierarkiet tyder på, at sygeplejerskearbejde overvejende legitimeres i forhold til organisatoriske interesser, det vil sige arbejdsgiverinteresser. Legitimering med henvisning til patientinteresser indtager en underordnet rolle.

I en aktuel politisk-økonomisk kontekst er professionalisering af sygepleje influeret af forandringer i de velfærdsstatslige politikker, som går under samlebetegnelsen ”New Public Management”. Den danske velfærdsstat har siden 1970’erne undergået omfattende forandringer, hvad angår organisering og styring. Der er tale om forandringer, som for alvor har taget fat i 1990’erne, og som både involverer forandringer i organisering af sygeplejerskers arbejde og forandringer i det økonomiske grundlag for de organisationer, hvori sygeplejersker ansættes. I sundhedsvæsnets institutioner er der, i lighed med det samlede velfærdsstatslige område, fokus på effektivitet og omkostningsbegrænsning, og det forekommer derfor logisk, at *økonomisk viden* og *politisk viden* om markedssituationen må spille en central rolle i legitimering af sygeplejerskers arbejde.

Legitimering af sygeplejerskearbejde med henvisning til *logistisk viden* korresponderer tilsvarende med diskurser om effektivitet og kvalitet i sundhedsvæsnets. I diskursen om effektivitet knytter interessen an til organiseringen af produktionen af virksomme sundhedsydelse på en sådan måde, at der undgås spild af ressourcer på grund af ventetider og flaskehalse. Kvalitetsdiskursen knytter an

til interesser om rentabel produktion af sammenhængende ydelser og kan genfindes i den hyppige brug af termen ”*sammenhængende forløb*”.

Den politiske interesse for systematiseret tilrettelæggelse af forløb i såvel et kvalitets- som i et rentabilitetsperspektiv har relativ stor gennemslagskraft, og uddannelsesinstitutioner, arbejdsgivere og faglige organisationer er opmærksomme på potentialerne i at udvikle en formaliseret ”sundhedslogistik”.<sup>59</sup> Anskuet i et overordnet kontekstuel perspektiv er det derfor ikke overraskende, at *logistisk viden* indgår som centralt omdrejningspunkt for legitimering af sygeplejerskers arbejde, og den logistiske vidensform er ved at institutionaliseres i fag og uddannelse.

I et funktionelt, teoretisk perspektiv kan logistisk viden betragtes som det ”sociale kit”, der får produktionsprocesser til at forløbe uhindret i sociale organiseringer med høj grad af arbejdsdeling. Fænomenet kan forklares med henvisning til Durkheims begreb ”organisk solidaritet”. Organisk solidaritet indfanger det paradoksale fænomen, at der kan påvises sammenhold og gensidig afhængighed mellem grupper, som ellers fremstår som differentierede, hvad angår arbejdsfunktion og interesser (Durkheim, 2000).

Det kan muligvis forekomme overraskende, at politisk og økonomisk viden manifesteres kraftigt på mikroniveau. På den anden side kan det udlægges som, at makroøkonomiske styrings- og reguleringsmekanismer er sivet ud som vilkår i de mindste forgreninger, og at økonomiske og politiske ræsonnementer derfor udgør et vedkommende og effektivt afsæt for legitimering af arbejdet på de offentlige arbejdspladser, hvor sygeplejersker ansættes. Den hyppige forekomst af legitimeringer med henvisning til økonomisk og politisk viden kan udlægges som udtryk for, at markedslignende fordelingsmekanismer mellem aktører på markedet for velfærdsydelser bevirker, at de professionelle forholder sig til eksplicite trusler om tab af arbejde som følge af, at deres arbejdspladser mere eller mindre konstant er i risiko for tab af alliancer med den politiske magt og/eller at bukke under i konkurrencen.

---

<sup>59</sup> Se fx Dansk Sygeplejeråd og Danske regioner: *Sammenhængende patientforløb – et udviklingsfelt*, 2008 eller DSR og Sundhedskartellet: *Kvalitetsreform: Syv fikspunkter for fremtidens sundhedsvæsen*, 2007.

## **Manualens globale gyldighed – reproduktion af viden via systematisk brug af manualer**

Undersøgelsen viser, at arbejdet ikke kontrolleres af de professionelle. Arbejdet er defineret i manualer og evalueres i forhold til eksterne eller ”globale” kvalitetsmål. Reproduktion af teknisk og logistisk viden gennem systematisk brug af manualer i arbejdet korresponderer med, at der kan iagttages en udbredt politisk og faglig interesse i, at velfærdsstatsligt arbejde generelt skal være baseret på metoder med beviselig effekt. Manualerne kan betragtes som en drejebog, som rettet indad i organisationen definerer arbejdets genstand og de metoder, som skal benyttes i arbejdet. Drejebogens ydre funktion er knyttet til legitimering og benchmarking. Systematisk anvendelse af ”globalt gyldige” standarder for sundhedsfagligt arbejde sikrer sammenlignelighed på tværs af organisationer, hvad angår priser, kvaliteter og opfyldelse af politiske mål. I relationen mellem staten og de professionelle kan iagttages afviklingen af tidligere tiders kontakt, baseret på høj grad af tillid og relativ professionel autonomi og metodefrihed, og introduktion af en kontrakt baseret på lavere grader af tillid med systematisk indskrænkning af de professionelle autonomi og metodefrihed. Processen og de politiske motiver, der ligger bag transformationerne, er velbeskrevet og fremstilles som institutionalisering af en accountability- og managementkultur. I manualerne sammenvæves og materialiseres politiske mål med teknisk og logistiske rationaler.

Evidensbaseret arbejde er oprindeligt udviklet inden for moderne medicin først i 1970'erne som strategi til systematiseret udbredelse af kliniske standarder for ”best practice”. Evidensbaseret arbejde har rod fastet sig som ideal for klinisk arbejde og har siden bredt sig til uddannelses- og socialvæsenet. Idealet er, at der er en *evident* sammenhæng mellem handlinger og mål. Idealet for sammenhæng mellem årsag og virkning er, at årsagsvirkningsforhold er påvist efter naturvidenskabelige principper for erkendelse. I en sundhedsfaglig tradition anses den ypperste form for evidens at være påvist gennem randomiserede klinisk kontrollerede forsøg, længere nede i hierarkiet findes litteraturstudier, evalueringer og audit. Strategier til at fremme evidens i klinisk arbejde er at udbrede systematiseret brug af manualer, som angiver mål og metoder for arbejdet. Der kan iagttages stor udbredelse af manualer, som er udarbejdet på baggrund af evidensbaseret viden. Det være sig manualer, som er baseret på viden genereret gennem litteraturstudier, gennem evalueringer eller gennem klinisk kontrollerede forsøg. Interessen i at systematisere og øge udbredelsen af evidens som grundlag for udarbejdelse af standarder for klinisk arbejde understøttes i mængden af publikationer fra Sundhedsstyrelsen omhandlende referenceprogrammer, medicinsk teknologivurdering og kliniske databaser.

Ud fra et teoretisk synspunkt kunne man forledes til at antage, at standardisering af arbejdet ville blive mødt med modstand fra de professionelle, idet standardisering repræsenterer en indskrænkning i professionelles metodefrihed. Undersøgelsen viser, at den systematiske brug af manualer i arbejdet udfordrer de professionelle autonomi. I materialet udtrykkes ambivalens over for brugen af manualer. Der er overvejende tale om forbehold, som går på respondenternes oplevelser af tab af viden og trivialisering af arbejdet. Modstanden mod systematisk brug af regelviden overdøves af betragtninger om, at standarderne er udviklet af eksperter, at standarderne opleves som retfærdige, og at de har en positiv effekt på patienterne, at manualerne opleves som en aflastning i arbejdet, og de medvirker til at minimere usikkerhed og vilkårligheder.

Forbehold er knyttet til rutinisering af arbejdet og tab af viden. Respondenters individuelle strategier til at håndtere trivialisering af arbejdet er at besætte specialistfunktioner, som giver adgang til arbejde med større grader af variation og autonomi. I sengeafdelingen er det særligt den erfarne arbejdskraft, som har held til at gøre krav på specialistfunktioner, et krav som understøttes af arbejdsgiveren. Disse fund er på ingen måder unikke, og kan genfindes i undersøgelser af lægers oplevelse af implementering af evidensbaserede standarder for behandling i hospitalsarbejde (McDonald & Harrison, 2004; Timmermans & Kolker, 2004). Sammenhænge mellem opsplnitning af arbejdsfunktioner og rutinisering af arbejdet er velbeskrevet i industri- og arbejdssociologien, se fx Bravermann (1982).

### **Efterspørgsel og autoritet af sygeplejerskers viden er relativ**

Fundene i undersøgelsen bekræfter Freidsons pointe om, at professionel autoritet er relativ. Det hedder, at professionelles adgang til at udøve faglig autoritet varierer med de institutionelle rammer for erhvervsudøvelsen. Der skelnes imellem primære institutioner, hvor professionelle traditionelt tilskrives stor autoritet og faglige domæner, og sekundære institutioner, hvor autoriteten tilsvarende er underordnet andre faggruppers dominans. Det hedder, at grupper af professionelle tenderer til at tiltrækkes og koncentrerer i primærinstitutioner, hvor adgangen til at udøve det "rene arbejde" og gøre krav på herredømme understøttes af tradition og institutionel kontekst (Freidson, 1970, 2004).

I undersøgelsen fremgår med tydelighed, at hospitalet er sygeplejerskers primære institution, og at sundhedscenteret omvendt må karakteriseres som sekundær institution. I litteraturen er det



beskrevet, at medlemmer af faggrupper tenderer til at søge sammen i primærinstitutioner. Dette fænomen kan iagttages i sygeplejerskegruppens beskæftigelsesmønster, som viser, at en stadig større andel af arbejdskraften ansættes i hospitalsinstitutioner. I behandlingsarbejdet på hospitaler har sygeplejersker generelt held til at legitimere arbejdet og tilkæmpe sig specialist- og nøgleroller. En forholdsmæssigt mindre andel af sygeplejersker i arbejdsstyrken ansættes til at varetage det lavt differentierede klientarbejde i kommunale institutioner, arbejde som traditionelt overvejende fokuserer på vedligeholdelse og rehabilitering.

Undersøgelsen viser, at sygeplejerskegruppen indtager en nøgleposition i sengeafsnittet, hvor der er efterspørgsel på sygeplejerskernes arbejdskraft, og hvor antallet af sygeplejersker øges i observationsperioden. I sengeafsnittet har sygeplejerskegruppen omfattende kognitiv kontrol med arbejdet. De afspalter og delegerer arbejdsopgaver til underordnede faggrupper, og dominerende faggrupper på arbejdspladsen er afhængige af sygeplejerskegruppens viden og samarbejde. I sengeafsnittet er sygeplejerskegruppen bærere af slagkraftig viden, som reproduceres gennem oplæring, under møder og i manualer. Sygeplejerskegruppens arbejde er højt differentieret, og materialet tyder på, at udviklingen på arbejdspladsen går i retning af yderligere specialisering af arbejdet.

I sundhedscenteret er sygeplejerskernes situation radikalt anderledes. Her må gruppen affinde sig med en perifer rolle og kæmpe for at legitimere effekten af deres arbejde og for at fastholde arbejdsopgaver. Sygeplejerskegruppen har vanskeligt ved at argumentere for effekt af sygeplejerskearbejdet og må affinde sig med at være underlagt fysioterapeutgruppens kognitive kontrol og at varetage delegerede arbejdsopgaver. I sundhedscenteret er efterspørgslen på sygeplejerskegruppens viden og arbejdskraft relativ lille, og antallet af sygeplejersker reduceres, og andre faggrupper vinder fodfæste og overtager ledelsen af organisationen.

De mellemuddannede er underlagt fælles vilkår i arbejdet. De manualer, som definerer pleje- og behandlingsregimer i sengeafsnittet og i sundhedscenteret, er udarbejdet af en ekstern faglig elite og implementeret af organisationen, det vil sige af arbejdsgiverne. I kraft af ansættelsesforholdet er de professionelle kontraktligt forpligtet til at følge de manualer og retningslinjer, som definerer arbejde og genstand, og det er en integreret del af virksomheden, at de professionelle skal producere viden, som dokumenterer overfor eksterne aktører, at produktionsmål og regelviden efterleves i arbejdet.

De arbejdsopgaver, som varetages i sengeafsnittet og i sundhedscenteret, er endvidere principielt afledt af eller delegeret af læger. Sygeplejersker og fysioterapeuter er underlagt kognitiv kontrol i arbejdet, og det er læger, som henviser klienter, og det er læger, som delegerer arbejdsopgaver.

Tolkes fundet i forlængelse af Abbotts professionsteori, bekræftes tesen om, at i studier af professioners arbejde vil der fremkomme andre konklusioner end de ideelle, officielle versioner af virksomheden. I undersøgelsen udfordres opfattelser af sygepleje som et helhedsorienteret fag, hvor omsorg for patienter indgår som det centrale omdrejningspunkt, og at rehabilitering er en tværfaglig aktivitet. Undersøgelsen viser, at det er i varetagelse af tekniske og specialiserede arbejdsopgaver afledt af medicinsk behandling, at sygeplejerskers arbejdskraft efterspørges, og at det er i varetagelsen af disse principielt delegerede arbejdsfunktioner, at sygeplejersker har held til at udøve faglig autoritet. Lukketendenserne kolliderer med den retorik om helhedsorientering og tværfagligt samarbejde, som gør sig stærkt gældende i forståelse af særlige kvaliteter ved sygeplejerskers arbejde. Omvendt harmonerer lukketendenserne udmærket med kvalitetsretorikken, hvor professionelles specialisering og fordybelse er kilder til legitimering.

### **Perspektiver på den fortsatte professionalisering af sygepleje**

Den fortsatte professionalisering af sygepleje kan principielt anskues i et udefra- og i et indefraperspektiv. Udefraperspektivet vedrører strukturelle forhold, som indvirker på sygeplejerskegruppens muligheder for at forsvare interesser på arbejdsmarkedet, styrkeforhold mellem sygeplejersker og andre faggrupper samt formelle og uformelle reguleringer af faggrænser i arbejde og uddannelse.

Indefraperspektivet vedrører hierarkisering i sygeplejerskegruppen, dens sammensætning og differentieringer i sygeplejerskers adgang til sygeplejerskearbejde og adkomst til fagets vidensgrundlag.

I forhold til den videre professionalisering af sygepleje skal i forlængelse af undersøgelsen særligt peges på hierarkisering og lukketendenser blandt sygeplejersker og på kampe om definition af manualer.

## Udefraperspektivet

I et historisk og et aktuelt perspektiv er relation til staten, det offentlige sundhedsvæsen og de øvrige faggrupper inden for sundhedsområdet helt afgørende og strukturerende vilkår for professionalisering af sygepleje. Efterspørgslen på sygeplejerskers og beslægtede faggruppers arbejdskraft er et relativt stabilt vilkår for differentieringer på arbejdsmarkedet, og modtrækket er, at arbejdsopgaver afspaltes, og at sygeplejerskerarbejde søges effektiviseret. Der er tale om komplicerede mekanismer, som både truer med at udgrænse sygeplejersker fra hævdtvundne arbejdsområder, og som samtidig øger sygeplejerskegruppens muligheder for at overtage arbejdsopgaver fra andre grupper og etablere sig i nye domæner.

Forskydningerne i sygeplejerskers arbejde understøttes af den politiske magt. I reguleringen af arbejdskraft i sundhedsvæsenet er det et relativt stabilt politisk mål, at arbejdskraften skal være fleksibel og baseret på generalistuddannelser, at det sundhedsfaglige arbejde, dets specialisering og grænser mellem faggrupper skal reguleres i organisationer, det vil sige af arbejdsgivere. I et historisk perspektiv kan spores en politisk tilbageholdenhed med at udstikke beskæftigelsesmonopoler, og som begrundes med at snævre grænser for faggruppers virksomhed mindsker muligheder for fleksibel udnyttelse af arbejdskraften. Over tid er der derfor ikke sket afgørende ændringer i den juridiske regulering af faggrænser hverken i autorisationslovgivningen eller på uddannelsesområdet. Tværtimod går strategierne imod fortsat opblødning gennem tiltag, der anses for at fremme integration mellem sundhedsfag i uddannelsessystemet og ”opgaveglidning” mellem faggrupper på arbejdsmarkedet.

De to store faggrupper, som er i spil i den fortsatte professionalisering af sygepleje, er givetvis læger og social- og sundhedsassistenter, og det er i relation til disse faggrupper, at kampe om sygeplejerskegruppens arbejdsopgaver med at pleje og behandle overvejende udspilles.

Social- og sundhedsassistenterne udgør en ekspanderende faggruppe med krav på arbejdsopgaver, som traditionelt varetages af sygeplejersker, og faggruppen har gennem meritssystemer formel adgang til medlemskab af sygeplejerskegruppen. Forhandlinger om faggrænser mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter er influeret af demografien i de to faggrupper. Efterspørgslen på sygeplejerskernes arbejdskraft betyder, at sygeplejersker presses til at afgive arbejdsområder til social- og sundhedsassistenterne, som på grund af overskud af arbejdskraft

omvendt står på spring for at overtage sygeplejerskers arbejde. Der er tale om udvekslinger, som gør sig generelt gældende i sundhedsvæsnet. I primær sundhedssektor, hvor gruppen af social- og sundhedsassistenter overtager det manuelle sygeplejearbejde, og hvor gruppen af sygeplejersker tenderer til at indtage en kognitivt kontrollerende rolle som visitator og forvalter af sygeplejearbejde eller som specialister, som tager sig af specialiserede, komplekse problemløsninger. På hospitalsområdet kan differentieringerne tilsvarende iagttages i arbejdsdelingen, hvor sygeplejersker varetager det specialiserede sygeplejearbejde og uddelegerer banalarbejde til social- og sundhedsassistenter. På et organisatorisk niveau i oprettelse af sengeafsnit, som ledes af sygeplejersker, og hvor det manuelle sygeplejearbejde varetages af social- og sundhedsassistenter.

Den omvendte bevægelse gør sig gældende i forhandlinger mellem læge- og sygeplejerskegruppen, hvor et demografisk underskud i lægegruppen betinger, at sygeplejersker i stigende omfang har held til at gøre krav gældende. Som faggruppe fremstår læger som den af faggrupperne, der på trods af et relativt kontinuerligt pres for at give køb på beskæftigelsesmonopoler, har formået at afspalte arbejdsopgaver og samtidig forsvare omfattende formel og kognitiv kontrol med sundhedsfagligt arbejde. Efterspørgslen på lægers arbejdskraft i almen praksis er betydelig, og som faggruppe har lægerne vanskeligt ved at efterkomme denne efterspørgsel. Der kan iagttages initiativer, som har til hensigt at kompensere gennem rationalisering af de praktiserende lægers arbejde ved at samle det i større organisatoriske enheder og afspaltning af klienter og arbejdsopgaver til bl.a. sygeplejersker, som varetager delegerede arbejdsopgaver. I hospitalsvæsnet kan tilsvarende iagttages omfattende udvekslinger, hvor sygeplejersker overtager lægeligt banalarbejde i såvel undersøgelsesafdelinger og behandlingsafdelinger.

Anskues sygeplejerskegruppens relationer til de øvrige mellemlange sundhedsuddannelser; fysioterapeuter, ergoterapeuter osv., tegner der sig et kompliceret mønster i forhandlinger og kampe om arbejdsopgaver særligt knyttet til rehabilitering. Kampe, som rejser delikate politiske problemstillinger, idet de mellemlange faggrupper på det fagpolitiske niveau indgår i forskellige typer af samarbejder og forhandlingsfællesskaber. Undersøgelsen viser med tydelighed, at fysioterapeutgruppen har kapacitet til at udgrænse sygeplejersker i rehabiliteringsinstitutioner. Ud fra et fagpolitisk synspunkt kan det give anledning til bekymring i sygeplejerskegruppen, at der er begrundet risiko for, at den har vanskeligt ved at vinde fodfæste på det ekspanderende marked for kommunal rehabilitering. Omvendt kan det tænkes en våbenstilstand i arbejdsdelingen af det

kommunale arbejde med kronikere, hvor fysioterapeuter varetager kerneopgaven, rehabilitering gennem fysisk aktivitet, og hvor sygeplejersker vinder fodfæste i varetagelse af delegerede arbejdsopgaver knyttet til vedligeholdelsesbehandling af kronisk syge.

Uddelegering af arbejdsopgaver fra en stadig mere specialiseret hospitalssektor fortsætter sandsynligvis med uformindsket styrke og i et sådant omfang, at kommunale rehabiliteringsinstitutioner på sigt transformeres til ”kronikerinstitutioner”, hvor en bred vifte af professionelle, praktiserende læger, fysioterapeuter, bioanalytikere og sygeplejersker varetager hospitalers afspaltede opgaver af ”færdig-diagnosticerede” klienter. I kronikerinstitutioner kan sygeplejersker meget vel tænkes at skulle varetage en bred vifte af afspaltede behandlingsopgaver. I forhold til rekruttering af arbejdskraft til arbejdsmarkedet for læger, den generelle demografiske udvikling og det forventede sygdomspanorama må der formodes at blive stor efterspørgsel på faggrupper, som varetager rutinebehandling af kronisk syge. Det kan meget vel tænkes, at sygeplejersker ved at overtage lægeligt banalarbejde i primær sundhedssektor vil kunne tilkæmpe sig en dominerende rolle på bekostning af andre mellemuddannede faggrupper.

Meget tyder på, at udviklingstendenserne fortsætter med uformindsket styrke, at sygeplejerskegruppen i stigende omfang både vil afspalte arbejdsopgaver til social- og sundhedsassistenterne og tilsvarende overtage arbejdsopgaver fra lægegruppen. Konsekvensen af sygeplejerskegruppens omfattende afspaltning af det lavt differentierede manuelle sygepleje til andre grupper kan på sigt udgøre en trussel mod sygeplejefagets ”kerneidentitet”, som traditionelt er karakteriseret ved tæt patientkontakt og ”ejerskab” til patienterne. Fortsat specialisering af sygeplejerskearbejdet og uddelegering af sygeplejerskearbejdet resulterer i en strukturel distance mellem patient og sygeplejerske, som udfordrer traditionelle opfattelser af kvaliteter ved sygeplejerskefaget.

I et professionsteoretisk perspektiv er det relativt risikofrit for en dominerende faggruppe at afspalte arbejdsopgaver til underordnede grupper, hvis den dominerende gruppe med henvisning til kognitiv overlegenhed kan kræve arbejdsopgaverne tilbage. Afspaltning af arbejdsopgaver implicerer dog altid en potentiel risiko for, at faggrupper mister kontrol med området. Det omvendte gør sig gældende for dominerede faggrupper, som investerer i at overtage afspaltede opgaver. Ud fra et strategisk synspunkt er overtagelse af delegerede arbejdsopgaver fra dominerende faggrupper en

kortsigtet og usikker strategi. Som modydelse for at overtage en delegeret opgave må en faggruppe underlægge sig kognitiv kontrol og samtidig være indstillet på, at opgaven til enhver tid kan kræves tilbage af den oprindelige ejermand. Faggrupper indtager en betydeligt stærkere position, hvis de er i stand til at besætte et meningsfyldt arbejds- eller problemområde, som ikke varetages af andre, tilbyde socialt acceptable problemløsninger og samtidig etablere kognitiv kontrol med området.

Problemløsning knyttet til rationel planlægning af pleje- og behandlingsforløb er eksempel på arbejdsopgaver, som forekommer kulturelt meningsfulde i sundhedsvæsenet, samtidig med at det ikke kolliderer med andre faggruppers hævdvundne rettigheder. Særlig vigtigt er, at logistisk arbejde indgår en stærk alliance med interessen for effektivitet i sundhedsvæsenets fagbureaukratier uden at kolliderer med dominerende faggruppers beskæftigelses- eller vidensmonopoler. Logistiske argumenter kan blokere for diagnosticering og behandling. Sygeplejerskernes krav på det logistiske arbejde anfægter ikke grundlæggende lægers eneret til diagnosticerings- og behandlingsarbejdet.

Undersøgelsen tyder på, at der er stor efterspørgsel på løsning af logistiske arbejdsopgaver i sengeafsnittet og på hospitalet som helhed, og at det tilsyneladende kun er sygeplejersker, som gør krav på logistiske arbejdsopgaver. Undersøgelsen tyder endvidere på, at den viden, som sygeplejersker genererer i varetagelsen af det logistiske arbejde, med stort held kan fremføres som slagkraftige argumenter i de forhandlinger, som finder sted på arbejdspladsen.

En forklaring på, at logistisk viden optræder som et slagkraftigt ræsonnement i højt differentierede og tværfagligt sammensatte fagbureaukratier, kan være, at den gruppe af professionelle, som både har viden om, hvilke delementer som ideelt set bør være til stede for effektiv produktion, og som samtidig har viden om de delementer, som reelt er til stede i forhold til den konkrete produktion, sidder inde med prognostisk kerneviden, som både arbejdsgivere og samtlige faggrupper dybest set er afhængige af. Netop fordi logistik er en central kilde til indflydelse på det sundhedsfaglige arbejde, må det forventes, at andre faggrupper vil søge at gøre krav på området, og at sygeplejersker må berede sig på at forsvare logistiske arbejdsområder for indtrængende faggrupper og her vil formaliseret akkumulation og produktion af logistisk viden i en sundhedsfaglig kontekst sandsynligvis være et klogt strategisk træk.

Undersøgelsen viser, at arbejdet reguleres gennem systematisk brug af manualer, samt at arbejdsgiverne indtil videre har bemægtiget sig produktion og ejerskab til de manualer, som benyttes. I et professionaliseringsperspektiv er forandringer i ejerskab til vidensproduktionen på sygeplejeområdet interessant. Retten til at konstruere manualer er central i definition og afgrænsning af sundhedsfagligt arbejde og må formodes at udgøre et fremtidigt kampområde for både arbejdsgivere og faglige organisationer.

I forhold til ejerskab til de institutioner, hvori sygeplejefagets vidensgrundlag er indlejret, kan beskrives radikale omorganiseringer. Hvor det oprindeligt var kirken, som både fungerede som arbejdsgiver og uddanner af sygeplejersker, overtager de offentlige institutioner gradvist ejerskabet i efterkrigstiden, hvor amter og kommuner i stigende omfang indtager den dominerende dobbeltrolle som både arbejdsgiver for sygeplejersker, ejer af sygeplejeskoler og som producent af sygeplejersker. Den faglige organisation har siden etableringen i 1889 parallelt med kampe for sygeplejerskers løn- og ansættelsesforhold kæmpet på det uddannelsespolitiske område. Først kampe om formalisering og statsanerkendelse af sygeplejerskeuddannelse, siden har organisationen engageret sig som ejer og medejer af uddannelsesinstitutioner, hvor sygeplejersker har kunnet efter- og videreudanne sig, og den faglige organisation har siden først i 1980'erne været en aktiv økonomisk spiller i etablering af miljøer, hvor der bedrives forskning i sygepleje. Med reformen af de mellemlange videregående uddannelser i 2001 fratages arbejdsgiverne formelt ejerskab til sygeplejerskeuddannelsen. Ejerskabet til sygeplejerskers grund- og efteruddannelser overgår formelt til "selvejende" institutioner, underlagt staten. I den efterfølgende periode nedlægges Danmarks Sygeplejehøjskole, en uddannelses- og forskningsinstitution, som er etableret og finansieret af Dansk Sygeplejeråd, og kandidat- og masteruddannelse i sygepleje placeres under Århus Universitet. Den faglige organisation afspalter ejerskabet til sygeplejeforskning og satser i stigende omfang på at understøtte sygeplejeforskning gennem samfinansierede forskningsprojekter.

Arbejdsgivernes rolle som central aktør i sygeplejerskefagets vidensgrundlag er dog langt fra udspillet, idet der på landets hospitaler opbygges enheder for klinisk sygeplejeforskning. I dette perspektiv korresponderer udvikling i ejerskab til sygeplejefagets vidensgrundlag med udviklingen blandt de klassiske professioner, hvor ejerskab til viden og vidensproduktion overtages af institutionelle aktører (Stehr, 1994). På sygeplejerskeområdet kan således peges på en paradoks

bevægelse, hvor der på den ene side viftes med professionsfanerne, samtidig med at sygeplejerskegruppen mister ejerskab til viden og vidensproduktion.

### **Indefraperspektivet**

Undersøgelsen viser, at sygeplejersker kan karakteriseres som en højt differentieret faggruppe, hvad angår arbejdsfunktioner, interesser og faglig autoritet. Undersøgelsen antyder en hierarkisering i den samlede sygeplejerskegruppe, hvor gruppen af sygeplejersker ansat i behandlingsinstitutioner indtager en relativt mere dominerende position sammenholdt med den gruppe af sygeplejersker, som er ansat i rehabiliteringsinstitutioner. Denne hierarkisering, som etableres gennem faggruppers distanceringer ved hjælp af arbejdsdeling i og imellem faggrupper, kan genfindes i differentiering af sygeplejerskearbejde og som generelt princip for hierarkisering af sundhedsfagligt arbejde. I litteraturen beskrives relativt stabile principper for differentiering af arbejdet i sundhedsvæsenet, hvor dominerende grupper af professionelle overvejende varetager attraktive og statusgivende arbejdsopgaver knyttet til særlige sygdomme med tilhørende højt rangerende pleje- og behandlingsformer. Omvendt varetager dominerede grupper lavere rangerende arbejdsopgaver og benytter sig af teknologier, som tilskrives lav status. En tilsvarende økonomi kan iagttages i forbindelse med fordeling af klienter mellem faggrupper. Princippet for klientdifferentiering er, at de dominerende grupper overvejende varetager behandling af klienter, som er betalingsdygtige, samarbejdsvillige og dermed let behandlelige. Tilsvarende er der en tendens til, at klienter, som vurderes som værende bærere af rutineprægede eller af uløselige problemer, overlades til faggrupper med lavere social status. Hjertesygdomme tilskrives relativt høj social status sammenlignet med muskel- og skeletlidelser, akutte sygdomme vurderes højere end kroniske eller uhelbredelige sygdomme osv. Jo mindre rutineprægede behandlingsformerne er, og i hvor høj grad de involverer avancerede teknologier og invasive indgreb, vurderes behandlingen at have en relativt højere status end "low-tech" behandlinger som fx gangtræning og rådgivning (Abbott 1988; Album 1992).

Disse træk kan genfindes i undersøgelsen, som viser, at patienter plejes og behandles af højt specialiserede grupper i hospitalet, hvorefter det lavt differentierede rehabiliteringsarbejde delegeres lavt specialiserede grupper. Det er på hospitalet, at behandlings- og rehabiliteringsplaner udarbejdes, og i kommunale institutioner er de professionelles råderum til at påvirke rehabiliteringstrategier, behandlingsformer og arbejdsopgaver stærkt begrænset. Denne



differentiering af kognitiv kontrol med klinisk arbejde er institutionaliseret i Sundhedsloven, hvor genoptræningsplaner til brug i kommunale institutioner udarbejdes af hospitaler.

Abbott skriver, at professioners videnssystemer tenderer mod at lukke sig om sig selv. I arbejdet ytrer dette sig ved lukketendenser i form af arbejdsdeling, i specialisering og i klientdifferentiering. Det overordnede mønster i lukkestrategier er, at dominerende grupper trækker sig væk fra den brede, direkte klientkontakt, karakteriseret ved komplekse og sammensatte problemer, og etablerer sig som specialister, som hidkaldes på særlige vilkår til løsning af specifikke og ”rene” problemer. I undersøgelsen er det problemer som konstruktion af manualer og regimer, smertebehandling, indlæggelse, udskrivning og stomioplæring. Det særligt raffinerede ved tilbagetrækninger til eller besættelse af nøglefunktioner er, at de dominerende grupper formår at fastholde og eventuelt udbygge kognitiv kontrol med andre gruppers arbejde på trods af, eller måske netop på grund af, tilbagetrækning fra det bredt funderede klientarbejde på gangen, i træningssalen eller kontoret. Disse overordnede principper for tilbagetrækning i faggrupper og kognitiv dominans i professionelt arbejde kan genfindes i undersøgelsen.

De differentieringer i sygeplejerskearbejdet, som kan udledes af materialet, peger på følgende sygeplejerskeroller:

- Generalistsygeplejersker
- Specialistsygeplejersker
- Behandlersygeplejersker
- Logistikere.

### **Generalistsygeplejersken**

Generalistsygeplejersken varetager og leder det klassisk, manuelle sygeplejerskearbejde, som grunduddannelsen overordnet lægger op til. Der er tale om lavt differentieret arbejde, og generalistsygeplejersken indgår typisk i forhandlinger om arbejdsopgaver med social- og sundhedsassistenter. Undersøgelsen viser, at generalistsygeplejerskens erfaringsbaserede og tekniske viden særligt efterspørges. Efterspørgslen skyldes, at den regelviden, som udstikkes i de manualer, som benyttes i arbejdet, ikke er tilstrækkelig til at løse en række af de problemer, der opstår i behandlingsforløb. Det reelt høje arbejdstempo, med stort flow af patienter og varierende arbejdsopgaver, betyder, at der er efterspørgsel på sygeplejersker, som dels har indgående kendskab

til de procedurer og metoder, som rutinemæssigt tages i anvendelse. Og at der samtidig er efterspørgsel på sygeplejersker, som har kapacitet til at gennemskue og identificere problemer som afvigelser fra det forventede. Afvigelser som er af en sådan karakter, at de overruler planlagt arbejde.

### **Specialistsygeplejersker**

I et historisk perspektiv er der tale om en stødt ekspanderende gruppe af sygeplejersker, hvad angår antal sygeplejersker og antal specialer. Traditionelt differentieres specialerne i forhold til diagnoser, klientgrupper og medicinsk teknologi, eksempelvis psykiatriske sygeplejersker, børnesygeplejersker, operationssygeplejersker, instruktionssygeplejersker osv. Undersøgelsen viser en tendens til differentieringer i forhold til patientforløb, hvor sygeplejersker specialiseres i forhold til faser i patientforløb, forberedelse til behandling, modtagelse, udskrivning og opfølgning på behandling. Specialistsygeplejersker tilkaldes som eksterne konsulenter på manuel sygeplejearbejde og vil indtage en ledende og instruerende position i forhold til generalistsygeplejerskerne. Denne gruppe af sygeplejersker må formodes fortsat at identificere sig med sygeplejefaget og at få et ekspanderende virksomhedsområde på tværs af institutioner og sektorer og vil sandsynligvis konkurrere med andre mellemuddannede faggrupper om arbejdsopgaver og kognitiv kontrol.

### **Behandlersygeplejersker**

Behandlersygeplejersken varetager afspaltet lægearbejde. Denne gruppe af sygeplejersker må forventes at stige. Der er et betydeligt politisk pres på lægegruppen for at afgive arbejdsopgaver i såvel hospitalsvæsnet som i primær sundhedssektor. Denne gruppe af sygeplejersker må forventes at være relativt fastlåst i institutioner, tæt knyttet til bestemte behandlingsregimer og delegerende læger. Der er tale om en gruppe af sygeplejersker, som må forventes at skulle indgå i forhandlinger om arbejdsopgaver med lægegruppen og de øvrige mellemuddannede faggrupper.

Behandlersygeplejerskerne vil indtage en instruerende og overordnet rolle i forhold til gruppen af generalistsygeplejersker, relationen til specialistsygeplejerskerne står hen i det uvisse, men sandsynligvis vil der blive udkæmpet ressourcekamp mellem de to grupper af sygeplejersker. Om denne gruppe af sygeplejersker fortsat vil identificere sig med sygeplejefaget eller tendere til at indgå i andre faglige fællesskaber, må fremtiden vise.

## **Logistikeren**

Logistikeren indtager en relativt perifer og strategisk position, hvor arbejdet består i at planlægge og at facilitere forløb. Blandt logistikere vil der sandsynligvis forekomme en differentiering mellem elitelogistikere og logistikere. Gruppen af ”elitelogistikere” varetager overordnede strategiske arbejdsopgaver med udvikling og tilrettelæggelse af ideelle standardforløb i og på tværs af organisationer. Denne gruppe vil forestå evaluering af metoder og produktion i sundhedsvæsnet og indgå i tætte alliancer med arbejdsgivere. Gruppen vil sandsynligvis udkæmpe interessekampe med ledende repræsentanter fra andre faggrupper. Elitelogistikernes indsigt i produktionen gør dem til særdeles interessante alliancepartnere for såvel arbejdsgivere som den faglige organisation.

Logistikernes arbejde vil være knyttet til konkrete patientforløb på tværs af organisationer. Arbejdsopgaverne vil bestå i overvågning og planlægning, og fordi der er tale om arbejdsopgaver i og på tværs af organisationer, må gruppen forventes at indtage centrale og modsætningsfyldte positioner.

Det logistiske sygeplejerskearbejde rummer en række potentialer for den videre professionalisering af sygepleje og sygeplejerskegruppens generelle indflydelse. Det logistiske arbejde kan være afsat til produktion af konkret og abstrakt viden, som er nødvendig for arbejdspladsers konkurrenceevne og for effektiv pleje og behandling. Det konkrete logistiske arbejde indeholder på den ene side potentielle elementer, som ligger tæt op af traditionelle karakteristika ved sygeplejerskers kernefunktion og faglige idealer, helhedsorientering og fokus på den enkelte patients interesser og særlige behov. På den anden side indeholder det logistiske arbejde distancering og ”case-gørelse” af sygeplejerskearbejdet, som kolliderer med sygeplejefaglige traditioner.

## **Begrænsninger og forbehold**

Undersøgelsens overordnede formål er at undersøge sygepleje i et vidensperspektiv. Det er imidlertid centralt at holde sig for øje, at undersøgelsens genstandsfelt er afgrænset til sygeplejefagets *sociale dimension*, det vil sige den dimension af vidensgrundlaget, som udspilles på arbejdspladser med patientkontakt. Undersøgelsen omfatter dermed ikke fagets *kulturelle dimension*, som er forankret i forsknings- og uddannelsesinstitutioner.

Den empiriske strategi har været at undersøge legitimering af sygeplejerskearbejde i et mikroperspektiv og afgrænset til at studere sygeplejerskers arbejde inden for rammerne af en

rehabiliteringsinstitution og en behandlingsinstitution. Sammenholdt med den variation og udbredelse, som karakteriserer arbejdsmarkedet for sygeplejersker, er der derfor tale om et meget begrænset empirisk grundlag. Undersøgelsens perspektiv på sygeplejefaget og det materiale, som er analyseret, er således stærkt begrænset, både hvad angår de dimensioner af sygeplejefaget, som undersøges, og hvad angår de cases, som indgår i undersøgelsen.

Beslutningen om at arbejde med afsæt i Andrew Abbotts professionsteori og at basere den empiriske strategi på Goffmans sociologi har både implikationer for den empiri, der er konstrueret, og for det analytiske apparat, som er lagt ned over materialet. I Abbotts teori er den analytiske enhed faggrænser. Fokus i studiet har derfor været forhandlinger om faggrænser og arbejdsopgaver på arbejdspladser. Goffmans sociologi handler om at komme tæt på forskningsgenstanden, identificere interaktionslinjer og at rekonstruere den moralske orden og regelsystemer i institutioner. Begge teorier inviterer til, at der anvendes metodikker, som producerer empiri om mikrofunderede strategier i organisationer, og at fund kontekstualiseres i forhold til en organisatorisk, økonomisk orden. Den systemiske tone i Abbotts teori kombineret med det goffmanske perspektiv på interaktionslinjer i institutioner udgrænser i fællesskab biografiske og historiske perspektiver på sygeplejerskers arbejde. Undersøgelsen kan således kritiseres for at negere livshistoriske og psykodynamiske dimensioner. Det har haft den betydning, at kønsperspektiver på sygeplejerskearbejde er fraværende i undersøgelsen. Det forhold, at sygeplejerskearbejdet i de to cases overvejende varetages af kvinder, er hverken inddraget som empirisk eller analytisk perspektiv. Det er åbenbart, at en livshistorisk tilgang til professionel viden ville have kompenseret for denne åbenlyse svaghed. Undersøgelsen kan kritiseres for ensidigt at fokusere på rationelle dimensioner af sygeplejerskearbejde, og at der ignoreres emotionelle og irrationelle dimensioner i sygeplejerskers arbejde. Et psykodynamisk perspektiv med fokus på sygeplejerskers individuelle strategier i håndtering af belastninger ville utvivlsomt kunne have bidraget med væsentlig indsigt om emotionel, kropslig viden i sygeplejerskearbejde.

En strukturel kritik af perspektivet i undersøgelsen er, at den ensidigt fokuserer og ræsonnerer i forlængelse af en snæver forståelse af sociale forandringer på det mikrosociologisk niveau, og at disse forandringer tilskrives for stor udsagnskraft i forhold til den generelle udvikling på det sundhedsfaglige område. Under arbejdet er det blevet tydeligt for mig, at sygeplejeområdet siden efterkrigstiden på den ene side er undergået omfattende og hastige forandringer, hvad angår

organiseringer af arbejde, uddannelse og institutionelle forankringer. På den anden side er det samlede sundhedsfaglige område karakteriseret ved en udpræget træghed, hvad angår traditioner, hierarkier og roller samt formel regulering af relationer mellem de professionelle aktører. Det kan derfor med rette indvendes, at de forandringer i relationer mellem faggrupper, som beskrives i undersøgelsen, blot er overfladiske krusninger på en overflade, der måske snarere bør betegnes som ”løb på stedet”. Det er åbenlyst, at en feltanalytisk tilgang i undersøgelsen ville kunne have bidraget til en mere nuanceret indsigt i de komplekse relationer, som udspilles i spændingsfelter mellem forandring og traditionalisme på sundhedsområdet.

Undervejs er jeg blevet opmærksom på, at kampe om udgrænsning af de religiøse dimensioner i sygeplejefaget kombineret med fagets berøringsflader til medicin og indlejring i velfærdsstatslige institutioner er vigtige brikker til indsigt i professionaliseringen af sygepleje. Som andre store fag på det velfærdsstatslige område er sygepleje dybt indlejret i og influeret af de sociale forandringer, ændringer i dominansforhold mellem aktører, skift i interesser og politiske mål.

Institutionaliseringen af sygeplejefaget er influeret af de strukturelle rationaliserings- og differentieringsprocesser, der i en europæisk tradition beskrives som ”*oplysning*”, ”*modernisering*” og ”*modernitet*”. Samlebetegnelser for socio-kulturelle forandringer, som beskrives præcist af Weber i ”Den Protestantiske Etik og Kapitalismens ånd” (Weber, 1995). I Webers optik er begreber som professionalisering, rationalisering og differentiering sider af samme sag: Individuering, adskillelse af hånd og ånd, effektivisering af håndens arbejde, herredømme over natur (og mennesker!), fremvækst af sproglig, prognostisk viden og udgrænsninger af mytologier og kropslig viden. I et institutionelt perspektiv er der tale om en bevægelse, hvor reproduktivt arbejde løftes ud af familieinstitutionen, situeres i religiøse og senere statslige, velfærdsstatslige institutioner. I denne bevægelse uddifferentieres sygepleje som virksomhedsområde, og sygeplejersker som en af de faggrupper, hvis erhvervsudøvelse over tid indlejres i særlige institutionelle rammer og dominerende logikker. Især kirke og stat er centrale aktører i historien om institutionalisering af sygeplejefaget og dets vidensgrundlag. Først senere er sygeplejerskernes faglige organisation kommet til som medspiller.

I et politisk, ideologisk perspektiv er professionalisering af sygeplejearbejdet influeret af ideologiske brud på det socialpolitiske område, brud som vedrører forandringer af kontrakter mellem den enkelte og fællesskabet samt ændringer i relationer mellem fag og faggrupper.

Der kan iagttages forskydninger i det ideologiske grundlag for virksomheden, idet altruisme og kaldsidealer udfordres og udgrænses af ideologier om lønarbejde og om sociale rettigheder. Der er tale om komplicerede og næppe entydige bevægelser, som understøttes af, at sygeplejerskearbejde forankres i velfærdsstatslige institutioner, hvor produktion og tildeling af ydelser ideelt set legitimeres med henvisning til rationelt funderede ræsonnementer. Det rationelle fundament i sygeplejearbejdet understøttes yderligere af, at centrale dele af de kategoriseringer og problemløsningsteknikker, som appliceres i sygeplejerskearbejde, er importeret fra og afledt af moderne medicin med idealer for erkendelse og problemløsning dybt funderet i naturvidenskabelige traditioner.

Professionaliseringen af faget er indvævet i komplicerede forandringsprocesser, som både involverer forandringer i det politisk ideologiske grundlag for kontrakter mellem sygeplejersker og arbejdsgivere, mellem sygeplejersker og andre faggrupper og mellem sygeplejersker og patienter. Professionalisering af sygepleje og de interessekonflikter, som knytter sig til udgrænsning af det religiøse, forankring i velfærdsstatslige institutioner og sygeplejens tilknytning til medicin, er utvivlsomt centrale kilder til yderligere indsigt.

### **Teoretiske implikationer**

I et professionsteoretisk perspektiv beskrives professionalisering overordnet som rationalisering af arbejde, bevægelser der afspejler og betinges af forskydninger fra det "irrationelle mod det rationelle" (Larson, 1977), etablering af rationelle kontrakter mellem den enkelte og fællesskabet (Parsons, 1968). Professionalisering beskrives som knyttet til transformation af viden til kapital og som opkomst af sociale organiseringer orienteret mod strategisk handlen i forhold til en privilegieøkonomi (Dreber, 1990). Som teoretisk begreb er professionalisering således grundlæggende indlejret i forståelser knyttet til opkomst af økonomisk, teknisk og politisk rationalitet. I litteraturen fremhæves endvidere differentiering og arbejdsdeling som et centralt empirisk karakteristika ved professionalisering af håndværk. Det hedder, at professioners vidensgrundlag tenderer til at lukke sig omkring sig selv, og at professionelle i arbejdet er selektive

og ekskluderende, både hvad angår samarbejdsrelationer, klienter og arbejdsopgaver (Bucher & Strauss 1976; Abbott 1988).

På den lange bane går rationalisering og professionalisering af sygeplejerskers arbejde derfor hånd i hånd. Arbejdet *er* underordnet et rationelt primat og de differentieringer, som kan iagttages blandt sygeplejersker og øvrige faggrupper på det sundhedsfaglige område, er indlejret i institutionelle, socio-økonomiske og ideologiske forhold. Der er derfor ikke noget overraskende eller nyt ved, at der i undersøgelsen kan påvises rationalisering og differentiering af sygeplejefagets vidensgrundlag. Ej heller at sygeplejefaget er under pres, og at sygeplejersker legitimerer arbejdet op mod konfliktende ideologier og interesser.

I undersøgelsen undersøges sygeplejerskers arbejde med afsæt i Abbotts professionsteori. Afsættet for teorien er differentieringer mellem faggrupper, og de analytiske enheder er faggrænser og forhandling om arbejdsopgaver. Der er tale om en pragmatisk tilgang til profession som teoretisk begreb. I Abbotts optik anskues professioner som faggrupper, *professionals*. I tilgangen fokuseres på forandringer, hvad angår grænser mellem faggrupper, deres sammensætning og arbejdsopgaver, som varetages. Abbotts tilgang inkluderer ”paradigmesvage” faggrupper *som* professioner. Denne tilgang bryder med de store traditioner inden for professionsteorien, hvor monopol på arbejde og viden udgør de analytiske fokusområder. Det kan hævdes, at Abbotts tilgang er en logisk konsekvens af, at kontrol med og ejerskab til vidensproduktion i det senmoderne overvejende er situeret i konsortier og business. I forlængelse heraf kan det hævdes, at der næppe længere eksisterer ”paradigmestærke professioner” i traditionel professionssociologisk forstand, men at nogle professioner identificeres som stærkere end andre. Anskues faggruppers kontrol med arbejde og viden på et diskursivt niveau forekommer differentieringer mellem faggrupper som rigide og uforanderlige størrelser, fremtrædelsesformer som beskrives af Abbott på linje med de klassiske professionsteorier. Anskues professionelles kontrol med arbejde og viden på et konkret arbejdspladsniveau fremtræder et anderledes differentieret og foranderligt mønster, som udfordrer de klassiske beskrivelser af profession som teoretisk begreb. Den tilgang, som Abbott tilbyder, er empirisk funderet og anlægger en produktiv analytisk optik, der indfanger forandringer og forskydninger imellem faggrupper. Abbotts teori tilbyder et dobbeltblik på professionalisering. Som udgangspunkt giver det ikke mening at studere professioner i sig selv. Professioner er kendetegnet ved relationer mellem faggrupper og ved relationer i faggrupper. Abbott tillægger faggruppers

eksterne relationer på arbejdsmarkedet en central rolle, og det er på arbejdspladser, at relationer mellem faggrupper for alvor udfordres. Faggruppers hævdtvundne privilegier anerkendes som centrale dele af det apparat, som faggrupper benytter til at forsvare interesser. Faggrupper beskrives som sårbare overfor ændringer i juridisk funderede privilegiestruktur. Faginterne organiseringer og traditioner anskues i højere grad som kuriositeter, som tilskrives mindre relevans for de forandringsprocesser, som udspilles i relationer mellem faggrupper.

Monopol på viden og på arbejde, som er omdrejningspunkter i de klassiske tilgange, tilskrives mindre betydning i Abbotts optik. Det centrale er forhandlinger om arbejdsopgaver og kognitiv kontrol med arbejde. Det er på arbejdspladser, at faggrænser udfordres, arbejdsområder besættes, forlades eller opgives. Det interessante er, hvad det er for økonomier, som betinger relationer mellem faggrupper.

Undersøgelsen viser, at denne optik er velegnet til at indfange centrale nuancer i de kampe, som udspilles på arbejdspladser. Optikken indfanger, hvad der udspilles mellem sygeplejersker, og hvordan relationer mellem sygeplejersker og andre faggrupper udfoldes. Det kan naturligvis diskuteres om Abbotts teori er en ”professionsteori” i en klassisk forståelse, eller om den snarere må karakteriseres som en ”teori om faggrupper”. Tilgangen eliminerer under alle omstændigheder et tilbagevendende dilemma, at sygeplejersker, fysioterapeuter og andre mellemuddannede på den ene side ikke kan karakteriseres som professioner i klassisk teoretisk forstand. På den anden side tilbyder professionsteori centrale indsigter i de fænomener, som udspilles i relation til disse faggrupper. Abbotts teori tilbyder et begrebs- og analyseapparat, som omfatter ovennævnte grupper. De karakteriseres som ”professionelle”, det vil sige eksklusive grupper, som applicerer abstrakt viden på problemområder, som nyder stor samfundsmæssig efterspørgsel, og ufrugtbare diskussioner om, hvorvidt de mellemuddannede grupper bør karakteriseres som ”wannabe professioner”, ”relations professioner” eller ”semiprofessioner”, idet grupperne hverken har monopol på vidensproduktion eller arbejdsfunktioner, mister relevans.

Tilgangen kan beskrives som relevant og produktiv i studiet af professionaliseringen af sygepleje.

De grupper, som kan indgå i alliancer med arbejdspladsens kerneinteresser, har særligt held til at etablere kognitiv kontrol med arbejdet, hvilket styrker deres position i konkurrencen i forhold til



andre faggrupper på arbejdspladsen. I materialet presser derfor spørgsmål om forhold mellem profession og organisation sig på, og det er måske her, der ligger centrale teoretiske udfordringer.

I materialet er det et gennemgående træk, at respondenterne italesætter sig selv som committed til arbejdspladserne, og de kollegiale relationer, som udspilles i organisationen, og netop medlemskab af det lokale faglige miljø på arbejdspladsen fremhæves som kilde til faglig autoritet. Professionel identitet defineres af respondenterne i høj grad i forhold til lokale traditioner og relationer og i mindre grad til globale fællesskaber og faglige traditioner. Materialet i undersøgelsen viser, at de professionelle faciliterer bureaukratisk effektivitet, at alliance med bureaukratiet er en platform, som de professionelle aktivt allierer sig med for at fremme interesser. Materialet tyder på, at medlemskab af lokale faglige fællesskaber producerer en faglig stolthed og pondus, som tilsyneladende overskygger det karismatiske og legitime herredømme, som visse grupper af professionelle udleder af skoling i disciplinens abstrakte vidensgrundlag eller af medlemskab af fagpolitiske fællesskaber.

Anskuet i dette perspektiv kan man argumentere for, at sygeplejersker og beslægtede faggrupper meget vel vil kunne karakteriseres som ”organisationsprofessioner”. Professioners alliancer med bureaukratisk organisering kolliderer med den klassiske professionssociologi, her beskrives bureaukrati og profession som repræsentanter for to modsatrettede interesser. Fænomenet kan overordnet rummes inden for Abbotts teori, men der tilbydes ingen analytik til nærmere forståelse af fænomenet. Fænomenerne er dog undersøgt og velbeskrevet andetsteds, se fx Jespersen (1996) og Argyris (1990). Spørgsmålet er imidlertid, om der gør sig særlige forhold gældende i relationer mellem profession og organisation for de mellemuddannede faggruppers vedkommende, om det er fænomener, som særligt kan iagttages i velfærdsstatslige organisationer, eller om der er tale om almene forandringer, som kan iagttages blandt grupper af professionelle. Denne undersøgelse tyder på, at relationer mellem mellemuddannede grupper og de organisationer, hvor de ansættes, bør underkastes videre teoretisk og empirisk undersøgelse. Særligt hvad angår de alliancer, som etableres, yderligere kortlægning af aktørinteresser samt forløb af konflikter.

Et andet forhold, som presser sig på i materialet, og som bør underkastes nærmere undersøgelse, er de videre implikationer af rationalisering af sygeplejearbejde. Traditionelt varetages arbejdet af faggrupper, som identificeres med, og som i egen selvforståelse er drevet af altruistisk funderede

kontrakter, commitment til klientinteresser og i mindre grad interesser om egen vinding. Materialet tyder på, at arbejdet overvejende udføres med afsæt i en centrering omkring interesser knyttet til organisationens og de professionelles præferencer – spørgsmålet er, om der kan iagttages systematiske forandringer i sygeplejefagets etos?

Hvilke implikationer har de systematiske anvendelser af globalt, gyldige standarder og manualer for den videre vidensbasering af sygeplejefaget? Og hvilke implikationer har denne form for abstrakte gyldigheder for den helhedsorientering til problemløsning, som traditionelt karakteriserer sygeplejerskers fag og arbejde?

# Bilagsfortegnelse

Bilag 1. Sygeplejerskeuddannelse

Bilag 2. Sygeplejeforskning

Bilag 3. Uddrag af ”Tilladelse fra Datatilsynet”

Bilag 4. Oversigt over gennemførte interviews, respondenter og sammensætning af fokusgrupper

Bilag 5. Spørgsmål fokusgrupper i sundhedscenteret

Bilag 6. Spørgsmål til fokusgrupper i sengeafdelingen

Bilag 7. Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i dag- og aftenvagter

Bilag 8. Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i sundhedscenteret

Bilag 9. Eksempler på et ark i en standardplejeplan

## Bilag 1

### Sygeplejerskeuddannelse

I Danmark var der tidligere tradition for, at rekrutteringen af arbejdskraft til sygeplejeområdet var et lokalt anliggende. Formaliseret uddannelse i sygepleje har fundet sted ved danske hospitaler fra omkring 1861-63. I denne periode blev den Danske Diakonissestiftelse grundlagt og Københavns Kommunehospital blev åbnet, begge institutioner kædes sammen med opkomst af formaliseret uddannelse i sygepleje (Petersen, 1989). I 1918 var der 161 sygehuse, hvor langt hovedparten selv udbød sygeplejeuddannelse efter vekseluddannelsesprincipper, men af varierende længde og med vidt forskelligt indhold. I 1933 var der 110 uddannelsessteder, som udbød autoriseret sygeplejerskeuddannelse. Antallet af uddannelsessteder, godkendt til at uddanne autoriserede sygeplejersker, var i 1959 faldet til 33.<sup>60</sup> I 2008 er antallet af uddannelsessteder reduceret til 22 (Winger, 1999; Vallgård & Krasnik, 2007; Vallgård, 1991).

Den første autorisationslov blev afløst af ”*Lov om sygeplejersker*” i 1956 og suppleret med specifik lovgivning om sygeplejerskeuddannelsen i ”*Kongelig anordning om Sygeplejerskeuddannelsen*” fra 1958 og igen revideret i 1979.

I forbindelse med lovgivningen i 1950'erne sker en *homogenisering af sygeplejerskeuddannelsen* gennem centralt udarbejdede cirkulærer, reduktion i antallet af uddannelsessteder og homogenisering af uddannelseselementer, skolernes drift og elevernes ansættelsesmæssige forhold.

I cirkulærer og lovgivning fra perioden 1957-89 beskrives sygeplejerskeuddannelsen som en 3½-årig erhvervs- eller vekseluddannelse rettet imod det sundhedsfaglige område, eller som en vekseluddannelse, som hører til blandt Bistands-, pleje- og omsorgsuddannelserne. Det erhvervsrettede element understreges af, at elever ansættes og aflønnes af hospitaler, at elever uddannes på skoler, som ejes af hospitaler, uddannelsen er organiseret som en lønnet elev- eller lærlinguddannelse med lovbestemt veksling imellem teoretiske og praktiske

---

<sup>60</sup> Se: Grunduddannelse af sygeplejersker. Betænkning af et udvalg nedsat af det under Indenrigsministeriet hørende uddannelsesnævn for sundhedsvæsenet. Betænkning nr. 730. København, 1975.

uddannelseselementer.<sup>61</sup> Udviklingen i adgangskrav til uddannelsen afspejler, at ”uddannelseseksplosionen” influerede på, at kravene til optagelse på sygeplejerskeuddannelsen generelt er steget med det almene uddannelsesniveau.<sup>62</sup>

Princippet om, at sygeplejerskeuddannelsen skal være en erhvervsrettet generalistuddannelse baseret på vekseluddannelse, er fastholdt i ændringer af lovgivningen i 1990, hvor *mesterlæreprincippet* formelt afvikles. Samt i 2001/2006, hvor sygeplejerskeuddannelsen, sammen med øvrige mellemlange videregående uddannelser, nu karakteriseres som professionsbacheloruddannelser. Aktuelt er der sket en homogenisering af sygeplejerskeuddannelsens indhold og opbygning gennem en national studieordning. I de seneste dokumenter hedder det, at uddannelsen er forskningstilknyttet og rettet imod, at den studerende efter endt uddannelsen selvstændigt udfører sygepleje, leder, udvikler og formidler sygepleje. Uddannelsen skal endvidere kvalificere til at indgå i tværfagligt samarbejde.

Terminologi og struktur i anordning og cirkulærer fra 1979 afspejler en fortsat differentiering af fag og uddannelseselementer som udtryk for generel specialisering af området.<sup>63</sup> I cirkulærer omtales sundheds- og sygepleje som ”*sygeplejeprocessen*”. Sygeplejeprocessen er betegnelsen for en problemløsningsmodel for sygepleje, som er importeret fra USA (Suhr, 2007).

Seneste politiske udmeldinger om sygeplejerskeuddannelsen fastholder de politiske mål om at uddanne til et bredt og åbent virksomhedsområde. I forbindelse med revisionen i 2006 hedder det,

---

<sup>61</sup> I cirkulærer og bekendtgørelser for perioden redegøres for sygeplejeelevernes arbejdskraftværdi i sundhedsvæsnets institutioner. Dansk Sygeplejeråd forhandler løn- og ansættelsesvilkår for sygeplejeelever, og i forslag til revision af uddannelsen indkalkuleres økonomiske og personalemæssige konsekvenser ved at foretage ændringer i elevernes ansættelsesvilkår, herunder særligt ændringer i elevernes pligt til at levere lønnet arbejdskraft til hospitalerne under uddannelsens praktiske dele. Det beregnes, at hvis alle sygeplejeelever tages ud af hospitalerne, ville det være nødvendigt at skaffe erstatningspersonale svarende til 2 600 heltidsansatte (Grunduddannelse af sygeplejersker. Betænkning af et udvalg nedsat af det under Indenrigsministeriet hørende uddannelsesnævn for sundhedsvæsnets. Betænkning nr. 730. København, 1975).

<sup>62</sup> Adgangskrav til uddannelsen er i cirkulærer fra 1957 defineret som mellemskoleeksamen kombineret med, at ansøgeren har gennemført en forskoleuddannelse. Endeligt blev der lagt vægt på, at ansøgeren havde karakteregenskaber som flid og uegennyttighed. I den reviderede lovgivning fra 1979 er adgangskravet 10 års skolegang med tilfredsstillende resultat i bestemte fag. I en betænkning fra 1989 anbefales det, at adgangskravet øges til realeksamen eller en gymnasial uddannelse, samtidig argumenteres for at sygeplejerskeuddannelsen burde kunne give adgang til basisuddannelser på universitetscentre (Grunduddannelse af sygeplejersker. Betænkning af et udvalg nedsat af det under Indenrigsministeriet hørende uddannelsesnævn for sundhedsvæsnets. Betænkning nr. 730. København, 1975).

<sup>63</sup> Terminologien, som anvendes i dokumenter efter 1970, vidner om tilslutning til de globale politikker udstukket af FN, herunder særligt WHO. Danmarks medlemskab af EU afspejles i cirkulærer fra midt i 1970'erne, hvor der optræder EF terminologi for beskrivelse af eksempelvis generalistsygeplejersker. Tilslutningen til Bolognadeklarationen indvarsler homogenisering og integration af markederne for sygeplejeuddannelse og sygeplejearbejde i EU.

at sygeplejerskeuddannelsen fortsat skal være en generalistuddannelse af 3½ års varighed på professionsbachelorniveau, *uddannelsen skal være forskningstilknyttet og uddannelsens praktiske og kliniske elementer skal styrkes*. At tyngden af det faglige indhold i uddannelse til sygeplejerske skal ligge i de naturvidenskabelige og sundhedsfaglige fagområder. Sygeplejerskeuddannelsen defineres af den politiske magt som rettet imod praktisk klinisk erhvervsudøvelse, baseret på naturvidenskabelig og sundhedsvidenskabelig viden (Undervisningsministeriet, 2006).

Sygeplejerskeuddannelsen er indplaceret som en mellemlang videregående uddannelse. Andre uddannelser inden for plejeområdet er de korte videregående uddannelser, social- og sundhedshjælpere og social- og sundhedsassistenter. De korte social- og sundhedsuddannelser blev oprettet i 1990 til afløsning af Plejeruddannelsen fra 1977, Sygehjælperuddannelsen fra 1978 og Plejehjemsassistentuddannelsen i 1980.

## Bilag 2

### Sygeplejeforskning

I litteraturen er der konsensus om, at traditionen for sygeplejeforskning oprindeligt stammer fra USA, hvor der i 1950'erne på universiteter oprettedes institutter for sygeplejeforskning. Danske sygeplejersker uddannede sig på disse universiteter og importerede amerikanske traditioner til Danmark (Lorenzen, 2003). Der er konkurrerende positioner inden for dansk sygeplejeforskning. Positionerne danner et spændingsfelt mellem forskningsinteresser, som er orienteret om deskription og intervention, samt forskningsinteresser som er orienteret imod fortolkning af relation og situation. Derudover kan der peges på, at sygeplejeforskning i forhold til genstandsfelter udspilles i et spændingsfelt med fokus på patienters fortolkninger og handlinger eller med fokus på sygeplejerskers fortolkninger og handlinger. Blandt sygeplejersker, som forsker i sygepleje, kan identificeres positioner rettet imod genstandsfelter som klinisk intervention og socialmedicin, samt positioner rettet imod relation, etik og fænomenologi (Kirkevold, 1999).

Markante institutioner i historien om sygeplejerskers efter- og videreuddannelse samt sygeplejeforskning er Danmarks Sygeplejehøjskole, Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning og Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning (UCSF) og Institut for Sygeplejevidenskab ved Århus Universitet. Tidslinjen ser således ud:

- 1938: Danmarks Sygeplejeskole oprettes. Her kunne sygeplejersker videreudanne sig i en sundhedsplejerskelinje og i en leder- og underviserlinje.
- 1980: Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning oprettes som en selvejende institution af Dansk Sygeplejeråd.
- 1990: UCSF oprettes.
- 1991: Uddannelse til kandidat i sygepleje.
- 1993-98: Forskningsprofessorat i klinisk sygepleje finansieret af DSR og Forskningsrådet.
- 1999: Danmarks Sygeplejehøjskole lukkes.
- 2001: Kandidatuddannelsen blev flyttet fra Danmarks Sygeplejehøjskole til Institut for Sygeplejevidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Århus Universitet med et 1/5 professorat tilknyttet.
- 2002: Diplomuddannelser lægges ind under Centre for Videregående Uddannelser.

- 2003: Master i klinisk sygepleje.

Over tid tegner der sig et mønster, hvor den faglige organisation understøtter oprettelse af uddannelses- og forskningsinstitutioner, og efterfølgende overlader institutionerne til andre aktører.

I forbindelse med afviklingen af Danmarks Sygeplejehøjskole er Jette Søe citeret for følgende i Sygeplejersken:

*”Hun (Jette Søe) understreger, at Dansk Sygeplejeråd længe har ønsket, at sygeplejeforskningen bliver en del af det universitære system: ”Vi skal ikke have flere særordninger. Nu skal vi være som alle andre” siger hun... ”Dengang vi oprettede instituttet, var der et stort behov for at komme i gang med sygeplejeforskningen, men det betyder jo ikke, at de danske sygeplejersker skal finansiere deres egen forskning i al evighed. Nu er tiden inden til en ny strategi, hvor vi går ind og bliver en del af det etablerede system på samme præmisser som andre. Planerne om at oprette et sygeplejeinstitut ved universitetet i Århus, betragter jeg som en sejr for os” (Kjærgaard: Sygeplejens institut lukker. Sygeplejersken nr. 45/1999).*

I 1999 og 2005 udgav Dansk Sygeplejeråd policypapers, som beskriver organisationens strategi for sygeplejeforskning. I evalueringen af udviklingen inden for forskning i sygepleje hedder det, at forskningsbaseret uddannelse i sygepleje er blevet konsolideret i master- og kandidatuddannelser, at der er etableret forskningsenheder i klinisk sygepleje på en række af landet sygehuse. Bestanden af sygeplejersker med ph.d.-uddannelser er stigende. På sygeplejeskoler og på kliniske uddannelsessteder er etableret en lektor- og adjunktstruktur. Der er oprettet en række masteruddannelser ved sundhedsvidenskabelige og humanistiske fakulteter, hvor sygeplejersker udgør en væsentlig del af de studerende. Grunduddannelsen i sygepleje er blevet professionsbacheloruddannelse, og uddannelsen er udviklingsbaseret og forskningstilknyttet. Professionsbachelorer har direkte adgang til Kandidatuddannelse i Sygepleje og til Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Strategien for DSR er at støtte rekruttering af sygeplejersker til forskning. Dette vil fremover hovedsageligt foregå ved at give støtte til samfinansierede ph.d.-stipendier. Det anbefales, at strukturelle rammer omkring sygeplejeforskning understøttes gennem oprettelse af institutioner, stillinger og netværk. Særligt indsatsområde er at øge antallet af stillinger for kliniske adjunkter, kliniske lektorer og kliniske professorater. Det anbefales, at sygeplejeforskning retter sig imod klinisk intervention, genetik, neurologi og forebyggelse (Dansk Sygeplejeråd, 2005).



## **Bilag 3**

### **Uddrag af ”Tilladelse fra Datatilsynet”**

Ph.d. stipendiat Niels Sandholm Larsen

Institut for Pædagogisk Sociologi DPU

Emdrupvej 101, bygning D

2400 København NV

Sendt til: nsl@dpu.dk

#### **Vedrørende anmeldelse af: Videnssociologiske perspektiver på sygeplejens vilkår i forhold til nye organisationsformer i det danske sundhedsvæsen**

Ovennævnte projekt er den 30. januar 2006 anmeldt til Datatilsynet efter persondatalovens<sup>64</sup> § 48, stk. 1. Der er samtidigt søgt om Datatilsynets tilladelse.

Det fremgår af anmeldelsen, at De er dataansvarlig for projektets oplysninger. Behandlingen af oplysningerne ønskes påbegyndt 1. maj 2006 og forventes at ophøre 1. februar 2009.

Oplysningerne vil blive behandlet på følgende adresse: Institut for Pædagogisk Sociologi, DPU, Emdrupvej 101, bygning D, 2400 København NV.

#### **TILLADELSE**

Datatilsynet meddeler hermed tilladelse til projektets gennemførelse, jf. persondataloven, § 50, stk. 1, nr. 1. Datatilsynet fastsætter i den forbindelse nedenstående vilkår:

##### **Generelle vilkår**

##### **Tilladelsen gælder indtil: 1. februar 2009**

Ved tilladelsens udløb skal De særligt være opmærksom på følgende:

Hvis De ikke inden denne dato har fået tilladelsen forlænget, går Datatilsynet ud fra, at projektet er afsluttet, og at personoplysningerne er slettet, anonymiseret, tilintetgjort eller overført til arkiv, jf. nedenstående vilkår vedrørende projektets afslutning. Anmeldelsen af Deres projekt fjernes derfor fra fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside.

---

<sup>64</sup> Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger som ændret ved lov nr. 280 af 25. maj 2001.

*Datatilsynet gør samtidig opmærksom på, at al behandling (herunder også opbevaring) af personoplysninger efter tilladelsens udløb er en overtrædelse af persondataloven, jf. § 70.*

1. Ph.d. stipendiat Niels Sandholm Larsen er ansvarlig for overholdelsen af de fastsatte vilkår.
2. Oplysningerne må kun anvendes til brug for projektets gennemførelse.
3. Behandling af personoplysninger må kun foretages af den dataansvarlige eller på foranledning af den dataansvarlige og på dennes ansvar.
4. Enhver, der foretager behandling af projektets oplysninger, skal være bekendt med de fastsatte vilkår.
5. De fastsatte vilkår skal tillige iagttages ved behandling, der foretages af databehandler.
6. Lokaler, der benyttes til opbevaring og behandling af projektets oplysninger, skal være indrettet med henblik på at forhindre uvedkommende adgang.
7. Behandling af oplysninger skal tilrettelægges således, at oplysningerne ikke hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes. Der skal endvidere foretages den fornødne kontrol for at sikre, at der ikke behandles urigtige eller vildledende oplysninger. Urigtige eller vildledende oplysninger eller oplysninger, som er behandlet i strid med loven eller disse vilkår, skal berigtiges eller slettes.
8. Oplysninger må ikke opbevares på en måde, der giver mulighed for at identificere de registrerede i et længere tidsrum end det, der er nødvendigt af hensyn til projektets gennemførelse.
9. En eventuel offentliggørelse af undersøgelsens resultater må ikke ske på en sådan måde, at det er muligt at identificere enkeltpersoner.
10. Eventuelle vilkår, der fastsættes efter anden lovgivning, forudsættes overholdt.  
[...]  
Ovenstående vilkår er gældende indtil videre. Datatilsynet forbeholder sig senere at tage vilkårene op til revision, hvis der skulle vise sig behov for det.

Anmeldelsen offentliggøres i fortegnelsen over anmeldte behandlinger på Datatilsynets hjemmeside [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk). Persondataloven kan læses/hentes på Datatilsynets hjemmeside under punktet "Lovgivning".

Med venlig hilsen

Inge Birgitte Møberg

## **Bilag 4**

### **Oversigt over gennemførte interviews, respondenter og sammensætning af fokusgrupper**

#### **To semistrukturerede interviews er gennemført med specialistsygeplejersker:**

1. Smertesygeplejerske på hospital.
2. Stomi sygeplejerske på hospital.

#### **Fem fokusgruppeinterviews er gennemført med følgende grupper:**

1. Tre rutinerede hospitalssygeplejersker.
2. To nyansatte hospitalssygeplejersker.
3. Tre social- og sundhedsassistenter.
4. Tre sygeplejersker i sundhedscenter.
5. To fysioterapeuter og en sygeplejerske i sundhedscenter.

(Interviews er gennemført i perioden september 2006 til december 2007)

## Bilag 5

### Spørgsmål til fokusgrupper i sundhedscentret:

**Hurtig runde af hensyn til båndet:** Fornavn og hvor længe I har arbejdet i centeret?

#### Oplæg 1:

Hvordan vurderer I, at personalesammensætningen vil være i sundhedscenteret om fem år?

- Hvilke erfaringer ligger til grund for jeres vurdering af den fremtidige bemanning?
- Beskriv forskelle på faggruppernes arbejdsområder og uddannelse.
- Spørg ind til bevæggrunde for valg af arbejdsplads og erfaringer fra tidligere ansættelser.

#### Oplæg 2:

En respondent er blevet bedt om at præsentere en patient for gruppen, hvorefter gruppen stilles følgende spørgsmål:

”Spørg NN om det I har brug for at vide for at overtage patienten”

- Hvad er begrundelserne for, at I netop efterlyser lige præcis ...?
- Er det oplysninger, som I skal bruge til alle patienter eller?

#### Oplæg 3:

Hvad siger I til følgende to udsagn:

- ”I sundhedscenteret har vi tilstrækkelig med viden til at dokumentere, at vores arbejde har en effekt”
- ”I sundhedscenteret mangler vi speciel viden til bedre at kunne dokumentere, at vores arbejde har en effekt”
- Tror I, at andre faggrupper i centeret deler jeres vurdering af udsagnene?
- Hvordan oplever I arbejdet med: Indledende og afsluttende samtaler?

## **Bilag 6**

### **Spørgsmål til fokusgrupper i sengeafdelingen:**

**Hurtig runde af hensyn til båndet:** Fornavn og hvor længe I har arbejdet med specialet?

#### **Oplæg 1:**

Hvordan vurderer I, at personalesammensætningen vil være i afdelingen om fem år?

- Hvilke erfaringer ligger til grund for jeres vurdering af den fremtidige bemanning?
- Beskriv forskelle på faggruppernes arbejdsområder og uddannelse.
- Spørg ind til bevæggrunde for valg af arbejdsplads og erfaringer fra tidligere ansættelser.

#### **Oplæg 2:**

Hvad vurderer I som styrker og svagheder ved standardiserede pleje- og behandlingsforløb?

Hvordan kan I skelne imellem de forskellige dage i patientforløb?

#### **Oplæg 3:**

Hvad siger I til følgende to udsagn:

- ”Vi har tilstrækkelig med viden til at udføre vores arbejde effektivt”
- ”Vi mangler speciel viden til bedre at kunne udføre vores arbejde effektivt”

Hvordan adskiller arbejdet i afdelingen sig fra andet hospitalsarbejde?

Erfaringer med computerarbejde – adgang til maskiner og systemer.

Styrker og svagheder ved specialisering i arbejdet?

Er specialisterne medlemmer af gruppen eller?

## **Bilag 7**

### **Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i hospitalsafdelingen**

Det tidsmæssige omfang af feltstudiet er ca. 120 timers observation, gennemført i perioden november 2006 til januar 2007. Studiet har omfattet dag- og aftenarbejde.

#### **Fokusområder:**

- Modtagelse af patienter.
- Udskrivelse af patienter.
- Forberedelse til operation.
- Modtagelse af patienter efter operation.
- Overdragelse af patienter.
- Planlægning og opsamling i arbejdsgrupper.
- Stuegang.
- Tilsyn og smertebehandling.
- Konsultation i stomiambulatoriet.
- Administrativt arbejde udført af sygeplejersker.
- Administrativt arbejde udført af social- og sundhedsassistenter.
- Manuelt arbejde med patienter udført af sygeplejersker.
- Manuelt arbejde udført af social- og sundhedsassistenter.
- Pauser.

#### **Lokaliteter for deltagerobservation:**

- Kontor.
- Sengestuer.
- Depoter og birum.
- Kantine.
- Modtageafdelingen.

## **Bilag 8**

### **Tidsramme og områder for særlig fokus i deltagerobservationen i sundhedscenteret**

Det tidsmæssige omfang af feltstudiet er ca. 100 timers observation, gennemført i perioden november 2006 til januar 2007. Studiet har omfattet dagarbejde.

#### **Fokusområder:**

- Fysioterapeuters indledende samtaler/modtagelse af patienter.
- Sygeplejerskers indledende samtaler/modtagelse af patienter.
- Sygeplejerskers afsluttende samtaler med patienter.
- Undervisning.
- Træning i gymnastiksal.
- Fysisk testning ved sygeplejersker.
- Fysisk testning ved fysioterapeuter.
- Træning i motionscenter.
- Personalemøder.
- Pauser.
- Kontorarbejde.
- Indkaldelse af patienter.

#### **Lokaliteter:**

- Kontor.
- Træningssal.
- Gang.
- Frokost rum.
- Undervisningslokale.

# Bilag 9

## Eksempel på et ark i en Standardplejeplan

Standardplejeplan Kolonresektion		Patient data
1. Postoperative dag		Dato:
<p><b>Væskebalance</b>            Væskebalanceskema ajourført Nv <input type="checkbox"/>            Væskeskema ajourført Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Drop proppet Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Venflon tilset Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Venflon fungerer Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Venflon skiftet +/- Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/></p> <p><u>Begrundelse EVT. for IV væske:</u>            Hypovolæmi Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Dehydrering Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            IV væske ordination: _____            _____</p>		<p><b>Kvalme/ opkast</b> (Standard tbl/Inj Zofran 4 mg p.n.)</p>
<p><b>Kateter / Vandladning.</b> (kateter seponeres kl. 07.00 - 08.00)            Kateter seponeret kl: _____ Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/>            Spontan vandladning kl: _____ Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Urin klar og uden infektionstegn Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Mistanke om UVI +/- Nv <input type="checkbox"/> Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Mobilisation</b>            Inj .Tromboseprofylaxe iht instruks <input type="checkbox"/>            Mobilisation v            hjælp af :            ELS ved måltider <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ELS 2x2 timer i DV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            ELS 2x2 timer i AV <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            Gangtræning x 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>            Pers.hyg.på badeværelse <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Tarmfunktion</b> (Tbl Magnesia 1 g x 2)            Laksantia e.ordination Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Flatus +/- Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/>            Afføring +/- Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/></p>		<p><b>TED/fødder</b>            Tilset fødder / TED Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Cicatrice</b>            Forbindingen seponeret kl _____ Dv <input type="checkbox"/>            Cicatrise tilset/ er reaktionsløs Dv <input type="checkbox"/> Av <input type="checkbox"/></p>		<p><b>Sygeplejeobservationer .</b></p>
<p><b>Plejeplan ajourført af:</b>            Nv Init. _____ / _____ Dv Init. _____ / _____ Av Init. _____ / _____</p>		



## Referencer

- Abbott, A. (1981). Status and Status Strains in the Professions. *The American Journal of Sociology*, 86(4), 819-835.
- Abbott, A. (1988). *The systems of Professions – An Essay on the Division of Expert Labour*. Chicago: The University of Chicago Press.
- AKF (2006). Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald. AKF.
- Album, Dag. (1991). Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Tidsskrift for Nordisk Lægeforening*, nr. 17.
- Alvesson, M.(2003). Methodology for Close up Studies – Struggling with Closeness and Closure. *Higher Education*, 46, 167-193.
- Andersen, V., Dybbroe, B. & Bering, I. (2004). *Fællesskab kræver fællesskab*. Rapport fra projektet: Sygepleje i forandring; arbejdsliv, faglighed og fagforening. En analyse og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt. Institut for uddannelsesforskning, RUC.
- Andersen Åkerstøm, N. & Born, A. (2001). *Kærlighed og omstilling – italesættelsen af den offentlige ansatte*. København: Nyt fra Samfundsvidenskaberne.
- Andersen Åkerstøm, N. (2003). *Borgerens Kontraktliggørelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Andersen Åkerstøm, N. (2006). *Partnerskabelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Anderson, B. (2001). Forstillede fælleskaber – Refleksioner over Nationalismens Oprindelse og udbredelse. Roskilde Universitetsforlag.
- Argys, C. (1990). *Overcoming Organizational Defences: Facilitatiting Organizational Learning*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bagh, J. (2006). Synspunkt. Sygeplejersken 2006 nr.31. Dansk Sygeplejeråd.
- Bagh, J.(2007). Navne du altid vil huske, Tema: Studiestart. Sygeplejersken 17/2007.
- Beck, U.(2001). *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*. 3. oplag. Reitzel.
- Beck, U.(2002). *Fagre nye arbejdsverden*. Hans Reitzels Forlag.
- Bedholm, K. (2003). *Forandringer og træghed i den sygeplejefaglige diskurs*. Forlaget PUC, CVU Midt-Vest.
- Benner, P. (2001). *From novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing*. New Jersey. Prentice Hall Health.

- Berger, P & Luckmann, T. (2003). *Den samfundsskabte virkelighed*. 2. udgave, 6. oplag. Lindhardt og Ringhof.
- Blase, J. (1993). The Micropolitics of Effective School-Based Leadership: Teachers Perspective. *Educational Administration Quarterly*. Vol. 29(2), 142-163.
- Borum, F. (2008). Strukturreformen som kontinuitet – dannelse af sygehusregioner i et institutionelt perspektiv. I: Pedersen, Greve & Højlund (red.), *Genopfindelsen af den offentlige sektor*. Børsens Forlag.
- Braverman, H. (1982). *Arbete och Monopolkapital*. Stockholm: Raben & Sjögren.
- Bucher, R. & Strauss, A. (1976). Professions in process. I: M. Hammersley & P. Woods (Eds.), *The Process of Schooling*. London: Routledge.
- Bertilsson, M. (1990). The Welfare State, the Professions and Citizens. I: Thorsted, R & Burrage, M. (Eds.), *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications.
- Bjørn, A. (1994). Indlæring i praktik ved refleksion. I: *Praktik i videregående uddannelser*. Evalueringscenteret.
- CASA. (2001). 4 delrapporter fra projektet: Omstillinger i Københavns Kommunes Hjemmepleje. CASA.
- Chinn, P.L. & Kramer, K.K. (2005). *Udvikling af kundskaber i sygeplejen*. Akademisk Forlag.
- Collin, F. (2004). *Konstruktivisme*. Roskilde Universitetsforlag.
- Collin, F. (1998). Socialkonstruktivisme og den sociale virkelighed. I: Järvinen, M & Bertilson, M. (red.), *Socialkonstruktivisme. Bidrag til en klassisk diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Collins, R. (2000). *Max Weber – personen og forfatterskabet*. Hans Reitzel Forlag.
- Collins, R. (1990). Changing conceptions in the sociology of the professions. I: Burrage, M & Torstendahl, R. (Eds.), *The Formation of Professions – Knowledge, State and Strategy*. London: Sage.
- Dahlager, L. (2006, 20. august). Sådan tømmer man et bækken – Foucaults perspektiv. *Politiken*.
- Dahlager, L. (2006a., 22. august). Overlæge: Nye sygeplejersker kan for lidt. *Politiken*.
- Dansk Sygeplejeråd (1990). Statusdokument. Dansk Sygeplejeråd.
- Dansk Sygeplejeråd (2008). DSR Analyse. Fakta om Sygeplejersker.
- Dansk Sygeplejeråd (2008). Medlemsstatistik januar. DSR.

- Dreber, C. & Schwartz, W. (1990). *Power in the highest Degree – Professionals and the Rise of a New Mandarin Order*. Yale: Oxford University Press.
- Dreyfus, H. & Dreyfus, S. (1991). *Intuitiv ekspertise: Den bristede drøm om tænkende maskiner*. Munksgaard.
- DSI, Institut for Sundhedsvæsen (2006). *Hjemmesygeplejen i Danmark*. DSI.
- DSR og Danske Regioner (2008). *Sammenhængende patientforløb – et udviklingsfelt*.
- Due, J. & Madsen, S. (1990). *Man kan kun gå på to ben*. Danmarks Lærerforening.
- Durkheim, E. (2000). *Om den sociale arbejdsdeling*. København: Hans Reitzel.
- Eriksen, T. R. (1992). *Omsorg i forandring*. København: Munksgaard.
- Eriksen, T. R. (2000). *Det moderne plejearbejde. Grus nr. 61*. Aalborg Universitet.
- Eriksen, T. R. (2005). *Professionsidentitet i forandring*. Akademisk Forlag.
- Eriksen, T. R. (1986). *Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse*. Kontekst.
- Foucault, M.(2000). *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzel.
- Frederiksen, K.(2005). *Uddannelse til ordentlighed – at lære sygepleje gennem 200 år*. Forlaget PUC, CVU Midt-Vest.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*. Artline.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism – the third logic*. Polity Press.
- Foucault, M. (2001). *Talens forfatning. Forelæsningsrapport: Viljen til viden, Nietzsche – genealogien, historien*. Hans Reitzels Forlag.
- Foucault, M. (1977). Truth and Power. I: C. Gordon (Ed.), *Power/Knowledge*. New York: Printice Hall.
- Foucault, M. (1978/91). Governmentality. I: G. Buckell, C. Gordon & P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect. Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press, 87-104.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge*. Selected interviews edited by Colin Cordon. Cornwall: The Harvester Press Limited.
- Fyns Stiftstidende. (2006, 24. august). *Gode karakterer til nyuddannede sygeplejersker*. *Fyns Stiftstidende*.
- Giddens, A. (1994). *Intimitetens forandring*. Hans Reitzel.

- Giddens, A. (1989). *Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E. (2001). *Anstalt og menneske – den totale institution socialt set*. Jørgen Paludans Forlag.
- Goffman, E. (2004). *Social samhandling om mikrosociologi, en tekstsamling*. Hans Reitzels Forlag.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Goffman, E. (1971). *The Presentation of the Self in Everyday Life*. London: Penguin Press.
- Goodson, I. & Cole, A. (1992). Exploring the Teacher's Professional Knowledge. I: I. Goodson & M. Mangan, *History, Context, and Qualitative Methods in the Study of Education*. Occasional Papers. Vol 3. Ruccus 1992.
- Goodson, I. & Norrie, C. (2005). A literature Review of Welfare State Restructuring in Education and Health Care in European Contexts: Implications for the Teaching and Nursing Professions and their Professional Knowledge. The ProfKnow Consortium. EU SIXTH FRAMEWORK PROGRAMME PRIORITY. University of Brighton.
- Goodson, I. (2007). *Professionel viden, Professionelt liv*. Frydenlund.
- Goodson, I. (1983). *School Subjects and Curriculum Change*. Chroom Helm Ltd.
- Habermas, J. (2005). *Teknik og videnskab som "ideologi"*. Det lille forlag.
- Hamran, T. (1994). *Plejekulturen: omsorg og pleje med højteknologien som partner*. Borgen.
- Hansen, H. P. (2000). Med magi, humor og visioner. *Sygeplejersken 47/2000*.
- Hansen, H. P. (1999). *I grænsefladen mellem liv og død*. Gyldendal.
- Harste, G. & Mortensen, N. (2002). Sociale samhandlingsteorier. I: H. Andersen & B. Kaspersen (red), *Klassisk og moderne samfundsteori*. Hans Reitzels Forlag.
- Hastrup, K. (1989). Etnografiens udfordringer. I: K. Hastrup og K. Ramløv (red.), *Feltarbejde – oplevelse og metode i etnografien*. Akademisk Forlag.
- Hee, I. (1999). Florence er død. *Sygeplejersken, 1999(45)*.
- Hjort, K. (2001). *Modernisering af den offentlige sektor*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Hjort, K. (red.). (2004). *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*. Roskilde Universitetsforlag.
- Hjort, K. (2005). *Professionaliseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.

- Hjort, K. (2008). *Demokratiseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet. (2002). *Barrierer for mere effektiv arbejdstilrettelæggelse på sygehusene*. Indenrigs- og Sundhedsministeriets rådgivende udvalg. 100 dages opgaven.
- Jacobsen, K & Larsen, K. (2007). *Ve og velfærd – Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*. Lindhardt og Ringhof.
- Järvinen, M & Bertilson, M. (1998). *Socialkonstruktivisme. Bidrag til en klassisk diskussion*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Järvinen, M. (2002). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Magtudredningen. Aarhus Universitetsforlag.
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (red). (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels Forlag.
- Jespersen, K. (1996). *Bureaukrati – magt og effektivitet*. Jurist og Økonomforbundets forlag.
- Kehlet, H. (2001). Kirurgisk Patofysiologi. *Ugeskrift for læger 2001/163(7)*, 908.
- Koch, M. (1944). *Dansk Sygeplejerskers Historie*. Nyt Nordisk Forlag, Arnold Busck
- Konsonen, T. & Houtsonen, J. (2007). European Nurses Life and Work under restructuring: Professional Experiences, Knowledge and Expertise in Changing Contexts. The ProfKnow Consortium. EU SIXTH FRAMEWORK PROGRAMME PRIORITY. University of Brighton.
- Korsbæk, M. (2006, 23. august). Vejle Amt: Det er ikke muligt at lære sygeplejerskerne alt. *Vejle Amts Folkeblad*.
- Krøll, V. (2006, 27. august). Vidensbaseret uddannelse giver langt bedre sygepleje. *Politiken*.
- Kupferberg, F. (1999). *Kald eller profession – at indtræde i sygeplejerskerollen*. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Kvale, S. (1989). *Issues of Validity in Qualitative Research*. Sage, Calif.
- Kvale, S. (1996). *InterViews – an introduction to qualitative research interviews*. Sage, Calif.
- Larsen, J. E. (2000). Klassebiografi og individuel biografi. *Social Kritik nr. 67*.
- Larsen, K (1999). Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider. Ph.d.-afhandling, Københavns Universitet.
- Larson, M. S. (1977). *The Rise of Professionalism*. University of California Press.

- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts*. N.J.: Princeton University Press.
- Loftager, J. (1990). Sygeplejen mellem system og livsverden. I: T. K. Jensen, L. U. Jensen & W. C. Kim (red.), *Grundlagsproblemer i sygeplejen: etik, videnskabsteori, ledelse & samfund*. Århus: Filosofia.
- Lorensen, M. (2003). Et historisk perspektiv på vidensudvikling, sygeplejens genstandsfelt og forskningsmetoder i sygeplejen. I: M. Lorensen & L. Hounsgaard (red.), *Forskning i klinisk sygepleje – metoder og vidensudvikling*. Akademisk Forlag.
- Lorensen, M. (2004). Dansk Selskab for Sygeplejeforskning historie – mundtlig og skriftlig formidling af sygeplejeforskning. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning 1/2004*.
- Malchau, S. (2005, 12. december). Et historigrafisk blik på sygeplejens faghistorie. *Ugeskrift for læger, 169/50*.
- Mangan, M. (1992). *History, Context, and Qualitative Methods in the Study of Education*. Occasional Papers. Vol 3. Ruccus.
- Maaløe, E. (1996). *Case-studier af og om mennesker i organisationer*. Akademisk Forlag.
- Mannheim, K. (1954). *Ideology and Utopia*. The International Library of Psychology Philosophy and Scientific Method.
- Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sygepleje og medicin, historiske og filosofiske essays*. Tano.
- Martinsen, K. (1997). *Fra Marx til Løgstrup: Om etik og sanselighed i sygeplejen*. Munksgaard.
- Martinsen, K. & Boge, J. (2004). Kunnskapshierarkiet i evidensbaseret sygepleie. *Tidsskriftet Sygepleien nr. 13. 2004*.
- Marx, K. (1970). *Kapitalen 1. bog, bd.2*. Bibliotek Rhodos.
- McDonald, R. & Harrison, S. (2004). *The Micropolitics of Clinical guidelines: an empirical study*. The Policy and Politics.
- Mellemgaard, S. (1998). *Kroppens natur: Sundhedsoplysning og naturidealer i 250 år*. København: Museum Tusulanums Forlag.
- Menzies L, I. (1959). 'The Functions of Social Systems as a Defence Against Anxiety: A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital', *Human Relations 13*, 95-121; reprinted in *Containing Anxiety in Institutions: Selected Essays, vol. 1*. Free Association Books, 1988, pp. 43-88.
- Mik-Meyer, N. (2004). *Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering*. Hans Reitzels Forlag.

- Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007). *Magtens Former*. Hans Reitzels Forlag .
- Moos, L., Krejsler, J. & Laursen, P. (red). (2004). *Relationsprofessioner*. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Naverbjerg, S. (1999). *Nye arbejdsorganiseringer, fleksibilitet og decentralisering*. DJØF's Forlag.
- Nightingale, F. (1995). *Notes on Nursing. Bemærkninger om sygepleje*. København: Munksgaard.
- Parsons, T. (1968). Professions. I: D. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillian Company, vol. 12, 536-547.
- Pedersen, K. M. (2005). *Sundhedsvæsnets økonomi, organisation og ledelse*. Gads Forlag.
- Petersen, E. (1989). *Fra kald til fag – kampen om statsautorisation*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Petersen, K. A. (1999). *Sygeplejevidenskab – Myte eller virkelighed*. Viborg Amt.
- Petersen, K. A. (red.). (2001). *Praktikker i erhverv og uddannelse*. Akademisk Forlag.
- Qvortrup, L. (2005). *Det vidende samfund – mysteriet om viden, læring og dannelse*. 2. oplag. Unge Pædagoger.
- Ramhøj, P. (1988). Forord. I: K. A. Petersen, *Sygeplejen en videnskabelig disciplin?* Faglig profil serie. Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning.
- Regeringen (2004). *Aftale om strukturreform*.
- Salling Olesen, H. (2004). Har professioner en fremtid og kan de professionelle skabe den? Om subjektivitet, køn og vidensarbejde. I: K. Hjort (red.), *De professionelle*. Roskilde Universitetsforlag.
- Sandholm Larsen, N. & Hjort, K. (2009). EN HUMLEBI, DER KAN FLYVE? Integration og eksklusivitet i det tvær-professionelle samarbejde. Studentlitteratur. (In print).
- Sandholm Larsen, N. & Larsen K. (2008). Rehabilitering og ”motion på recept” – sociologiske perspektiver. I: M. Nørholm, K. Jensen & N. Rosendal Jensen (red.), *Studier af pædagogisk praksis*. Danmarks Pædagogiske Universitetsforlag.
- Saugstad, T. (2007). Om viden og kunnen – pædagogisk set. I Muschinsky J. L. mfl.(red), *Klassisk og moderne pædagogisk teori*. Hans Reitzels Forlag.
- Scheuer, S. (1985). *Fagforeninger mellem kollektiv og profession*. Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Scheel, M. (1997). *Interaktionel sygeplejepsiksis. Vidensgrundlag – etik og sygepleje*. Munksgaard.
- Schmidt, M. (2008, 19. april). Strejke: Da kaldet døde, vågnede lønmodtageren. *Information*.

- Schön, D. (1987). "Educating the Reflective Practitioner" Donald Schön's Presentation to the 1987 meeting of the American Educational Research Association. Washington, DC.
- Sennett, R. (1999). *Det fleksible menneske – eller arbejdets forvandling og personlighedens nedsmeltning*. Hovedland.
- Simmel, G. (1998). *Hvordan er Samfundet muligt? Udvalgte sociologiske skrifter*. Gyldendal.
- Skjoldager, M. (2006a, 23. august). Baggrund: Akademisk viden er et skarpt våben i kampen for status. *Politiken*.
- Skjoldager, M. (2006, 24. august) Speciallæger støtter kloge sygeplejersker. *Politiken*.
- Statens Institut for Folkesundhed (2008). *Sundhedscentre i Danmark – organisering og samarbejdsrelationer*. Syddansk Universitet.
- Stehr, N. (1994). *Knowledge Societies*. SAGE.
- Stehr, N. (2001). Economy and Ecology in an Era of Knowledge-Based Economies. *Current Sociology, Januar/Vol. 49(1)*. Sage Publications.
- Stehr, N. (2001) A World Made of Knowledge. *Society, November/December 2001*.
- Sundhedsministeriet (1995). Redegørelse fra udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet. Sundhedsministeriet, september 1995.
- Sundhedsministeriet (1995). Redegørelse fra udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet.
- Sundhedsstyrelsen (2003). Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling.
- Sundhedsstyrelsen (2005). Kronisk Sygdom – Patient, sundhedsvæsen og samfund.
- Sundhedsstyrelsen (2007). Socialt udsatte borgeres sundhed – barrierer, motivation og muligheder.
- Thimm, H. (2000). Omsorg i et hverdagslivsperspektiv. Aalborg Universitet. *Grus nr. 61*.
- Thomsen, S. A. (2006). Sygeplejersker skal følge kronisk syge. *Sygeplejersken 1/2006*
- Timmermans, S. & Kolker, E. (2004). Evidence-Based Medicine and the Reconfiguration of Medical Knowledge. *Journal of Health and Social behavior, Vol. 45*.
- Undervisningsministeriet (1998). *Det 21. århundredes uddannelsesinstitutioner. Redegørelse om de videregående uddannelsers institutionelle struktur*. Undervisningsministeriet, januar 1998.
- Undervisningsministeriet (2006). *Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen*. Undervisningsministeriet, Kommunikationsenheden. 06.12, 2006.



- Vallgård, S. (1992). *Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987*. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Vallgård, S. (2003). *Folkesundhed som politik*. Magtudredningen. Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, S. & Krasnik, A. (2007). *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik*. Danmark: Munksgaard.
- Veblen, T. (1889). Conspicuous Consumption. I: T. Veblen, *The Theory Of The Leisure Class.*” Dover Publications.
- Wacherhausen, S. (1994). *Tavs viden og praktik*. I: Praktik i videregående uddannelsen. Evalueringscenteret.
- Weber, K. (2002). Professionsuddannelserne i vadestedet eller Senmodernitetens paradoksale kvalificering. *Social Kritik nr. 81*.
- Weber, M. (2003). Politiske fællesskaber. Magtfordelingen indenfor fællesskabet: Klasser, stænder, partier. I: Max Weber Udvalgte tekster bd. 2. Hans Reitzel.
- Weber, M. (2003). Det Bureaukratiske Herredømmes Væsen, Forudsætninger og Udvikling. I: Max Weber Udvalgte tekster bd. 2. Hans Reitzel.
- Weber, M. (1920/1995). Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd. Nansensgade Antikvariat. København, 1995.
- Weber, M. (1958). Science as a vocation. I: H. Gerth & C. Wright Mills (Eds), *From Max Weber: Essays in Sociology*. New York: Galaxy Books.
- Weber, M. (1968). The meaning of ‘Ethical Neutrality’ in Sociology and Economics. I: *Economy and Society: an outline of interpretive sociology*. 2. bd. Berkeley: University of California Press.
- Wright, E. O. (1979). *Class Structure and Income Determination*. New York: Academic Press.
- Wagner, L. & Carlslund, A. M. (2002). Kvinder og korttidsindlæggelser, UCSF.
- Weber, K. (red.). (1993). Tre-I-Én. EVU-gruppen på RUC.
- Weber, M. (1982). *Makt og Byråkrati*. Oslo: Gyldendal, Norsk Forlag.
- Wingender, N. (1999). *Firkløveret og ildsjælen, Dansk Sygeplejeråds historie 1899-1999*. Bd. 1 og 2. Dansk Sygeplejeråd.
- Wrede, S. & Henriksson, L. et al. (Eds.). (2008). *Care Work in Crisis – Reclaiming the Nordic Ethos of Care*. Malmö: Studentlitteratur.
- Østergaard, S. (1989). *Sygeplejerskeuddannelsen i Danmark 1986-1979*. Gruppen Kontekst.

## Resumé

Afhandlingen angår vidensbaseret af sygepleje i et mikrosociologisk perspektiv. Interessen er at undersøge professionalisering af sygepleje med afsæt i et bottom up perspektiv på, hvordan sygeplejersker legitimerer arbejde og gør krav gældende. På empirisk niveau undersøges sygeplejerskearbejde i relation til rehabilitering af kronisk syge i et kommunalt sundhedscenter og i en sengeafdeling på hospital, hvor der arbejdes med accelereret kirurgisk behandling. Undersøgelingsdesign er to eksplorative casestudier med fokusgruppeinterviews, deltagerobservation og indsamling af lokale nøgledokumenter – metoderne er baseret på en interaktionistisk begrebsramme med referencer til Goffmans sociologi. Det analytiske blik er funderet i en socialkonstruktivistisk tradition med referencer til Berger & Luckmann og Michel Foucault. Den analytiske strategi er at identificere argumentationer i materialet og systematisere dem i forhold til kendte vidensformer og tilhørende klassifikationssystemer, sand/falsk, godt/ondt, stærk/svag, virker/virker ikke osv.

Afhandlingens fokus på arbejde er begrundet i Andrew Abbotts professionsteori. Det hedder, at studier af professionelles konkrete arbejde er central til forståelse af forholdet mellem de videnssystemer, som en profession bygger på og den jurisdiktion, den gør krav på. Professioners videnssystemer er konservative og tenderer til at lukke sig omkring sig selv. Videnssystemer undergår forandringer i et spændingsfelt mellem perfekt, ”ren” viden i forskning, lærebøger og policy papers og ”real” viden i arbejdet, det vil sige viden indlejret i konkrete situationer og institutionelle logikker. Forandringer i professioners videnssystemer sætter sig tydeligst og hurtigst igennem i det konkrete arbejde, hvor faggrænser udfordres i kampe mellem faggrupper om domæner og kognitiv kontrol.

Udvælgelse af sygeplejerskers arbejde med rehabilitering og med accelereret hospitalsbehandling er begrundet i, at der er politisk fokus på netop disse former for sundhedsfagligt arbejde. De politiske interesser er afledt af en forventet stigende efterspørgslen på sundhedsydelser og af problemer med at rekruttere og fastholde sundhedsfaglig arbejdskraft. Som følge af demografiske ændringer antages særligt behandling og rehabilitering af kronisk syge ældre at udgøre et voksende indsatsområde. Sygeplejerskernes faglige organisation har været aktiv i etablering af kommunale sundhedscentre som alternativ til traditionel rehabilitering i hospitalsregi. I et fagpolitisk perspektiv er etablering af kommunale sundhedscentre et offensivt træk til fastholdelse af lokale arbejdspladser som modsvar til centraliseringer af arbejdsmarkedet. Det sundhedsfaglige argument er, at rehabilitering har størst effekt, hvis ydelserne produceres i tværfaglige og helhedsorienterede miljøer. Etablering af kommunale rehabiliteringsinstitutioner flugter med politiske interesser bag strukturreformen, kommuner pålægges større ansvar for rehabilitering og behandling, hospitalernes produktionsapparat søges effektiviseret og forbeholdt til specialiseret sundhedsfaglige ydelser. Tilsvarende ræsonnementer gør sig gældende i profilering af accelereret hospitalsbehandling. Fokus er: Effektivitet i behandling, rationel udnyttelse af hospitalernes produktionsapparat, forkortelse af ventetider og produktion af ensartede ydelser efter anerkendte og virksomme principper.

Som forventet viser undersøgelsen, at der er komplicerede og kreative koblinger mellem vidensformer og abstraktionsniveauer i sygeplejerskers arbejde, at teknisk viden er den dominerende vidensform, og at viden reproduceres i arbejdet gennem systematisk brug af manualer. Udover kendte vidensformer er identificeret en vidensform, som kaldes ”logistisk viden”. Logistisk viden har prognostisk karakter og er knyttet til planlægning og sekvensering af elementer, som indgår i produktion af sundhedsfaglige ydelser. Blandt vidensformerne spiller logistisk viden en overraskende stor rolle i legitimering af sygeplejerskearbejde. Logistisk viden indgår i magtfulde alliancer med teknisk og økonomisk viden, alliancer som har potentiale til at udfordre kognitive domæner i sundhedsfagligt arbejde.

Undersøgelsen viser som forventet, at sygeplejerskers faglige autoritet er relativ. Sygeplejersker har stort held til at forsvare interesser, udvide domæner og udøve kognitiv kontrol med arbejdet i behandlingsinstitutionen. Behandlingsarbejde tilbyder en kontekstuel ramme, som faciliterer sygeplejerskers magtudøvelse. Sygeplejerskers faglige autoritet er relativt svagere i rehabiliteringsinstitutionen. Sammenlignet med fysioterapeuter har sygeplejersker vanskeligt ved at etablere domæner og forsvare interesser. I rehabiliteringsarbejde domineres sygeplejersker af fysioterapeuter. Fysioterapeuterne er i besiddelse af kognitive kontrol, og sygeplejersker har vanskeligt ved at legitimere og fastholde domæner.

## Abstract

The thesis concerns the professionalization of nursing in a micropolitical perspective. Studying how nurses exercise professional authority in work, the professionalization of nursing is approached from a bottom-up perspective.

At the empirical level the work of nurses is sampled as work performed in relation to rehabilitation in a healthcare center and in relation to fast track surgery in a hospital ward. The design is two explorative case studies including interviewing, participant observation and collection of local documents. The methodology is approached within a sociological tradition as stipulated by Erving Goffman. The analytical approach is rooted in the tradition of social constructivism with references to Berger & Luckmann and Michel Foucault. The analytical strategy is to identify claims in talk and action and relate the findings to known forms of knowledge and systems of classification, truth/false, strong/weak, good/bad, mad/sane etc.

The focus on work as approach in professional studies is rooted in the theory of Andrew Abbott, saying that studying of the work of professionals is crucial in understanding the systems of knowledge upon which a profession bases claims of knowledge and jurisdiction. The knowledge systems of professions are centripetal and conservative. The knowledge systems of professions tend to change slowly, and changes are first observed in professional work, at workplaces jurisdictional claims are challenged and negotiated in complex relations between various professional groups.

The political focus on the work of healthcare professionals in rehabilitation and fast track care is the main reason why these particular regimes of care work are pointed out as samples of the work of nurses. The political interests are based on an expected higher demand for health care services and problems recruiting qualified work power to public healthcare. Due to demographic changes the treatment and rehabilitation of the chronically ill is expected to represent an expanding challenge for the health care system. The trade union of nurses has been active in promoting the idea of healthcare centers in Denmark. From a trade union point of view establishing community health care centers can be seen as an offensive move and response to loss of local workplaces for nurses, due to the centralization of healthcare in major and highly specialized hospital institutions. From a health care perspective, evidence shows that the best result of rehabilitation are achieved through a holistic and multidisciplinary approach. Almost the same arguments can be identified in relation to the interests in fast track hospital treatment. Evidence shows higher efficiency and fewer complications when care is based on specialization, short term treatment and systematic knowledge. These points of views correspond with the restructuring of the Danish Healthcare System, focusing on national interests connected to efficiency, the reduction of waiting lists and costs.

Corresponding to other studies, this study shows complex relations and connections between various forms of knowledge in care work. Technical knowledge is the predominant form of knowledge and knowledge is reproduced through the systematic use of manuals. Besides well-known forms of knowledge, "logistical knowledge" is identified in the material. Logistical

knowledge is connected to prognostic interest regarding the planning of sequences in the production of healthcare services. Compared to other forms of knowledge, logistical knowledge plays a key role in the legitimization of the work of nurses. Together with economical and technical knowledge logistical knowledge form a powerful and superior alliance, challenging the traditional jurisdictions in healthcare.

As shown by others, the study shows that the professional authority of nurses is relative. Nurses defend interests and exercise cognitive control efficiently in the hospital ward. The pattern is rather opposite in the health care centre, within the frames of rehabilitation nurses are confronting difficulties in establishing and defending jurisdiction and work tasks. Compared to physiotherapists, nurses are dominated and subordinated the cognitive control of the physiotherapists.