



**Sygepleje og sygeplejerskens  
rolle i dagens og fremtidens  
sundhedsvæsen  
- et debatoplæg**

Dansk Sygeplejeråd



## **Sygepleje og sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen**

### **- et debatoplæg**

Forsidebillede: Dorthe Stauning Rasmussen, sygeplejerske på scleroseklinikken på Rigshospitalet.

"I vores daglige arbejde kan infusionerne og det instrumentelle let overskygge sygeplejen, og billedet beskriver dette spændingsfelt. Jeg har valgt at kalde billedet 'Mod – lys'."

Øvrige billeder: Lena Rønsholdt, sundhedsplejerske i Aalborg Kommune

Layout: Dansk Sygeplejeråd 12-57

Copyright © Dansk Sygeplejeråd december 2014.

Alle rettigheder forbeholdes.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

# Indledning

Sygeplejerskers arbejde har stor betydning i samfundet – for det enkelte menneske, der er i kontakt med sygeplejen og sygeplejersker, og for sundhed og livskvalitet i bredere forstand.

Derfor er det nødvendigt, at vi til stadighed overvejer, hvordan vi udfører sygeplejen, og at vi udvikler sygeplejen. Erik Elgaard Sørensen, sygeplejerske og ph.d., har udtrykt det således: Det vil sige ikke altid blindt følge rutinen, men reflektere og stille spørgsmål som: "Hvorfor gør vi nu det? Hvad ved vi om det? Kan vi gøre det på en anden måde? En dobbelthed, som har med fag og sag at gøre. Sygepleje har som alle andre fag en inderside (fag) og en yderside (sag)".

Men det er ikke altid let, for vi udfordres jævnligt i takt med store forandringer i sundhedsvæsenet. Der er et behov blandt sygeplejersker for at tydeliggøre og definere sygeplejen. Men kan vi overhovedet tale om én definition på sygepleje i nutidens og fremtidens samfund?

For at indkredse det spørgsmål har Dansk Sygeplejeråd derfor bedt tre forskere give hver deres bud på en definition på sygepleje, på sygeplejerskens rolle i dagens og fremtidens samfund og på de kompetencer, der er og bliver nødvendige. For at favne hele spekteret mellem fagets inder- og yderside, har vi valgt to sygeplejeforskere og en forsker, der ikke har en sygeplejefaglig baggrund, men som har forsket i sygeplejerskers arbejde og kultur. På den måde hører vi både sygeplejefprofessionens egen stemme og omverdenens stemme, og det giver et billede af, hvordan vi selv og andre ser på os.

**Marit Kirkevold**, professor i sygepleje, skriver om de udfordringer, sygeplejen står overfor i dagens samfund og om de specielle kompetencer, det kræver. Marit Kirkevold giver også et bud på en definition på sygepleje, der kombinerer Virginia Hendersons klassiske definition med et patientperspektiv, der blandt andet handler om at tage vare på patientens integritet og liv.

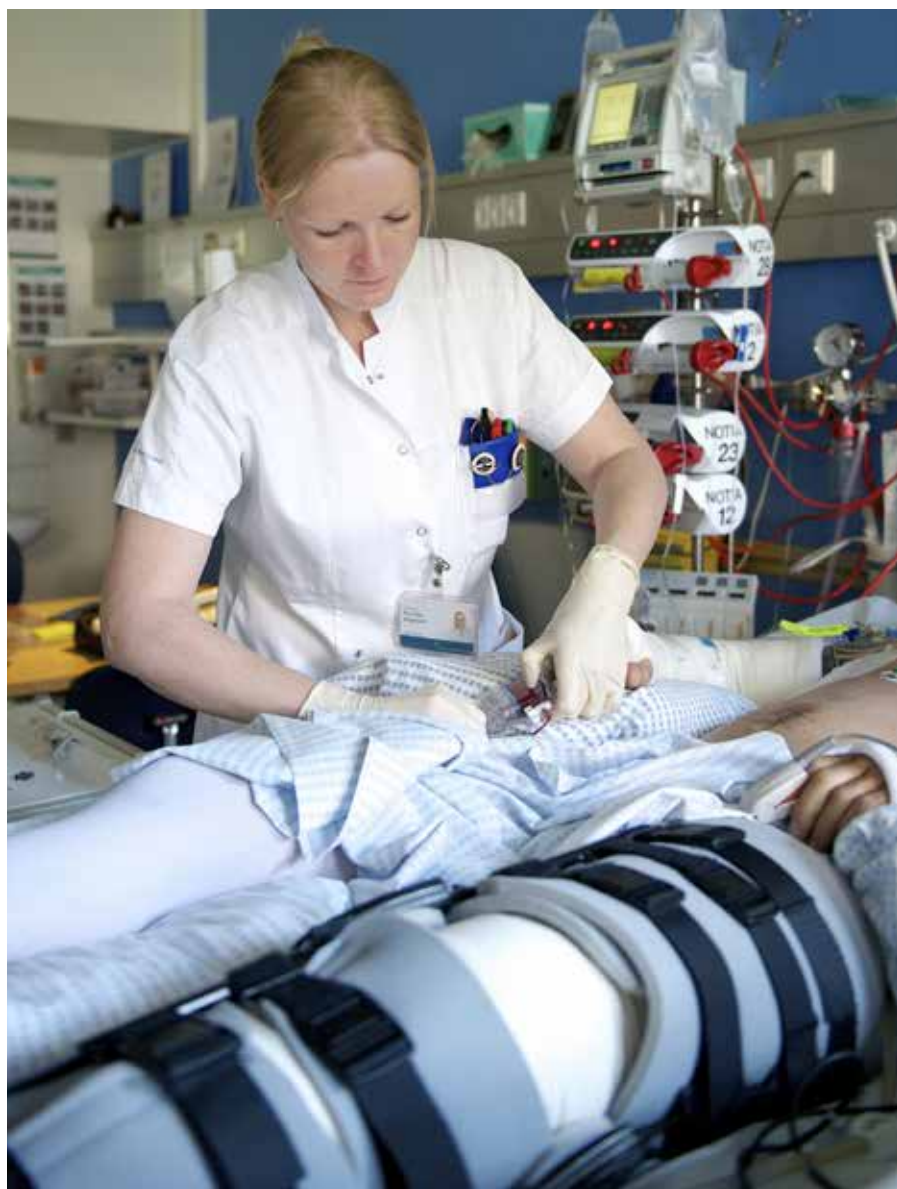
**Mari Holen**, sygeplejerske og postdoc, uddyber også det krydspres, sygeplejersker står i, og peger på kravet om evidensbaseret og standardisering kontra de komplekse problemstillinger, patienterne kommer med. Som noget nyt tager Mari Holen også det krydspres op, som patienterne står i. Patienter forventes at udvise godt patientskab ved at påtage sig de normer, institutionen pålægger ham/hende, og de forventes at være selvstændige, effektive og at tage ansvar for egen sundhed. Det er ikke alle patienter, der magter at leve op til disse krav.

**Christina Holm-Petersen**, senior projektleder ved DSI og ph.d., udfordrer os ved at stille skarpt på os i et sociologisk perspektiv, hvor sygeplejerskernes relationer til lægerne, til kollegerne og til patienterne bliver analyseret. Det tegner et billede af sygeplejerskernes ligestillingskamp med lægerne, af rollen som patientens advokat og hjælper, og af de kollegiale relationer til andre sygeplejersker som det bærende i arbejdslivet. Christina Holm-Petersen opfordrer os til ikke at ekskludere læger og patienter fra fællesskabet, men i stedet inkludere patienter og læger som samarbejdspartnere for at gøre relationsarbejdet til et fælles ansvar.

Dansk Sygeplejeråd håber, at dette debatoplæg vil give anledning til gode drøftelser om sygeplejens fremtidige rolle og om de kompetencer, sygeplejersker skal have nu og i fremtiden. Og ikke mindst, hvordan de nye patientroller påvirker sygeplejen, og hvilke krav det stiller til os som sundhedsprofessionelle.



Dorte Steenberg  
Næstformand



# Hvad er sygeplejens rolle i dagens og fremtidens sundhedsvæsen?

**Af Marit Kirkevold, professor, Dr.ED., professor, Afdelingen for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet**

I en helt ny bok om klinisk sykepleie (Holter og Mekki 2011) beskrives profesjonell sykepleie som ivaretagelsen av pasientens grunnleggende behov når pasienten ikke selv har styrke, kunnskap og vilje til å møte dem, men henvisning til Hendersens (1966/1972) klassiske definisjon publisert tidlig på 1960-tallet. Det er i utgangspunktet overraskende at forfatterne finner det naturlig å bruke denne definisjonen av sykepleie etter ca. 50 år med hektisk kunnskapsutvikling og forskning innen de fleste felt av sykepleien. For i denne perioden har det skjedd svært mange endringer i helsevesenet og i samfunnets behov for sykepleie. Til tross for at folks generelle helse har blitt bedre, grunnet bedre levekår, lever mange med kroniske sykdommer over lengre tid. Økende alder gjør at mange eldre mennesker lever med multisykdom og polifarmasi. Som en konsekvens av en rekke samfunnsendringer er livsstilssykdommene i sterk fremvekst. Dette gjelder i alle aldre, fra tidlig barnealder. Psykisk helse og rus fører til store helse- og sosiale problemer og betydelig lidelse både for pasienter og for de nærmeste. Disse endringene medfører at mange av sykepleiernes pasienter ikke lenger er klassiske hospitaliserte, pleietrengende pasienter i behov av akutt, medisinsk oppfølging og lindrende pleie og omsorg. Mange trenger primært annen type omsorg og hjelp enn den vi tradisjonelt har vært vant til å yte. Dette gjelder tiltak som styrker den enkeltes evne til å mestre symptomer, gjennomføre medikamentelle og andre typer behandling og gjennomføre krevende livsstilsendringer. I mange tilfeller må pasienter gjennom betydelige endringer i selvforståelse og identitet og oppgi eller endre på viktige aktiviteter og verdier som inntil sykdommen har gitt livet retning og mening. Dette stiller nye, store krav til sykepleieutøvelsen.

Men på samme tid som behovet for sykepleie endrer seg, øker også behovet for tradisjonell sykepleie. Fordi mennesker lever lenger og mange flere blir vesentlig eldre enn før, har vi en stor og voksende gruppe gamle, pleietrengende mennesker som trenger nettopp god, "gammeldags" pleie og omsorg. Faktisk er denne gruppen så stor, at i de fleste vestlige land har myndighetene store problemer med å sørge for at behovet imøtekommes. Det er dessverre slik at sykepleie og omsorg i økende grad er blitt et gode som må rasjoneres. Dette er et faktum som svært mange kliniske sykepleiere og ledere må forholde seg til i det daglige og som mange pasienter

kjenner på kroppen i sine møter med et helse- og omsorgsvesen de ofte kjenner seg oversett, sviktet og til dels krenket av. Behovet for "kompenserende" omsorgsfull sykepleie, som i hovedsak tar over de egenomsorgsoppgaver som pasienter og pårørende selv har ivaretatt inntil de ble for syke og skrøpelige, er faglig utfordrende. Dette er fordi pleierne skal gjennomføre praktiske oppgaver, behandlingsoppgaver og yte omsorgsfull pleie, samtidig som man skal ta hensyn til den enkeltes selvbestemmelse og integritet (Kirkevold 2008). Det er ofte en utfordring for sykepleiere å finne ut hvordan pasientens autonomi og medbestemmelse skal ivaretas samtidig som faglig forsvarlig sykepleie skal ytes innenfor meget stramme tids- og organisatoriske rammer. Dette gjelder ikke minst i møte med personer som har kognitiv svikt og/eller demens.

Endringene innen medisinsk behandling og helsevesenets organisering påvirker sykepleieutøvelsen i vesentlig grad. Når pasienter som tidligere ikke overlevde alvorlige ulykker og sykdommer i økende grad gjør det, grunnet bedret medisinsk behandling og oppfølging, skaper dette både nye pasientgrupper og nye behov for sykepleie. Videre fører økt poliklinisk behandling og redusert liggetid på sykehus til at rammene for sykepleieutøvelsen endres. Tidligere hadde sykepleiere pasientene "tilgjengelig" i dager og uker og kunne yte både praktisk pleie og omsorg, samt opplæring og mestringsstøtte over tid. Nå skrives pasienter ut så snart de er ferdigbehandlet "medisinsk" selv om de ikke er ferdig i et omsorgs- og sykepleiepleiefaglig perspektiv. Sykepleiere har ofte et hovedansvar for å sørge for at pasienter og pårørende er "klare for" de utfordringer som kommer etter utskrivelsen. Men opplærings- og tilpasningsprosessen kan ofte ikke forseres og presses inn i den korte tiden som er satt av til akutt behandling. Dessuten må sykepleierne ofte ha fokus på sin del av oppfølgingen av den medisinske behandlingen i den akutte fasen av en behandling. Dette gjør at mange pasienter skrives ut med vesentlige gjenværende sykepleiebehov. Dette krever en annen grad av samordning og samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten enn det som var påkrevd tidligere.

I dagens helsetjeneste er sykepleierne oftest en del av en større gruppe pleiepersonale og av et tverrfaglig team. Svært mye av den praktiske utøvelsen av pleie og omsorgsoppgavene utføres av andre pleiegrupper enn sykepleiere. Særlig er dette tilfellet i primærhelsetjenesten. Pleieassistenter, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere har ingen eller en begrenset, mer praktisk rettet utdanningsbakgrunn innen sykepleie, men har et stort daglig ansvar for å innøtekomme mange av pasientenes sykepleiebehov. Dette gjelder særlig innen eldreomsorgen, hvor pasientens helsetilstand og sosiale forhold er sammensatte og komplekse. Ofte har sykepleierne her et mer overordnet ansvar for å vurdere og planlegge pasientens behov og/eller utføre

de medisinske og mer kompliserte sykepleieoppgavene. I andre tilfeller brukes ikke sykepleiernes økte kompetanse målrettet der behovet er størst. Med sitt profesjonelle ansvar for sykepleien, har sykepleierne et viktig ansvar for å veilede og følge opp annet pleiepersonell og samarbeide med de andre helseprofesjonene. Dette er en form for klinisk lederskap som skal sikre at pasientene samlet sett får sine behov ivaretatt på en best mulig måte. Men ofte ivaretas ikke denne kliniske lederoppgaven i tilstrekkelig grad.

En stor utfordring for sykepleieprofesjonens ivaretagelse av dens samfunnsmessige mandat, er rekrutteringsproblematikken og den store graden av turnover blant sykepleiere. Denne mangelen på stabilitet gjør at svært mye verdifull kunnskap og klinisk erfaring går tapt. Samtidig medfører dette at stadig nye utøvere må læres opp og introduseres til fagets verdier, kunnskap og ferdigheter. Utdanning og veiledning av studenter, nye kolleger og andre i det sykepleiefaglige teamet er derfor svært viktige oppgaver. Likeledes er lederskap essensielt. Fordi sykepleieutøvelsen skjer innenfor stadig mer krevende rammer og i et meget komplekst helsesystem, i samspill med svært mange andre profesjoner og aktører, og med stadig flere byråkratiske krav og politiske føringer, er behovet for kompetent ledelse avgjørende. Sykepleieledelse er en krevende oppgave som dels handler om strategisk ledelse for å sikre nødvendige rammebetingelser for at pasienters behov for sykepleie blir ivaretatt. Men det handler også om praktisk ledelse for å sørge for at de samlede sykepleieressursene brukes på en mest mulig fornuftig måte for å møte pasientenes samlede behov. En avgjørende lederoppgave er å sørge for målrettet kompetanseutvikling og å fremme en kultur for kritisk refleksjon og kunnskapsbasert praksis.

For å sikre at sykepleieutøvelsen er kunnskapsbasert, er forskning og fagutvikling avgjørende. Forskning på sykepleiens område er i sterk fremvekst innen en rekke klinisk relevante områder, men er i sin spede begynnelse i Danmark sett i internasjonal sammenheng. Det som er spesielt gledelig er at en rekke danske sykepleieledere har bidratt til å fremme sykepleieforskningen gjennom å arbeide frem gode rammebetingelser i det kliniske felt. Dette arbeidet danner et godt grunnlag for å øke forskningsinnsatsen på sykepleiens område. Svært viktig er det også at Århus universitet har gått i bresjen for å etablere sykepleieutdanning på akademisk nivå i Danmark og slik sett har bidratt til at danske sykepleiere har samme muligheter som kolleger i andre land. DSR satsing på å fremme utdanning, fagutvikling og forskning skal ikke være uteglemt i denne sammenheng.

Sykepleiernes roller og ansvar er med andre ord svært varierte og stadig mer utfordrende og krevende. Det er ikke mulig å forestille seg at den enkelte sykepleier



skal ha kvalifikasjoner og kompetanse som kan dekke alle disse rollene. Vi må derfor tenke oss et at sykepleieprofesjonen besitter en kollektiv kompetanse som ivaretar ulike sider og nivåer av sykepleienes samlede ansvar og roller.

### **Hvilke kvalifikasjoner og kompetencer er nødvendige for sykeplejerskerne for, at de kan udfylde denne rolle?**

Ut fra det som er skrevet over, kan det være hensiktsmessig å tenke seg kvalifikasjoner og kompetanse på følgende områder/nivåer:

Alle sykepleiere må ha grunnleggende generelle kvalifikasjoner og kompetanse på følgende felt:

- Grunnleggende forståelse for hvordan sykdom og uhelse griper inn i menneskers liv (både for pasient og pårørende)
- Vurderingskompetanse (evne til å avdekke hva som er den enkeltes opplevelser av sin situasjon, behov og mål, hvilke sykepleiebehov vedkommende har, evne til å prioritere behov og tiltak)
- Pasientrettet samhandlingskompetanse (evne til å samarbeide med pasient og pårørende slik at pasientens selvbestemmelse og integritet ivaretas)
- Profesjonsrettet samhandlingskompetanse (evne til å samarbeide med kolleger i og utenfor egen profesjon slik at pasienten får tilgang til best mulig behandling, pleie og omsorg)
- Klinisk kompetanse (god kunnskap og ferdigheter i gjennomføring av sykepleie-tiltak knyttet til grunnleggende behov og spesielle behov v/sykdom og funksjons-svikt)
- Helsefremmende og forebyggende kompetanse (kunnskap og ferdigheter til å hjelpe andre i å styrke egne helseressurser, fremme sunne vaner, livsstilsendringer og helse- og sykdomsrelatert egenomsorg)
- Klinisk lederskap (kompetanse til å veilede andre, organisere og prioritere arbeidoppgaver og bruke pleieteamets samlede ressurser og kompetanse best mulig for å møte pasientenes behov)

- Arbeide etisk forsvarlig og kunnskapsbasert (evne til å kritisk vurdere og anvende kunnskaper fra et bredt spekter av felt og tradisjoner)

Utover de grunnleggende kvalifikasjonene og kompetansen, krever dagens og morgendagens pasienter sykepleiere som har avansert klinisk kompetanse. Denne kompetanse kan delvis være generalisert (som i flere av de internasjonale "nurse practitioner" rollene) eller den kan omfatte spesialistkompetanse rettet mot spesielle pasientgrupper og/eller funksjoner. Oppsummert kan en si at disse kvalifikasjonene omfatter:

- Avansert vurderingskompetanse (utvidede oppgaver knyttet til helse-/sykdomsvurdering)
- Avanserte kliniske kunnskaper (utvidere oppgaver knyttet til identifisering av sykdom, symptomer, behandlingsbehov, sykepleie)
- Avansert samhandlingskompetanse (utvidede kvalifikasjoner/evne til å samhandle med pasienter, pårørende, kolleger, andre helseprofesjoner)
- Avansert klinisk lederskap (kvalifikasjoner til å ivareta selvstendige kliniske lederoppgaver i forhold til helsevurdering, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter og lede andre i deres kliniske arbeid)
- Akademisk kompetanse (evne til å drive fagutvikling og utvikle kunnskapsbaserte tjenester)

For å ivareta sykepleieprofesjonens samfunnsmandat trengs også sykepleiere med gode lederegenskaper. Det krever sykepleiere som har:

- Strategisk lederkompetanse (fremme pasienter og sykepleieres overordnede interesser ut fra et sykepleiefaglig perspektiv)
- Praktisk lederkompetanse (sikre gode tjenester gjennom målrettet bruk og utvikling av sykepleieres kompetanse i det samlede behandlings- og pleieteam).
- Forskningskvalifikasjoner (bidra til og/eller lede kunnskapsutviklingen på sykepleiefagets område)

- Kompetanse innen kunnskapstranslasjon (systematisk bruk av kunnskap i utvikling av gode tjenester til pasienter/pårørende)
- Fagpolitisk kompetanse (synliggjøre sykepleiens samfunnsmandat og betingelser for å kunne oppfylle det).

### **Hvad kan en nutidig definisjon på sygepleje være?**

Sykepleiens rolle og ansvar er både tidløs og historisk og kontekstuellet betinget. Derfor er Henderson's klassiske definisjon av sykepleiens særegne ansvar og funksjon stadig aktuell. Samtidig gjør de siste femtiårs kunnskapsutvikling og forskning innen sykepleie, kombinert med de store endringene i samfunnets behov for sykepleie og i rammene for sykepleieutøvelsen, at andre sider av sykepleierne rolle og ansvar er blitt tydeligere. Derfor kan det være grunn til å supplere Henderson's definisjon. Jeg vil her trekke frem Suzie Kims (2010) definisjon av sykepleie, hvor hun nettopp fremhever at den kunnskapen som er utviklet innen en rekke nye kunnskapsområder må underbygge sykepleieutøvelsen, for å ivareta pasientenes behov og interesser. Hun definerer sykepleie som:

A goal-directed, deliberative, action-oriented, and coordinated work for and with people for enhancing healthful living or peaceful dying, in which both patients and nurses embody the ontological realities of human features and life, and of human agency. Nursing practice is an intentionally coordinated process consisting of scientific, technological problemsolving, human-to-human engagement, and services to people with specific needs. It occurs in social situations of health care in which nurses assume particular sorts of responsibilities (p. 48-49).

Det fører for langt her å utdype hva alle elementene i definisjon innebærer, men ett særdeles viktig poeng i Kim's definisjon er at god sykepleie kombinerer kunnskap fra sykepleiens tradisjonelle problemorienterte og kliniske tilnærming med kunnskap som ivaretar pasientens opplevelser og levde liv, inklusive hans/hennes aktive og meningsbærende interesser og mål, slik at behandling og omsorgsfull sykepleie av pasienter og pårørende oppleves som ivaretagende av deres integritet og liv. Videre anerkjennes sykepleierne komplekse og sammensatte kompetanse og roller og hvordan disse påvirkes av den sosiale kontekst sykepleien befinner seg innenfor. Dette er i god harmoni med den skandinaviske omsorgstradisjonen i sykepleie.

## **Referanser**

Henderson V. (1966/1972). "Basic Principles of Nursing," Geneva: ICN.

Holter IM, Mekki TE. (Red.) (2011). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Oslo: Akribe.

Kim HS. (2010). The Nature of Theoretical Thinking in Nursing. 3rd. ed. New York: Springer.

Kirkevold M. (2008). Den gamles integritet (kapittel 8). I Kirkevold, M., Ranhoff, A.H,

Brodtkorp, K. (Eds.) (2008). Geriatrisk sykepleie: God omsorg for den gamle pasient. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 91-99.



# Patientens advokat, hjælper eller samarbejdspartner? -refleksioner om sygeplejens fremtidige relationer til patienten

Af Christina Holm-Petersen, Senior projektleder DSI,  
cand.scient.adm, MA STS, ph.d.

Der sker rigtig meget i sundhedsvæsenet i disse år. Som konsekvens er der flere spændende udfordringer for fremtidens sygepleje og sygeplejersker. En er fortsat at arbejde med, hvordan høj faglig sygeplejekvalitet kan udvikles og fastholdes i de stadig mere komprimerede indlæggelsesforløb. Hvad er vigtigt sygeplejemæssigt at nå, inden patienterne udskrives fra vores afdeling? En anden udfordring er at skabe kvalitet i patientforløbet på tværs af afdelinger og sektorer. Herunder også i patienternes eget hjem fx i forbindelse med udgående teams og telemedicinske løsninger. At tænke i, hvordan der skabes kvalitet på tværs er en stor udfordring, blandt andet fordi det kræver tanker og handlemønstre, der bryder med mange års traditioner, måder at organisere arbejdet på og de knappe ressourcer. En tredje udfordring handler om, at presset for at optimere samarbejde og relationer stiger i takt med, at samfundet i stigende grad forventer et effektivt og kvalitetspræget samarbejde. Dette debatindlæg adresserer denne tredje udfordring: Hvordan sygeplejens relationer i højere grad professionaliseres.

Flere sygeplejeforskere har hævdet, at det ikke er muligt at forstå sygeplejefprofessionen uden samtidig at forstå deres relationer til deres "signifikante andre" såsom lægeprofessionen og patienterne. Oversat til almindeligt dansk betyder det, at sygeplejens identitet blandt andet afhænger af, hvordan sygeplejersker forholder sig til, taler om og taler med læger og patienter.

I den ideelle verden er disse relationer præget af gensidig respekt, hvor hver part mødes med hver deres særlige viden og indsigt. Det giver et godt samarbejdsklima, producerer en fornemmelse af selvværd, øger arbejdsglæde, patientglæde, minimerer risikoen for fejl og øger sandsynligheden for patient compliance.

Vi ved fra litteraturen - og de flestes personlige erfaringer - at dette langt fra altid er tilfældet. I realiteten er relationerne langt mere komplekse og til tider også uproductive. Læger og sygeplejersker har svært ved at lytte til patienterne (Davis et al.

2007; Rahbek & Rønberg 2010), patienterne ses ind imellem også som en kilde til besvær og 'snavset' arbejde (Aiken & Sloane 1997), som besværlige og kategorier frem for mennesker (Holm-Petersen et al. 2006), sygeplejersker udvikler defensive copingstrategier, der skal holde afstand til patienterne (Hinshelwood & Skogstad 2000), og relationen mellem sygeplejersker og læger kan være præget af konkurrence, konflikt og mangel på respekt.

### **Relationen til lægerne**

I professionssociologien er der ligesom i den medicinske sociologi og antropologi en antagelse om, at der eksisterer et over- og underordningsforhold mellem læger og sygeplejersker (Aiken & Sloane 1997; Blomgren 1999; Borum 1976; Katz 1969; Muff 1988; Samuelson 1991; Star & Strauss 1999; Strauss 2001). Nogle gange forklaret ud fra forskellen i køn – læger har traditionelt været mænd, sygeplejersker har traditionelt været kvinder (Gamarnikow 1991; Hallam 2002; Littlewood 1991; Lupton 1994; Muff 1988; Sahlin-Andersson 1997; Strauss 2001; Wiener 2000), nogle gange som en forskel i arbejdsteknologier - læger er specialiserede, og sygeplejersker er generalister (Freidson 1970 og Strauss 1966 i Aiken & Sloane 1997; Halpern 1992) og endelig som en følge af den samtidige udvikling af den stærkere lægeprofession (Wiener 2000). Problematikken kan også ses som relateret til det forhold, at der udover hierarkiske forhold også er afhængighed i spil i relationen til lægerne (Holm-Petersen et al. 2006).

Uanset årsagen har relationen historisk set givet anledning til uproduktive følelser som vrede, mindreværd, afmagt og resignation, såvel som aktiveret kampgejst og konkurrenceånd inklusiv diverse drillerier af særligt de yngre læger. Professionaliseringen af sygeplejen har i tråd hermed som noget centralt indeholdt en ligestillingskamp over for lægerne, fx en kamp om at vinde ligeværdighed og opnå en grad af den autonomi, lægerne traditionelt har haft. Dertil kommer en kamp i forhold til ledende stillinger (Sognstrup 2003) og dermed et forsøg på at ændre sygeplejerskernes historiske tilknytning til lægerne som en servicerende hjælpegruppe. Wenche Sommervold peger på, at sygeplejens ledelsesudvikling i Norge primært har haft fokus på professionsudvikling og herunder at matche og overgå lægerne frem for at udvikle kerneopgaverne i sygeplejefagligheden (Sommervold 1997). Lignende tendenser har danske sygeplejersker ofte peget på i mine interviews med dem. De peger på, at de bruger meget energi på at vinde ligeværdighed overfor lægerne, samt at der ofte er for lidt ledelsesmæssigt fokus på at udvikle sygeplejens kerneopgaver – fx at der ikke er tilstrækkelig ledelsesmæssigt fokus på at definere, hvad god sygepleje er på en given hospitalsafdeling.

## **Patientens advokat og hjælper**

Måske er det samme kamp, der videreføres, når sygeplejersken definerer sig som patientens advokat eller hjælper. Hun hjælper så at sige patienten mod lægernes perspektiv eller mod kommunens uforståenhed over for patientens behov. Sygeplejersken får dermed ofte samtidig anledning til at udtrykke harme over lægerne (og andre) på patientens vegne. Om end der kan være fordele hermed, er der også ulemper, fordi kamp bliver et centralt element. Dels risikerer sygeplejersken at fastholde sig selv og patienten i et identitetsspil, hvor "offer, krænker og hjælper" er de eneste tre tilgængelige subjektpositioner – i modsætning til, at de involverede mødes respektfuldt som ansvarlige aktører. Som hjælper kan sygeplejersken skyde patienten ind foran sig uden at forholde sig til, hvilke følelser hun selv kunne have i klemme fx i relation til lægen. Dels risikerer patienten at blive et objekt i sygeplejerskens ongoing projekt om at forhandle monopol på vidensområder og ligeværdighed med lægerne. Sygeplejersker har i tråd hermed gennem mange år italesat sig selv som en faggruppe, der er langt bedre til kommunikation og samarbejde, end lægerne. I relation til patienterne betyder det, at sygeplejersker ofte ser sig selv som de, der dels kender patienterne bedre end lægerne, dels er de, der skal oversætte det, lægen siger, til patienterne. Resultatet er, hvor velment motivet end er, at sygeplejersken handler på vegne af patienten frem for at understøtte patienten selv som handlende subjekt.

Det kan være relevant at tale for patienterne i nogle sammenhænge fx i forbindelse med indlagte børn, meget svage patienter og demente patienter, men her er det ligeså vigtigt at få øje på potentielle pårørende, der kan understøttes i at tale for og hjælpe patienten. Pårørende står ofte i meget sårbare positioner og er måske medspillere i lange og udtrættende sygdomsforløb. Hvordan de mødes af de fagprofessionelle kan få stor betydning for patienternes videre støtte fra deres pårørende.

Roller som advokat er utvivlsomt kommet mange patienter til gode og har givet stemme til mange patienters ønsker og behov. Udfordringen herfra er at videreudvikle rollen og relationen, således at der i højere grad bliver plads til patientens egen stemme – og i nogle tilfælde de pårørendes.

Udviklingen af sygeplejerollen som en, der i højere grad faciliterer og understøtter dialog, vil ske samtidig med, at patientrollen også er under forandring (jf. det massive fokus på patientinddragelse, patient empowerment osv.).

Men udviklingen vil kræve en større åbenhed blandt alle de involverede faggrupper. Samt forudsætte et højt fagligt selvværd, således at den enkelte ikke føler sig truet af patienternes viden om egen sygdom, pleje og behandling.



## **Kulturelle inklusioner og eksklusioner og professionelle relationer**

For nylig gennemførte jeg i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd en undersøgelse, der viste, at sygeplejersker primært får deres arbejdsglæde gennem deres relation til deres sygeplejekolleger. Undersøgelsen dokumenterede blot, hvad en række kvalitative undersøgelser tidligere har vist – at det er sygeplejekollegerne, der betyder mest for sygeplejerskerne. De nære kolleger bliver på denne vis en tryk base – dem der er inkluderet i fællesskabet. Mens patienter og læger til tider kan være de ekskluderede. Ikke fordi det nødvendigvis er et bevidst valg, men fordi der er tale om en meget lang coping tradition. For nogle år siden interviewede jeg en sygeplejerske, der havde sagt sin stilling op, fordi hun af sin afdelingssygeplejerske havde fået at vide, at hun brugte for megen tid sammen med patienterne og for lidt tid sammen med sine kolleger.

Patientkontakten og omsorgen for patienterne har en lang historik i relation til sygeplejergeneringen og teorier om sygepleje. Mit bud på omsorg i den fremtidige sygepleje er praktiseringen af en sygepleje, der tillader sig selv at være mere inkluderende i forhold til patienternes potentiale for at tale og handle på egne vegne. En forudsætning herfor er at udvikle en faglighed, hvor det at håndtere relationer professionelt er en mere veludbygget del. Ligesom det er en forudsætning at understøtte de sygeplejersker, der allerede arbejder herfor.

Realiteten er, at sygehusvirkeligheden er fuld af mindre ideelle omstændigheder og svære følelser. For at begå sig godt i denne verden har sygeplejen brug for proaktive copingstrategier, der fremmer gode relationer til deres nære samarbejdspartnere - herunder patienterne. Normative teorier om den ideelle dialog og den ideelle pleje er ikke tilstrækkelige her. Sygeplejersker har derimod brug for at kunne tale "girafsprag" (Rosenberg 2003) for professionelt at kunne adskille egne følelser fra patienters, for at vide hvordan de selv bidrager til relationer (Gergen 1997) og udvikle en stærkere relationsfaglighed. En faglighed med fælles fokus og redskaber, hvor det ikke blot er op til den enkeltes kommunikations- eller "omsorgsgen" at kunne håndtere følelser. Og en faglighed, der gør den enkelte mindre truet af at føle sig utilstrækkelig eller brændt ud.

Patienter og pårørende står i en svær og sårbar position. De har brug for sygeplejerskers forståelse. De oplever ofte, at det er svært at stille spørgsmål og krav på en måde, der ikke fører til mindre omsorg. Fordi de fagprofessionelle kommer til at føle sig truet. Risikoen for at lande i båsen "besværlig patient" ligger lige for. Vis dem, at det ikke behøver at være sådan! Vis sundhedsvæsenet, at sygeplejersker arbejder for et mere kvalitetspræget samarbejde med deres "signifikante andre", såsom patienter og læger, ved at gøre relationsarbejde til en del af den kollektive faglighed.

## Litteratur

Aiken, L.H. & Sloane, D.M. 1997. Effects of specialization and client differentiation on the status of nurses: The case of aids. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38, 203-222.

Blomgren, M. 1999, "Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering," In *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, E. Z. Bentsen et al., eds., København: Handelshøjskolens Forlag.

Borum, F. 1976. *Organisation, magt og forandring* København, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Bowker, G.C. & Star, S.L. 1999. *Sorting things out. Classification and its consequences* Cambridge, Mass., The MIT Press.

Davis, R.E. et al. 2007. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement?, *Health Expectations*, 10, 259-267.

Gamarnikow, E. 1991, "Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923," In *Anthropology and nursing*, P. Holden & J. Littlewood, eds., London: Routledge, pp. 110-129.

Gergen, K.J. 1997. *Virkelighed og relationer [Virum]*, Dansk Psykologisk Forlag.  
Hallam, J. 2002. Vocation to professions: Changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15, (1) 35-47.

Halpern, S.A. 1992. Dynamics of professional control: Internal coalitions and crossprofessional boundaries. *The American Journal of Sociology*, 97 (1), 994-1021.

Hinshelwood, R.D. & Skogstad, W. 2000. *Observing organisations. Anxiety, defense and culture in health care* London, Routledge.

Holm-Petersen, C., Asmussen, M., & Willemann, M. 2006. *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger* København, DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Littlewood, R. 1991, "Gender, role and sickness: The ritual psychopathologies of the nurse," In *Anthropology and nursing*, P. Holden & J. Littlewood, eds., London: Routledge, pp. 148-169.

Lupton, D. 1994. *Medicine as culture. Illness, disease and the body in Western societies* London, Sage Publications.

Muff, J. 1988, "Of images and ideals: A look at socialization and sexism in nursing," In *Images of nurses, perspectives from history, art, and literature*, A. H. Jones, ed., Philadelphia: University of Pennsylvania Press, pp. 197-220.

Rahbek, C. & Rønberg, I. 2010. "Patientens svære kamp - om patientinvolvering", i *Kamp, kommunikation og kompleksitet*, Bentsen, E. Z. & Knudsen, M. eds., Frederiksberg, Handelshøjskolens Forlag.

Rosenberg, M.B. 2003. *Ikkevoldelig kommunikation 'Girafsprøget' - brug din indfølelse og få både dine egne og andres behov tilgodeset* København, Borgen.

Sahlin-Andersson, K. 1997, "Kvinnor i omvandling," In *Om makt och kön: i spåren av offentliga organisationers omvandling: rapport till Utredningen om fördelningen av ekonomisk makt och ekonomiska resurser mellan kvinnor och män*, E. Sundin, ed., Stockholm: Fritzes, pp. 224-245.

Samuelson, H. 1991, "Nurses between disease and illness," In *Anthropology and nursing*, P. Holden & J. Littlewood, eds., London: Routledge, pp. 190-201.

Snelgrove, S. & Hughes, D. 2000. *Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales*. *Journal of Advanced Nursing*, 31, (3) 661-667 available from: PM:10718886.

Sognstrup, H. 2003. *Professionelle i afdelingsledelse*. Aalborg, Institut for Økonomi, Politik og Forvaltning, Aalborg Universitet.

Sommervold, W. 1997, "Ledelse i sykepleien - en strategi for profesjonalisering," In *Fra styring til ledelse*, H. Byrkeflot, ed., Bergen: Fagbokforlaget, pp. 243-265.

Star, S.L. & Strauss, A. 1999. *Layers of silence. Arenas of voice: the ecology of visible and invisible work*. *Computer Supported Cooperative Work*, 8, 9-30.

Strauss, A. 2001. *Professions, work and careers* New Brunswick, Transaction Publishers.

Wiener, C.L. 2000. *The elusive quest. Accountability in hospitals*. New York, Aldine de Gruyter.



# Hvad er sygepleje?

Af Mari Holen, sygeplejerske, cand. cur., ph.d. Postdoc ved Center for Sundhedsfremmeforskning, RUC & Psykiatrisk forskningsenhed, Region Sjælland.

Spørgsmålet om, hvad sygepleje er, kan ikke besvares endeligt. At sygepleje handler om at pleje og vise omsorg for syge mennesker, kan de fleste blive enige om. Men hvad denne kunst i øvrigt består i – og hvad pleje er, vil nok medføre mange diskussioner. Nogle vil måske endda hævde, at det ikke blot er syge mennesker, sygeplejersker tager sig af. Sygeplejersker arbejder også med raske mennesker, idet sygepleje også indebærer at kunne arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Ligeledes vil nogle hævde, at sygepleje er at lede, at undervise, at forske osv.

Jeg vil tage udgangspunkt i patienten, når jeg skal beskrive sygepleje anno 2012. Udgangspunktet er, at sygepleje grundlæggende retter sig mod patienten. Det er patienten, der i sidste ende skal nyde godt af en kvalificeret sygepleje. Jeg vil begrænse mig til at pege på to forskellige kendetegn ved den moderne patient, nemlig at patienter for det første har tiltagende komplekse problemstillinger i dagens sundhedsvæsen, for det andet at kravene til patienter samtidig er stigende.

Mit bidrag skal læses som et forsøg på at sige noget om nogle af de generelle udviklingstendenser, som er med til at påvirke sygeplejefaget, mere end at ville komme med en endelig definition på, hvad sygepleje er eller bør være.

1. Patienter har i dag ofte komplekse problemstillinger, når de møder sundhedsvæsenet. Udviklingen på hospitalerne går mod øget subspecialisering, øget komorbiditet, sygere og mindre selvhjulpne patienter i sengene og acceleration af forløb, herunder tidligere udskrivning. I den primære sektor modtages patienterne tidligere, og patienterne er derfor også her mere syge og har flere komplekse problemstillinger.

Det, at skulle få patienter hurtigt gennem et forløb og udskrive dem efter få dage, lader sig ikke altid gøre, fordi patienter måske ikke har de sociale ressourcer, der

skal til. Man kan som sygeplejerske ikke undgå at skulle forholde sig løbende til, hvordan patienter kan klare et hverdagsliv med sygdom, og hvilke mulighedsbetingelser der er tilstede, for at patienter kan komme sig. Derfor bliver patienternes sociale baggrund og aktuelle livssituation et vigtigt element i sygepleje.

For det andet stiller det, at patienter har mere komplekse problemstillinger, udfordringer til sygeplejersker om at kunne tilrettelægge differentierede forløb og at løbende kunne justere og vurdere udfordrende forløb.

For det tredje står sygeplejersker overfor, at sundhedsvæsenet samtidig er præget af andre vægtige udviklingstendenser. Der er fra politisk og administrativt hold et øget krav til, at "ydelserne" i sundhedsvæsenet skal kvalitetssikres, vidensbaseres og standardiseres. Sygepleje skal derfor dokumenteres, således at den lader sig kategorisere og måle. Heri ligger en forestilling om, at sygepleje kan bestemmes i enkeltydelser, kan forudsiges og kan ensrettes. Ingen kan være uenig i, at det i nogle tilfælde kan give god mening at beskrive enkeltelementer i faget og vidensbasere og beskrive disse i standarder og retningslinjer. Problemet er, når denne måde at tænke og udvikle faget bliver den eneste eller mest legitime. For grundlæggende og især i relation til de komplekse patientforløb foregår det meste sygepleje i dynamiske processer, der ikke lader sig kategorisere på forhånd. Sygepleje må hele tiden justeres i forhold til situationen og konteksten. Sygeplejersker kan ikke, som før nævnt, alene gøre brug af direkte på forhånd definerede anvisninger, men må løbende på baggrund af grundviden, erfaringer, etiske overvejelser, viden om patientens situation, kreativitet osv. finde løsninger, som retter sig mod den særegne patient og situation.

2. Ikke alene bliver patienter og patientforløb stadig mere komplekse. Kravene til patienter bliver samtidig større og større. På den ene side eksisterer der et ideal om et patientcentreret sundhedsvæsen, som inddrager patienter i beslutninger om deres pleje og behandling. Et ideal om at patientperspektivet skal tages alvorligt. Ser man på, hvordan et patientcentreret hospital konkret udfolder sig i praksis, kan idealerne om at patienten er sundhedsvæsenets omdrejningspunkt genfindes. Spørgsmålet er imidlertid, hvilken patient der skal inddrages og være i centrum?

I mit ph.d. projekt "Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital" (Holen 2011) viser jeg, hvordan fx hospitalet ikke er en "neutral" ramme, hvor "alle" patienthandlinger er mulige. Tværtimod stilles der store krav til den ideelle patient. Min forskning identificerer fire normer, som kategoriserer, hvordan den ideelle patient bør være.

1. Patienter skal være nemt tilgængelige for den professionelle intervention – dvs. de skal optræde på måder, som ikke "unødigt" forsinker eller forstyrrer de professionelle eller andre patienter i afdelingen. De skal være effektive.
2. Patienter skal aktivt tage ansvar for egen sundhed – dvs. de skal handle på måder, hvor de kommer til at fremstå som nogle, der gør noget selv for at blive raske eller selvhjulpne. Det skal nytte at hjælpe dem.
3. Patient skal udvise troværdighed – dvs. deres måde at handle på skal give mening i forhold til kulturen i afdelingen, så de fremstår som nogle, der er til at stole på. De skal være kontrollerbare.
4. Patienter skal være interessante – dvs. de skal have en sygehistorie, en diagnose, en måde at optræde på, som fanger de professionelles interesse. De må gerne være særegne og interessante.

Det helt centrale budskab er, at det at være patient handler om at indrette sig under disse institutionelt fastsatte normer. Patienter skal så at sige udvise godt patientskab ved at indordne sig disse idealer, men gøre det på måder, hvor idea-

lerne fremstår som deres egne. De skal påtage sig normerne. Den måde hvorpå patienter indretter sig, får betydning for deres status, den hjælp de modtager og deres muligheder for indflydelse.

Når der i dagens sundhedsvæsen tales om, at patienten skal være i centrum, er der sat på spidsen tale om en selvstændig, effektiv patient, der udtrykker adækvate behov og ønsker for eget hospitalsforløb. En patient, der tager ansvar for egen sundhed og er aktiv i eget patientforløb. Det kan være svært at leve op til for alle patienter. Patienter er som udgangspunkt afhængige af den hjælp, sygehuset kan give. Måske er deres tilstand livstruende, medmindre de får hjælp. Man kan spørge, om sundhedsvæsenet dermed er med til at producere mere ulighed i sundhed, selv om der på visionsplan i hvert fald sigter mod det modsatte; nemlig at afhjælpe den stigende ulighed i sundhed?

Tager man udgangspunkt i kendetegn ved og vilkår for den moderne patient, når man skal forstå hvad sygepleje er i 2012, ser man, at sygeplejersker står overfor nogle udfordringer. På den ene side skal sygeplejersker håndtere en øget kompleksitet og særegenhed hos patienterne. På den anden side skal hun/han leve op til ensartethed, evidensbaseret og effektivitetskrav. På den ene side skal sygeplejersker sætte patienten i centrum og inddrage patienten i egen pleje. På den anden side er hun/han en del af et stadig mere markedsstyret sundhedsvæsen, der favoriserer den stærke, velinformerede og ressourcerstærke patient.

Disse forskellige krav til sygeplejersker giver en række dilemmaer, som sygeplejersker er tvunget til at løse i den konkrete situation. Man kan sige, at sygeplejersker dybest set ofte vil stå i et krydspres mellem krav fra oven - krav om at ensarte, evidensbasere og forudsige (akkrediterbar "kvalitet") pleje - og fra neden - kom-



plekse behov fra patienten, som ikke lader sig "løse" ud fra samme standarder (situationsbaseret kvalitet). Dette dilemma eller krydspres er ikke et, som vil blive mindre i fremtiden, snarere tværtimod.

Mit bud, er at det bliver afgørende for sygeplejersker at være gode til at kritisk analysere og forholde sig til disse krydspres og fastholde fokus på patienters mangfoldige og til tider ukategoriserbare, ressourcekrævende og besværlige behov. Ikke bare overfor patienterne selv, men også overfor de, der sidder med ansvaret for styringen af sundhedsvæsenet, (fag)politikere, ledere og til dels også forskere. For sygeplejersker i ledende, (fag)politiske, udviklende, undervisende og forskende funktioner bliver det ligeledes afgørende at tage afsæt i praksisnære udfordringer og udvikle praksis herfra og ikke i forhold til måske mere magtfulde ideologier om, hvordan sundhedsvæsenet bør fremstå. Jeg tror ansvaret for dette krydspres især skal ligge på sidstnævnte.

### **Litteratur**

Holen, M. (2011) Medinddragelse og lighed – en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospital. Ph.d. afhandling. Forskerskolen i Livslang Læring. Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning. Roskilde Universitet.

# Sygeplejens mange facetter – sagt af sygeplejersker

Man har som sygeplejerske mange facetter, man kigger bredt på patienterne, og man kigger tværsektorielt, og man har måske i højere grad brug for en, der kan lede forløbet for en patient og hjælpe patienten til at navigere mellem mange systemer, hvor patienten ellers er kasterbold.

## *Psykiatrisk sygeplejerske*

Når patienterne kommer ind til sygeplejersken, kan de bedre brede sig, de kan bedre fortælle, de er måske kede af det, fordi en bekendt er død, eller de har nogle symptomer på et eller andet, som de ikke rigtig ved, hvad er, og det betyder måske ikke noget. Men så kan de få det fortalt til sygeplejersken, som så kan gå videre med det til lægen, og så kan vi få løst et problem, som de måske ikke ville have kommet frem med ellers.

## *Konsultationssygeplejerske*

Det er vigtigt, at sygeplejersker er involveret i ledelse på alle niveauer, når vi snakker patientbehandling og pleje, både i primær sektor og i sekundær sektor. Vi kan to ting, som ingen andre kan. Dels kan vi være med til at kvalificere beslutningerne om de mange besparelser, vi ved, hvad der rammer patienterne inden for de særlige områder. Og den anden ting er det rent faglige, at hvis patienterne skal have et godt og helt forløb, så er det faktisk den koordinerende rolle og den kompleksitet af viden, som sygeplejerskerne byder ind med, der gør en forskel for, om det bliver et godt forløb eller ej.

## *Ledende oversygeplejerske*

Det, der kvalificerer mig frem for andre, mig som sygeplejerske, er at jeg har en måde at møde mennesker på, der er anderledes. Jeg har en sundhedsfaglig tilgang til at se mennesket, til at spørge ind til mennesket, så jeg får ligesom meget mere med end det, jeg lige sidder her for.

### *Konsulent og diabetes sygeplejerske i en kommune*

Jeg tror, sygeplejersker skal to ting i fremtiden. Faget bevæger sig to steder hen. Sygeplejerskerne bliver sygeplejespecialister, der arbejder selvstændigt og tager sig af hele kronikergruppen. Og så bliver de faktisk det modsatte i hospitalerne. De bliver dem, der er tæt på patienterne - de bliver dem, der koordinerer alle de andre specialister, der kommer og tilser og behandler hver sin del.

### *Ledende oversygeplejerske*

Det, jeg ser som en tendens, og som jeg opfatter meget positivt, er at de forskningsprojekter, der bliver sat i værk nu og inden for de sidste par år, de har meget mere fokus på de afledte konsekvenser af det at være syg, og jeg mener lige præcis, at det er sygeplejens kerneområde.

### *Klinisk sygeplejespecialist, sygeplejerske og ph.d.*

**Dansk Sygeplejeråd**

Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

Telefon 33 15 15 55

dsr@dsr.dk **www.dsr.dk**