

**DSI Institut for Sundhedsvæsen**

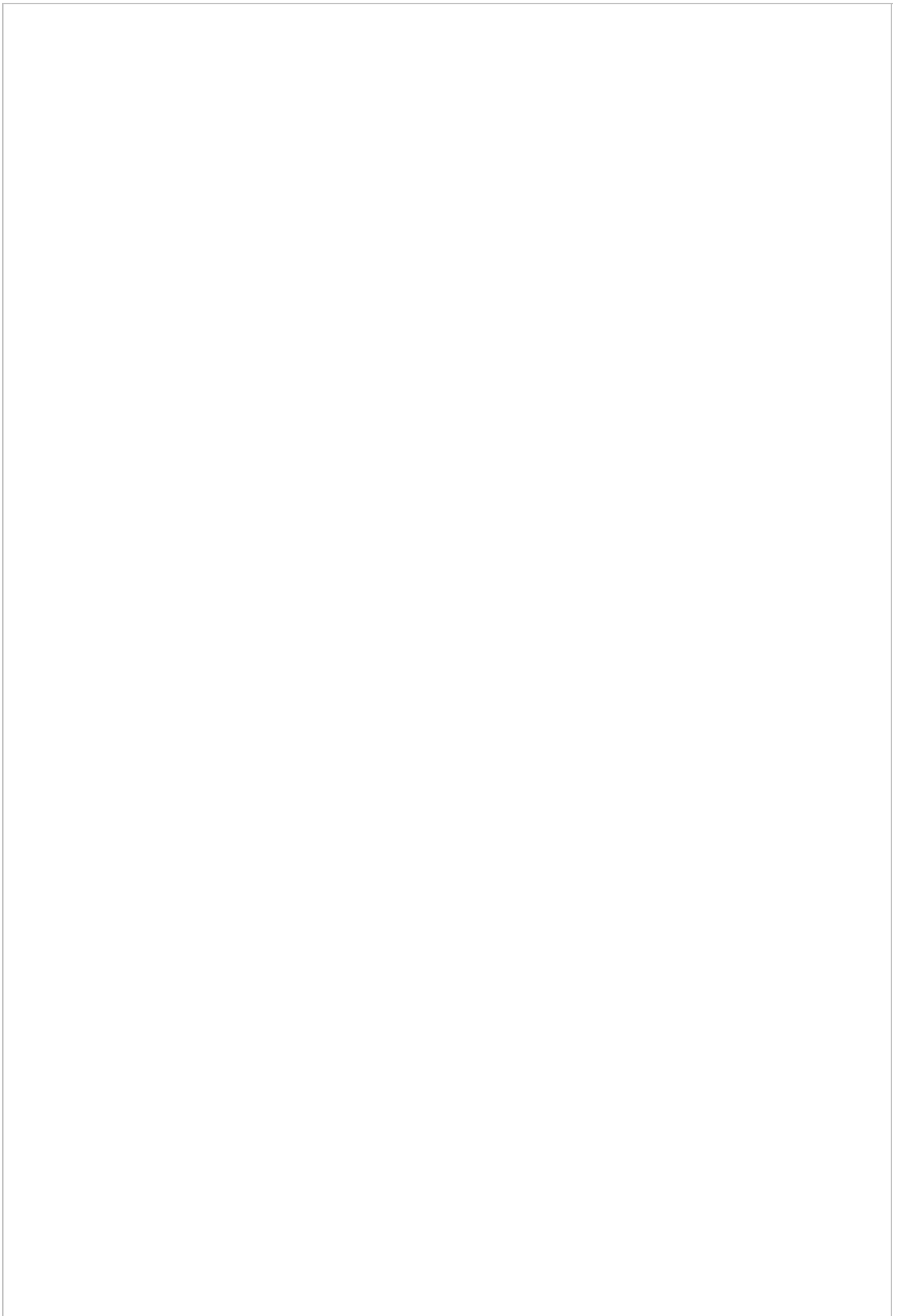
---

DSI rapport 2006.08

# Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger

Christina Holm-Petersen  
Marete Asmussen  
Marlene Willemann







# Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger

Christina Holm-Petersen  
Marete Asmussen  
Marlene Willemann

DSI Institut for Sundhedsvæsen  
DSI rapport 2006.08

# DSI Institut for Sundhedsvæsen

DSI Institut for Sundhedsvæsen er en selvejende institution oprettet i 1975 af staten, Amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns Kommune og Frederiksberg Kommune. Institutets formål er at tilvejebringe et forbedret grundlag for løsningen af de opgaver, der påhviler de planlæggende og styrende myndigheder inden for sundhedsvæsenet.

## **Copyright © DSI Institut for Sundhedsvæsen 2006**

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse. Skrifter der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende publikation bedes tilsendt:

### **DSI Institut for Sundhedsvæsen**

Postboks 2595

Dampfærgevej 27-29

2100 København Ø

Telefon 35 29 84 00

Telefax 35 29 84 99

Hjemmeside: [www.dsi.dk](http://www.dsi.dk)

E-mail: [dsi@dsi.dk](mailto:dsi@dsi.dk)

ISBN 87-7488-468-9 (trykt version)

ISBN 87-7488-470-0 (elektronisk version)

ISSN 0904-1737

DSI rapport 2006.08

Omslag: Peter Dyrvig Grafisk Design

Grafisk design: DSI

Tryk: Danske Regioner

## Forord

Sygeplejerskers arbejde på medicinske afdelinger er et emne, der nok diskuteres og er centralt for medicinske afdelingers måder at fungere på. Ikke desto mindre har der hidtil manglet dokumentation for, hvordan sygeplejerskers arbejdsdag egentlig ser ud på medicinske afdelinger.

På baggrund af observationsstudier, interview og et mindre tids- og opgaveregistreringsstudie har DSI foretaget en analyse af sygeplejerskers arbejde på tre medicinske afdelinger.

Rapporten rejser en væsentlig problemstilling om det gab, der er mellem sygeplejerskers ideal-faglige identitet som omsorgsgivere, og den virkelighed der praktiseres på de medicinske afdelinger i dag. En virkelighed der i højere grad er præget af, at sygeplejersker løser en bred vifte af opgaver, og af at rollen som tovholder og koordinator her fylder relativt meget. Hverdagen er også præget af anstrengte samarbejdsrelationer både med læger, patienter og pårørende. I rapporten vises, hvordan disse samarbejdsrelationer udspiller sig i det daglige arbejde, og det diskuteres, hvilke udviklingsmuligheder sygeplejerskerne arbejde på medicinske afdelinger rummer, herunder muligheder for ændringer i arbejdsdelingen.

Bevillinger til gennemførelse af projektet er givet af Det Kommunale Momsfond, Dansk Sygeplejeråd og DSI Institut for Sundhedsvæsen.

Undersøgelsen er gennemført af projektleder, organisationssociolog Christina Holm-Petersen, sociolog Marlene Willemann, socialvidenskabsstuderende Marete Asmussen, sociologistuderende, sygeplejerske Sussi Rønnow Lodahl samt informationsvidenskabsstuderende Sarah Blichfeldt. Cand.rer.soc. Anders Rud Svenning har bistået med data-analyse i tids- og opgaveregistreringsstudiet.

Tak til rapportens to eksterne reviewere: lektor, ph.d. sygeplejerske Kristian Larsen, Institut for Pædagogisk Sociologi, Danmarks Pædagogiske Universitet, og viceklinikchef, oversygeplejerske Gitte Kjærsgaard, Klinik for AVA, lungemedicin og gastroenterologi, Medicinsk Center, Sygehus Vestsjælland.

Derudover ønsker DSI at takke de tre medvirkende medicinske afdelinger samt Det Kommunale Momsfond og Dansk Sygeplejeråd for økonomisk støtte til projektet.

*Jes Søgaard*

*Direktør, professor*

*DSI Institut for Sundhedsvæsen*



# Indholdsfortegnelse

Forord.....	3
Resumé .....	7
1. Indledning .....	13
1.1 Relevans .....	13
1.2 Formål .....	14
1.3 Undersøgelsens spørgsmål .....	16
1.4 Læsevejledning .....	16
1.5 Projektorganisation .....	17
1.6 Taksigelser .....	17
2. Undersøgellesdesign og anvendte metoder .....	19
2.1 Analyseramme og begrebsafklaring.....	19
2.2 Undersøgelsens empiriske delstudier .....	21
2.3 Anvendte metoder .....	23
2.4 Observationsstudier .....	24
2.5 Interviewundersøgelse .....	25
2.6 Tids- og opgaveregistreringsstudie.....	28
2.7 Litteraturstudie .....	30
3. Andre undersøgelser .....	33
3.1 Limen i hverdagen .....	33
3.2 Omsorg i hverdagen.....	33
3.3 Den usynlige sygepleje.....	36
3.4 Sygeplejerskers fagidentitet.....	36
3.5 Undersøgelser af sygeplejerskers arbejde.....	39
4. De tre afdelinger .....	41
4.1 Hjerteafdelingen .....	41
4.2 Den endokrinologiske afdeling .....	45
4.3 Mave-tarm- og leverafdelingen .....	47
4.4 Kort diskussion .....	52
5. Hverdagens rytme.....	53
5.1 Tildelt patientpleje på hjerteafdelingen .....	53
5.2 Tildelt patientpleje/gruppepleje på den endokrinologiske afdeling.....	56
5.3 Gruppepleje på mave-tarm- og leverafdelingen.....	59
5.4 Afbrydelser.....	62
5.5 Pres på sengepladserne .....	67
5.6 Uforudsigelighed og travlhed .....	69
5.7 Kort diskussion .....	71
6. Sygeplejerskernes kerneopgaver .....	73
6.1 De vigtigste opgaver .....	73
6.2 At være en 'rigtig' sygeplejerske .....	84
6.3 Diskussion: Den lokal-faglige identitet .....	85
7. Sygeplejerskernes arbejdsopgaver og tidsanvendelse .....	87
7.1 Sygeplejerskernes tidsanvendelse .....	87

7.2	Hvilke opgaver varetager sygeplejerskerne? .....	88
7.3	Hvilke opgaver varetager afdelingssygeplejerskerne? .....	92
7.4	Resultaterne af tids- og opgaveregistreringsstudiet .....	94
7.5	Andelen af tid anvendt sammen med patienterne .....	98
7.6	Opgavernes fordeling i løbet af dagvagten.....	99
7.7	Diskussion: Hvad fylder i hverdagen? .....	99
8.	Arbejdsdeling med social- og sundheds-assistenten og sygehjælperen .....	103
8.1	Den formelle arbejdsdeling .....	103
8.2	Den uformelle arbejdsdeling .....	107
8.3	Mere end medicinen til forskel .....	109
8.4	Social- og sundhedsassistenternes perspektiver på arbejdsdelingen .....	112
8.5	Ændringer i arbejdsdelingen .....	113
8.6	Diskussion – sammen og hver for sig .....	113
9.	Grænsedragningen til lægerne .....	115
9.1	Den historiske tilknytning til lægerne .....	115
9.2	Hverdagens ambivalente roller .....	116
9.3	Hierarki og afhængighed .....	120
9.4	Lægernes perspektiv på relationen til sygeplejerskerne .....	127
9.5	Diskussion: Afhængighed af at blive hørt .....	129
10.	Det usynlige ansvar .....	131
10.1	Ansvarsfordelingen mellem læger og sygeplejersker .....	131
10.2	Diskussion: Ansvarlighed .....	138
11.	At gøre en forskel for patienterne .....	139
11.1	Patienterne og ideal-fagligheden .....	139
11.2	Når relationen er krævende .....	140
11.3	De pårørende .....	147
11.4	Kategorisering af patienterne .....	148
11.5	Hvordan man sætter grænser er individuelt .....	150
11.6	Diskussion: Patienten og fagidentiteten .....	151
12.	Den professionelle sygeplejerske – myten om masken .....	155
12.1	Den professionelle sygeplejerske .....	155
12.2	Når patienter dør .....	157
12.3	Den individuelle håndtering .....	160
12.4	Afdelingssygeplejersken som støtteperson .....	162
12.5	Diskussion: Den usynlige faglighed .....	162
13.	Diskussion og perspektivering .....	165
13.1	Opstigningsstrategien – op mod lægerne? .....	165
13.2	Opstigningsstrategien – delegering ned mod social- og sundhedsassistenten? .....	166
13.3	Idealet om den omsorgsfulde sygeplejerske .....	168
	Appendiks A: Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet .....	171
	Litteratur .....	179



## Resumé

Denne undersøgelse handler dels om, hvad sygeplejersker foretager sig, når de er på arbejde på medicinske sygehusafdelinger, dels om hvordan deres fagidentitet spiller ind på deres arbejde. Det er udgangspunktet, at sygeplejerskers arbejde og udførelse af arbejdsopgaver bør forstås i sammenhæng med deres fagidentitet. Undersøgelsen bygger på observationsstudier, interview og et mindre tids- og opgaveregistreringsstudie på tre medicinske sengeafsnit samt et litteraturstudie. De tre afdelinger, der indgår i undersøgelsen, er Hjertemedicinsk afdeling B2 på Skejby Sygehus, Endokrinologisk afdeling J106 på Københavns Amtssygehus Herlev og Gastroenterologisk og Hepatologisk afdeling I23 på Bispebjerg Hospital.

### **Baggrund for undersøgelsen**

En væsentlig udfordring nu og i fremtiden på medicinske sengeafdelinger vil dels være at kunne rekruttere og fastholde tilstrækkeligt med sygeplejersker, dels at organisere de forskellige medarbejdergrupperes kompetencer og arbejdsopgaver så effektivt som muligt. En ændret arbejdsdeling mellem læger og sygeplejersker samt social- og sundhedsassistenter og sygeplejersker kan ifølge Sundhedsministeriet være et svar herpå.

Samtidig er der en tendens til, at hospitalsindlæggelser bliver kortere med deraf følgende intensivering og krav til de ansatte om hurtigt at kunne udføre de rigtige tiltag. Dette giver potentielt et skisma, idet behovet for stigninger i produktiviteten ikke nødvendigvis skaber mere motivation, stolthed over arbejdet og fastholdelse af sygeplejerskerne. Der er derfor et behov for at kvalificere Sundhedsministeriets strategi for en ændret arbejdsdeling med viden om, hvad der kendetegner sygeplejerskernes arbejde i dag, og hvad der henholdsvis motiverer og 'slider' på sygeplejersker i det daglige arbejde.

### **Formål med undersøgelsen**

Undersøgelsens formål har således været at tilvejebringe viden, der kan forbedre beslutningsgrundlaget ved fremtidige planer om ændringer i sygeplejerskers arbejde og arbejdsdeling med andre faggrupper og herunder at bidrage til:

- a) at kunne organisere sygeplejearbejdet på sygehusene hensigtsmæssigt
- b) at øge sygeplejerskernes motivation – og dermed fastholde dem i sygeplejerhvervet
- c) at styrke sygeplejerskeuddannelsens forberedelse af de studerende til den hverdag, der venter dem i den kliniske praksis
- d) at frembringe indsigt i de komplekse forhold relateret til sygeplejerskers arbejde på medicinske afdelinger.

### **Medicinske sygeplejerskers fagidentitet**

Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at sygeplejerskers arbejde bør undersøges i sammenhæng med deres fagidentitet. Den bygger på den antagelse, at et fokus på fagiden-

titet er en forudsætning for at forstå sygeplejerskers udførelse af deres arbejdsopgaver og deres tanker om, hvad der motiverer dem i arbejdet. Samtidig antages det, at det at 'have' en fagidentitet ikke blot er knyttet til uddannelsen til sygeplejerske og til denne profession, men at fagidentitet også er en hverdagsaktivitet. Udgangspunktet er således, at der kan være lokale variationer fra fx sygehus til sygehus eller fra afdeling til afdeling i hverdagens fagidentiteter. Undersøgelsen har analyseret medicinske sygeplejerskers faglige identitet ved a) at analysere sygeplejerskernes opfattelse af, hvilke arbejdsopgaver der er deres kerneopgaver sat i forhold til, hvilke arbejdsopgaver de udfører i praksis, og ved b) at analysere hvordan sygeplejerskerne relaterer sig til og afgrænser sig fra andre faggrupper (primært læger og det øvrige plejepersonale) og patienter i det daglige arbejde. Der skelnes i undersøgelsen mellem tre former for fagidentitet: generel sygeplejerske fagidentitet, lokal (afdelingsspecifik) ideal-faglig identitet og lokal (afdelingsspecifik) praktisk-faglig identitet.

Undersøgelsen viser, sygeplejerskerne på alle tre afdelinger oplever, at deres primære tilknytning til et sygeplejefagligt fællesskab er arbejdsfællesskabet på deres egen sengeafdeling. Sygeplejerskerne gav således under interviewene udtryk for, at de primært føler sig som en del af deres afdeling (forstået som deres sengeafsnit). Jo mere erfarne og specialiserede sygeplejerskerne reelt er, i jo højere grad har de en afdelingsspecifik fagidentitet. I relationen til specielt patienter og læger synes sygeplejerskerne dog også at trække på en mere generaliseret sygeplejerske fagidentitet.

### **Grænsedragning til lægerne**

Undersøgelsen viser, at relationen til lægerne har stor betydning for sygeplejerskernes måde at definere sig på som sygeplejersker. I det daglige definerer sygeplejerskerne sig således som anderledes end lægerne. Grænsedragning til lægerne kommer til udtryk gennem de små bemærkninger, ansigtsudtryk og måder at omtale lægerne på, der skaber en verbal distance. Grænsedragningen kommer også til udtryk ved fortællinger om, hvorledes sygeplejerskers og lægers faglighed adskiller sig fra hinanden, fx gennem hvad de lægger vægt på og mærke til om patienterne, hvad deres arbejde består i og deres kontaktmønstre med patienterne. Sygeplejerskerne italesætter lægerne som nogle, der kun ser patienterne kort tid i løbet af en dag.

Lægerne fylder således i sygeplejerskernes identitetsarbejde, fordi de måler sig op imod dem. Lægerne fylder også på den måde, at de qua deres position i hierarkiet har kompetencen til at vælge, hvorvidt sygeplejerskens faglige vurderinger er relevante og vigtige nok til at have indflydelse på behandlingsbeslutninger. I sygeplejerskernes daglige udmøntning af deres faglighed forhandler de på denne vis om respekt fra lægerne både over for at kunne gøre sig gældende på områder, der går ind over lægernes behandlings- og diagnosemæssige områder, og over for at synliggøre sygepleje som andet og mere end at udføre lægens ordinationer og informere og monitorere patienterne for lægerne – og i øvrigt gøre alt det praktiske, lægerne ikke gør.

### **Arbejdsopgaver og tidsanvendelse**

På alle tre afdelinger varetager sygeplejerskerne en vifte af meget forskelligartede opgaver, der spænder over behandlings- og medicinopgaver, tovholderopgaver til værtinde- og rengøringsopgaver. Knap en fjerdedel af arbejdsdagen anvendes på specifik

sygepleje, primært bestående af medicinopgaver og pleje samt personlig hygiejne. Stuegang og andet lægerelateret arbejde fylder knap 12 %.

Der er en række ligheder og forskelle på afdelingerne, som afspejler sig i resultaterne af tids- og opgaveregistreringsstudiet. Således skiller hjerteafdelingen, som er den mest fagligt specialiserede af de tre afdelinger, sig ud fra de to andre afdelinger ved, at sygeplejerskerne anvender mindre tid på personlig pleje og hygiejne og almindelig ernæring til patienterne. Dette er både et spejl af, at hjerteafdelingens patienter er mere fysisk selvhjulpne og af forskelle i plejeform og arbejdsdeling plejegrupperne imellem på de tre afdelinger. Hjerteafdelingen er således den afdeling, der arbejder mest efter princippet om tildelt patientpleje. Sygeplejerskerne anvender derfor mere tid på selv at læse om patienterne og mindre tid på gennemgang af patienterne i en gruppe. Til gengæld anvender sygeplejerskerne på hjerteafdelingen væsentligt mere tid på at informere patienterne.

Der er derimod ingen nævneværdige forskelle på afdelingerne, hvad angår tid anvendt på pauser (11 %) og på administration og anden koordinering, som tilsammen fylder knap 19 % af dagarbejdstiden. Flere af sygeplejerskerne giver udtryk for, at de godt kunne tænke sig, at det administrative arbejde fyldte mindre, så de i stedet kunne være mere ude ved patienterne. Ifølge tids- og opgaveregistreringsstudiet tilbringer sygeplejerskerne ca. 30 % af deres arbejdsdag sammen med patienterne. Selvom det at tage udgangspunkt i, hvor patienterne er, og den gode samtale med patienter fylder i sygeplejerskernes ideal-faglighed, så andrager tid anvendt på psykoemotional samtale med patienter blot 1 % af arbejdsdagen. Tids- og opgaveregistreringsstudiet peger altså på, at der eksisterer et skisma mellem sygeplejerskernes ideal-faglige identitet omkring at være mere sammen med patienterne og den praktisk-faglige identitet, hvor de oplever at anvende en stor del af deres arbejdstid på administration og anden koordinering.

### **Arbejdsdeling med andre plejegrupper**

De tre afdelinger repræsenterer tre forskellige måder at dele arbejdsopgaverne sygeplejersker og andre plejegrupper imellem. Den endokrinologiske afdeling skiller sig her mest ud i og med, at social- og sundhedsassistenterne er særligt kompetenceudviklet og på en række områder udfører samme opgavetyper som sygeplejerskerne, fx stuegang og medicin. Fortællingen om lighed mellem faggrupperne er således også stærkest på denne afdeling. Samtidig med, at de tre plejegrupper italesætter sig selv som en del af samme daglige arbejdsfællesskab, hvor alle på lige fod deltager i vagtarbejdet, snak under frokost og i pauser samt opmærksomhed på hinanden i svære situationer, så italesættes der ind imellem også forskelle mellem dem i det daglige. Dette sker dog på en måde, der synes at være omgærdet af småkonflikter, fx ved diskussioner om hvem der rydder op snarere end ved en faglig diskussion af forskelle.

I interviewene havde sygeplejersker og især social- og sundhedsassistenter til dels forskellige opfattelser af, hvori de faglige forskelle på dem består. Social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere på de tre medicinske afdelinger ser sig selv som de primære omsorgsgivere og dem, der har den nære fysiske kontakt, mens de italesætter sygeplejerskerne som nogle "tænkere", der bruger megen tid inde på kontoret.

Sygeplejerskerne selv ser sig som mere reflekterede og med større ansvar. De efterlyser dog også selv mere af den nære kontakt og mindre administration, dokumentation, medicin og koordinering. Tendensen på alle tre afdelinger er således, at sygeplejer-

skerne hellere 'deler' nøglen til medicinrummet med social- og sundhedsassistenterne, end de vil opgive den nære fysiske relation til patienterne og deres generelle ideal-faglige identitet som 'omsorgsgivere'.

### **Arbejdsdeling med lægerne**

På den ene side arbejder læger og sygeplejersker meget hver for sig med meget forskellige opgaver – og opfatter sig som meget forskellige; på den anden side er de flettet ind i hinandens opgaver. Det er ind imellem flydende, hvem der gør hvad, og hvem der eksempelvis informerer patienterne om hvad. Et andet område, hvor der jævnligt finder en sammenfletning sted, er ved stuegangen. Dette samarbejde italesættes i nogle situationer som et ukompliceret rutinespørgsmål og en givende relation for sygeplejerskerne, fordi lægerne bidrager med viden og træffer behandlingsmæssige beslutninger. I andre situationer italesættes samarbejdet som en del af en "*hakkeorden*", hvor sygeplejerskerne fx er i *audiens* hos lægerne, eller hvor sygeplejersken må kæmpe for at få sin vurdering hørt.

Hvordan man tackler lægerne, er ikke noget, der læres på sygeplejerskolen. Det er en viden, der kommer med erfaringen. Generelt siger sygeplejerskerne, at de har et godt samarbejde med lægerne. De fleste læger er åbne og villige til at lytte til dem og deres observationer. Men samarbejdet er meget personafhængigt, ligesom effektiviteten i sygeplejerskernes arbejdsdag italesættes som hængende sammen med, hvilken læge der går stuegang, dvs. om lægen kan træffe beslutninger eller ej. For sygeplejerskerne er det centrale i deres samarbejde med lægerne, at de oplever, at lægerne tager dem og deres plejearbejde alvorligt ved at lytte til dem og inddrage deres observationer vedrørende patienterne i beslutningerne. Når dette samarbejde fungerer, synes den hierarkiske relation ikke at blive italesat. Mener sygeplejersken sig 'kørt over', bliver den hierarkiske relation dog meget tydelig og kan opfattes som ydmygende.

Materialet peger i retning af, at svaret på, hvordan sygeplejerskernes motivation øges, ikke umiddelbart ligger i at overtage flere af lægernes opgaver, men snarere i at opdyrke den gode samarbejdsrelation med lægerne, hvor sygeplejerskerne oplever respekt om deres faglighed. Oplevelsen er, at de opgaver, lægerne gerne vil give til sygeplejerskerne, er de kedelige opgaver, 'som lægerne ikke gider have', og at der er tale om opgaver, som sygeplejerskerne ikke opfatter kompetenceudviklende for dem. Holdningen er også, at hvis sygeplejerskerne skal overtage opgaver fra lægerne, så skal der følge ressourcer med – eller alternativt skal lægerne også overtage opgaver fra sygeplejerskerne.

### **Omsorg i hverdagen**

Patientkontakten og omsorgen for patienterne er et centralt omdrejningspunkt i sygeplejerskernes ideal-faglige identitet. Patienten er således en væsentlig brik i identitetsarbejdet i og med, at de definerer værdien af deres arbejde ud fra relationen til 'billedet af patienten'. Men som det også er fremgået, så giver den faktiske situation på de enkelte afdelinger ikke altid mulighed for at udleve eller praktisere dette ideal. På hjerteafdelingen var det især tydeligt i forhold til den manglende tid til at informere patienterne tilstrækkeligt og forholde sig til den krise, patienterne var i. På mave-tarm- og leverafdelingen og den endokrinologiske afdeling var det fx i forhold til, at idealet om den nære patientkontakt er vanskelig i situationer, hvor patienterne er svære at kommunikere

re med, samt at patientklientellet på afdelingerne gør, at arbejdet handler mere om at 'lappe på' end om at helbrede.

Forklaringerne på uoverensstemmelsen mellem den ideal-faglige sygeplejeidentitet og den praktisk-faglige identitet er næppe entydige. Den produktionsorientering, der præger de medicinske afdelinger, betyder, at patienterne i dag ligger i kortere tid, og at der er pres på fra systemets side for at få så mange patienter igennem som muligt. Hensynet til behandling kommer her før hensynet til pleje. Derudover er der travlhed. Diskursen om travlhed som en barriere for at gøre arbejdet 'så godt som man egentlig gerne ville' er kendt, men ikke uvæsentlig. De mange og mangefacetterede opgaver kombineret med sygemeldinger og til tider krævende eller anstrengte relationer til både læger, patienter og pårørende betyder, at de opgaver og behov, som sygeplejerskerne vurderer, *kan* udskydes, bliver udskudt, og her er den tætte patientkontakt og den nære omsorg noget af det nemmeste at nedprioritere, da omsorg ikke er defineret som det vigtigste at nå i dagligdagens praksis. Heri ligger dog et paradoks i og med, at omsorg i ideal-fagligheden defineres som én af de vigtigste opgaver. Sygeplejerskerne har ikke altid overskud til at yde omsorg, og omsorgen synes at forudsætte et personligt overskud og personlige evner, når det at yde omsorg i en imperfekt hverdagspraksis ikke synes at være en del af sygeplejerskernes praktiske faglighed. Arbejdets organisering er også en barriere, i og med at afbrydelser og korte opgaver fremmer en hverdag, hvor sygeplejersken vænner sig til at *reagere* frem for at *organisere*.

I det daglige synes omsorg at være oversat til at holde patienterne rene og mætte og at fungere som tovholder i relation til lægen, hjemmeplejen eller andre. I tovholderrollen og det at have styr på tingene kan afspejles en omsorg for patienterne ved, at mange af 'styr på tingene'-opgaverne ikke nødvendigvis er definerede sygeplejerskeopgaver. Også i forhandlingen med hjemmeplejen om behov for og koordination af hjælp efter udskrivelsen ligger der en omsorg for patientens forløb og situation. Sygeplejearbejde handler om meget mere end patientkontakten – det handler også om koordinering.

### **Ansvar i hverdagen**

Spørgsmålet om ansvar går igen i sygeplejerskernes relationer til henholdsvis læger, social- og sundhedsassistenter og patienter. Sygeplejerskerne påtager sig det ansvar i relation til patienterne, at de på den ene side tager rollen som tovholder og patientens advokat over for læger og fx hjemmeplejen, og på den anden side ved at de påtager sig rollen som den, der ved bedst. Noget af det, der adskiller sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, er ansvar for patienterne. Og sygeplejerskerne tager det ansvar på sig at tjekke op på lægens ordinationer, foreslå tiltag om fysioterapi og ernæring, stille sig kritisk over for behandlingsbeslutninger, tjekke om lægerne har bestilt blodprøver, og på anden vis sikre at lægerne har gjort deres arbejde 'godt nok'. Sygeplejerskerne påtager sig også det ansvar, lægerne i praksis har uddelegeret til dem: at holde øje med, om patienterne er ved at blive akut og livstruende dårlige. Der kan argumenteres for, at der i dette ansvar og i denne udøvelse af ansvarlighed ligger en omsorg for patienterne og et bidrag til patientsikkerheden. Ved ændring af arbejdsdelingen med andre grupper vil det derfor være væsentligt at have for øje, om der skabes ændringer i fordelingen af og 'mængden' af ansvarlighed.

Meget tyder på, at det at se sig som ansvarlige er en del af sygeplejerskernes fagidentitet, hvor der på den ene side er tale om en skattet måde at italesætte sig selv som sygeplejersker på, og på den anden side er tale om en ansvarlighed – og nogle gange måske også en 'overansvarlighed' – der slider. Dette kan fx være tilfældet, når sygeplejerskerne bruger tid og energi på det, der egentlig er lægernes opgaver, og når sygeplejerskerne i akutte situationer står med et større ansvar, end de føler sig kompetente til at løfte.

### **Hverdagens energidræn**

Arbejdet som sygeplejerske byder på mange forskellige situationer og typer af arbejdsopgaver. Nogle situationer er kilde til glæde eller faglig stolthed, men ind imellem byder arbejdet også på grænseoverskridende situationer, der irriterer, sårer eller gør sygeplejersken vred. Medicinske sygeplejersker beskrives som nogle, der har svært ved at sige fra over for patienter og pårørendes vrede eller frustrationer, og der tegner sig et billede af, at grænsedragningen i forhold til, hvad man som sygeplejerske skal kunne 'rumme' eller finde sig i, er overladt til den enkelte. Af interviewene fremgår det, at det ikke er noget, der er udviklet fælles opfattelser af, men noget den enkelte finder sine egne svar på og egne måder at håndtere. Der tegner sig også et billede af, at mens nogle sygeplejersker reagerer udadtil med vrede, så reagerer andre indadtil med selvbejdelse. Der findes imidlertid ikke noget fagligt forum, hvor disse følelser diskuteres, og de følelser, som arbejdet med patienterne vækker i sygeplejerskerne, resulterer i spændinger, som oftest søges forløst ved fx kritik eller ironisk humor. Der er ingen supervision på de tre afdelinger. Der er derimod til en vis grad en selvforståelse af, at en professionel sygeplejerske bør kunne rumme 'alt'.

### **Hverdagens relationer til genstand for faglig refleksion**

Gabet mellem den ideal-faglige forestilling om omsorg og den omsorg, der praktiseres i hverdagen for patienterne, rummer – sammen med den manglende faglige refleksion om relationer til både patienter og læger og den ansvarlighed, som sygeplejersker påtager sig – en fare for at bidrage til udbrændthed blandt sygeplejersker. Sygeplejestudiets fokus på den gode samtale med patienterne og den rigtige omsorg for patienterne og de ideal-faglige forestillinger herom, der er på afdelingerne, er ikke altid nok til at komme helstøbt ud af en dagligdag, hvor kommunikation så langt fra foregår perfekt. Der er måske behov for en brobygning mellem det ideelle og det muliges kunst, herunder ikke mindst værktøjer til hvordan man kommunikerer med patienter i krise, patienter uden livsmod, og patienter der ikke svarer, når man taler til dem, samt ikke mindst værktøjer eller fora der giver sygeplejerskerne mulighed for at komme af med og bearbejde de følelsesmæssige oplevelser, som sygeplejerskens hverdag er så fuld af. Disse forhold anses i rapporten for at være det, der potentielt slider på sygeplejerskerne og kan føre til udbrændthed.

Omvendt virker det motiverende, når relationerne fungerer positivt. Når fx patienterne giver en positiv feedback, og sygeplejerskens arbejde er med til at gøre en synlig forskel og anerkendes af lægerne. Dette understøtter, at der i højere grad er grund til at gøre relationer til genstand for faglig refleksion og udvikling.

# 1. Indledning

Denne undersøgelse handler dels om, hvad sygeplejersker foretager sig, når de er på arbejde på medicinske sygehusafdelinger, dels om hvordan sygeplejerskernes fagidentitet spiller ind på deres arbejde. Det er udgangspunktet, at sygeplejerskers arbejde og udførelse af arbejdsopgaver bør forstås i sammenhæng med deres fagidentitet.

“A study of the nurse’s job has also to be a study of social roles: that is, of the parts people think they are expected to play or are allowed to play in the social drama of the modern hospital.” (Hughes 1971:314).

Sygeplejerskers arbejde spiller en central rolle i danske medicinske sygehusafdelingers måder at fungere på i dagligdagen (Svenningsen 2004:129). Samtidig må det erkendes, at der ikke findes ret meget systematisk viden om, hvad danske medicinske sygeplejersker egentlig foretager sig, når de er på arbejde. Det synes at være et spørgsmål, der er omgærdet af en vis mystik og mytedannelse. Der findes således både myter om sygeplejersker som nogle, der altid har meget travlt, og myter om sygeplejersker som nogle, der sidder meget sammen og drikker kaffe inde på sygeplejekontoret. Især de medicinske afdelinger har dog ry for at være afdelinger, hvor en stab af sygeplejersker med gennemsnitlig kort anciennitet skal arbejde sammen med det øvrige plejepersonale under et pres, der opleves som stadigt stigende.

Disse myter eksisterer side om side med en række ideal-forestillinger omkring sygeplejerskens rolle eller identitet. Der er fx arven fra Florence Nightingale, som satte standarder for god sygepleje i 1800-tallet og bidrog til et mytisk billede af sygeplejersken som blid og selvopofrende omsorgsgiver<sup>1</sup>. Derudover er der et mere nutidigt formuleret ideal om sygeplejersken som en professionel fagperson, der kan dokumentere sit arbejde og tage udgangspunkt i patienters behov – og forstå patienter som hele mennesker. Samtidig udfører sygeplejersker bl.a. deres arbejde på sygehuse, der i dag er store og komplekse organisationer, hvor de indgår i samarbejdsrelationer med en række andre faggrupper.

## 1.1 Relevans

Der er tale om en situation med mangel på sygeplejersker i det danske sygehusvæsen, og hvor fastholdelsen af sygeplejersker udgør et problem. Manglen på plejepersonale er veldokumenteret. Arbejdsmarkedsrådene konstaterer, at der er udbredte mangelproblemer, og rådernes vurdering er, at der fortsat vil være udbredt mangel på læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter (Arbejdsmarkedsstyrelsen 2006).

Manglen på sygeplejersker er størst i hovedstadsområdet, hvor der bl.a. var 150 ubesatte sygeplejerskestillinger på intensivafdelingerne – stillinger der ikke kan substitueres med social- og sundhedsassistenter (Amtsrådsforeningen 2002).

---

<sup>1</sup> Refereres også til som ‘nightingalisme’ (Muff 1988). Florence Nightingales arbejde med at definere sygepleje udmøntede sig også i en grænsedragning mellem medicin og sygepleje, hvor førstnævnte sås som aktiv indgriben, mens sygepleje sås som aktivt støttende (Kirkevoeld 2000).

Set i lyset af manglen på bl.a. plejepersonale vil nogle af sygehusvæsenets væsentligste udfordringer i de kommende år dels være at rekruttere og fastholde tilstrækkeligt med personale, dels organisere de forskellige personalegruppers kompetencer og arbejdsopgaver så effektivt som muligt. En ændret arbejdsdeling kan ifølge Sundhedsministeriet være et svar herpå. Sundhedsministeriet publicerede i 2001 en rapport om rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren (Sundhedsministeriet 2001b). Rapporten efterlyste bl.a. undersøgelser af sygeplejerskers anvendelse af arbejdstid og pegede på, at et demotiverende arbejdsindhold for sygeplejerskerne er med til at skabe de aktuelle problemer med rekruttering og fastholdelse af plejepersonale. I den forbindelse foreslås det, at det i bestræbelserne på at sikre sygeplejerskerne et motiverende arbejdsindhold kan være hensigtsmæssigt at lade andre personalegrupper udføre nogle af sygeplejerskernes nuværende arbejdsopgaver, ligesom det kan være hensigtsmæssigt, at sygeplejersker overtager nogle af lægernes opgaver. Sundhedsministeriet kalder dette for en opstigningsstrategi (Sundhedsministeriet 2001b).

En tidligere DSI-undersøgelse af plejepersonalets arbejdsforhold understøttede ministeriets udmelding, men viste imidlertid også, at det er vigtigt for plejepersonalets arbejdstilfredshed at have tid til at yde helhed i plejen. Dette vil bl.a. sige, at patientens behov er i centrum for plejen, og sygeplejersken oplever en kontinuitet i arbejdet med patienten (Pedersen & Kürstein 2002).

Hvad der henholdsvis motiverer og slider på sygeplejerskerne i det daglige, har været et centralt område at kaste mere lys over ved at studere den daglige praksis med henblik på at komme med bidrag til diskussionen om, hvad der bør gøres for at dæmme op for de bemandings-, rekrutterings- og fastholdelsesproblematikker, som det danske sundhedsvæsen står overfor. Samtidig er der en tendens til, at hospitalsindlæggelser bliver kortere med deraf følgende intensivisering og krav til de ansatte om hurtigt at kunne udføre de rigtige tiltag. Dette giver potentielt et skisma, idet behovet for stigninger i produktivitet og anvendelse af de mest velegnede (og ikke overkvalificerede) personer til at løse opgaverne ikke nødvendigvis skaber mere motivation, stolthed over arbejdet og fastholdelse af sygeplejerskerne.

For at opstigningsstrategien kan virke efter hensigten, kræver det således, at denne form for redefinering af, hvad der er 'rigtige' og 'forkerte' arbejdsopgaver for sygeplejersker, samtidig vil øge positive udfordringer og motivation. I modsat fald vil demotivation føre til, at flere sygeplejersker glider ud af sygehusarbejdet og dermed forværre problemstillingen. Der er derfor behov for at kvalificere strategien med viden om, hvad der henholdsvis motiverer og 'slider' på sygeplejersker i det daglige arbejde.

## **1.2 Formål**

Formålet med undersøgelsen har været tofold. Projektet har både haft et analytisk og vidensgenererende formål og et mere anvendelsesorienteret formål, hvor den i undersøgelsen genererede viden diskuteres op imod sygehusenes situation i dag og i fremtiden, hvad angår arbejdsopgaver og arbejdsdeling.

### **1.2.1 Anvendelsesorienteret formål**

Det anvendelsesorienterede formål med undersøgelsen har været at tilvejebringe viden om sygeplejerskers arbejdsopgaver og anvendelse af arbejdstid på medicinske afdelinger. Dette med henblik på at kunne diskutere fastholdelse og arbejdsdeling mellem



sygeplejersker og læger samt sygeplejersker og det øvrige plejepersonale. Der findes ingen tilsvarende undersøgelser af sygeplejerskers arbejde på medicinske sengeafsnit i Danmark. Der findes heller ingen tidssvarende dokumentation for, hvad sygeplejersker anvender deres arbejdstid til (arbejdstidsregistrering)<sup>2</sup>, og heller ikke for hvorvidt sygeplejersker er motiverede for at overtage arbejdsopgaver fra lægerne. En præmis der lægges op til i Sundhedsministeriets "*opstigningsstrategi*".

På det anvendelsesorienterede plan har formålet således været at tilvejebringe viden til forbedring af beslutningsgrundlaget ved fremtidige planer om ændringer i sygeplejerskers arbejde og arbejdsdeling med andre faggrupper, herunder bidrage til:

- ◆ at kunne organisere sygeplejearbejdet på sygehusene hensigtsmæssigt
- ◆ at øge sygeplejerskernes motivation – og dermed fastholde dem i sygeplejerskerhvervet
- ◆ at styrke sygeplejerskeuddannelsens forberedelse af de studerende til den hverdag, der venter dem i den kliniske praksis
- ◆ at frembringe indsigt i de komplekse forhold relateret til sygeplejerskers arbejde på medicinske afdelinger.

### 1.2.2 Analytisk formål

Det analytiske formål har været at udforske sygeplejerskers arbejde i et 'dagligdags fagidentitetsperspektiv'. I den traditionelle professionsforskning er arbejdsdeling på sygehuset beskrevet som velafgrænset mellem forskellige professionsgrupper, der indskrives sig i et hierarki med lægen i toppen (Waks 2003:2). Der har således ikke været fokus på det konkrete arbejde, der udføres, eller på hvordan grænserne omkring arbejdsopgaver ændres over tid i samarbejdet mellem forskellige faggrupper og i arbejdet med patienterne (Waks 2003:2). De professionelle konkrete arbejde har således et langt stykke hen ad vejen været udforsket område. Det, der i professionsperspektivet har været studeret, har til gengæld været de enkelte professioners særlige kendetegn, kultur, identitet, autonomi i forhold til andre grupper og graden af kontrol over deres arbejde. Sygeplejersker har i tråd med andre faggrupper på sygehuset været betragtet som havende en egen identitet, egne interesser og egne arbejdsopgaver (Sahlin-Andersson 1994).

Undersøgelsen tager udgangspunkt i, at det at 'have' en fagidentitet er en hverdagsaktivitet, og at sygeplejerskers arbejdsopgaver bør studeres konkret i deres 'naturlige' sammenhæng. At det at 'have' en fagidentitet er en hverdagsaktivitet, kan forstås som at fagidentiteten ikke er fast defineret og uforanderlig, samt at den ikke nødvendigvis er ens for alle sygeplejersker, men derimod er åben for forhandlinger, og at der kan være lokale variationer fra fx sygehus til sygehus eller fra afdeling til afdeling. Undersøgelsen har analyseret medicinske sygeplejerskers faglige identitet ved a) at analysere sygeplejerskernes opfattelse af, hvilke arbejdsopgaver der er deres kerneopgaver sat i forhold

---

<sup>2</sup> Der findes plejetyngdemålinger, som måler de observerbare udtryk for patienters behov for pleje og andre aktiviteter forbundet med plejen. Formålet med plejetyngdemålinger er at beregne normeringer, dokumentere afdelingens patientsammensætning og beregne plejeomkostninger for patientforløb (Mølgaard 2000). Plejetyngdemålinger giver dog ikke et samlet og fuldstændigt billede af sygeplejerskernes daglige arbejdsopgaver, idet målingen overvejende er rettet mod arbejdet omkring patienterne.

til, hvilke arbejdsopgaver de udfører i praksis, og ved b) at analysere hvordan sygeplejerskerne relaterer sig til og afgrænser sig fra andre faggrupper (primært læger og det øvrige plejepersonale) og patienter i det daglige arbejde.

Herunder er det også undersøgt, hvorvidt sygeplejerskernes opfattelse af deres faglige identitet primært er knyttet til sygeplejefaget eller i lige så høj grad til deltagelsen i et organisatorisk fællesskab om løsning af afsnittets opgaver.

### 1.3 Undersøgelsens spørgsmål

Undersøgelsens overordnede spørgsmål er:

1. Hvad foretager medicinske sygeplejersker sig, når de er på arbejde?

Herunder er der stillet følgende underspørgsmål:

2. Hvilke arbejdsopgaver udfylder sygeplejerskerne i løbet af dagen?
3. Hvordan anvendes sygeplejerskernes arbejdstid?
4. Hvordan ser sygeplejersker selv på deres arbejdsopgaver?
5. Hvilke opgaver mener sygeplejerskerne er deres vigtigste opgaver?
6. Er sygeplejerskerne motiverede for at overtage opgaver fra lægerne?
7. Hvordan ser sygeplejerskerne på deres relation til patienter og andre faggrupper såsom læger og social- og sundhedsassistenter?
8. Og hvordan udspiller disse relationer sig i daglig praksis?

Disse er spørgsmål, der har motiveret arbejdet med emnet sygeplejerskers arbejdsopgaver og fagidentitet, som den kommer til udtryk i det daglige arbejde på medicinske sengeafdelinger. Centralt for denne undersøgelse er således, at det er medicinske sygeplejersker og deres daglige arbejde, der er i centrum.

### 1.4 Læsevejledning

Efter indledningen og præsentationen af undersøgelsens teoretiske udgangspunkt følger i kapitel 2 en indføring i undersøgelsens design og anvendte metoder. Kapitel 3 er en kort gennemgang af anden litteratur om emnet. Kapitel 4 indeholder en kort præsentation af afdelingerne, hvad angår medicinsk speciale, organisatorisk set-up og størrelse, og kapitel 5 beskriver plejeformen og hverdagen på de tre afdelinger. Det fremgår, at der er tale om tre meget forskellige afdelinger, om end en række aktiviteter og problemstillinger går igen. Kapitel 6 beskriver sygeplejerskernes opfattelse af deres kerneopgaver og tegner dermed et billede af deres ideal-faglige forestillinger. I kapitel 7 diskuteres sygeplejerskernes opgavetyper og tidsanvendelse på forskellige arbejdsopgaver. Kapitel 8 beskriver og diskuterer sygeplejerskernes arbejdsdeling og samarbejde med andre plejegrupper i det daglige, og kapitel 9 beskriver og diskuterer sygeplejerskernes samarbejde med lægerne og deres italesættelse heraf. Kapitel 10 eksemplificerer og diskuterer det usynlige ansvar, som sygeplejerskerne har i det daglige, og kapitel 11 beskriver og diskuterer sygeplejerskernes relation til patienterne og relationens betydning for deres fagidentitet. Kapitel 12 diskuterer håndteringen af svære oplevelser, dødsfald og

den usynlige faglighed omgærdet omsorgsarbejdet. Afslutningsvis perspektiveres rapporten i kapitel 13.

#### **1.4.1 Om undersøgelsens kontekster og resultater**

Rapporten skildrer sygeplejerskers hverdagsliv på tre meget forskellige medicinske sengeafdelinger. Der er således fremhævet en række forskelle på de tre afdelinger. Samtidig er der også vilkår og måder at håndtere det daglige arbejde på, som fremstår mere ens. Disse ligheder er også skildret.

I rapporten indgår fodnoter med konkrete eksempler fra observationsdata. Da der er tale om en gengivelse af 'hverdagsliv' omformet til skrift, vil teksten ind imellem kunne fremstå potentielt overvældende, rodet eller overraskende. Tale virker ofte stærkere på skrift, og dagligdagen vil tit være præget af mere rod og ting, der må gøres, så godt de kan på trods af vores mere ideelle fremstillinger af en tænkt dagligdag.

Formålet med at bringe disse gengivelser i fodnoterne er ikke at pege på, hvor godt eller mindre godt arbejdet udføres, eller om arbejdet konkret lever op til den ideal-faglige identitet. Det er derimod at 'tegne' et billede af, hvad sygeplejerskepraksis på de tre afdelinger er, hvordan sygeplejerskepraksis udleveres i det daglige arbejde, og hvilke vilkår arbejdet udføres under.

Det skal her understreges, at der er tale om data genereret fra korterevarende perioder på de tre afdelinger, og der derfor ikke er taget højde for sæsonmæssige forhold eller andre former for løbende udsving. Det skal også understreges, at der er tale om en fremstilling og fortolkning af data, og at denne ikke nødvendigvis er i fuld overensstemmelse med de tre afdelingers egne forståelser af deres praksis.

Der anvendes også interviewcitater og citater fra observationsstudierne i rapporten. Mange af disse har gennemgået en let sproglig redigering for at gøre dem mindre talesprogsagtige, dvs. der er sket en redigering i ord, der gentages lige efter hinanden, afbrudte sætninger, vendinger som "ik'" og "ik' også". Bandeord er også udeladt. Hvor der optræder navne, fx på patienter, er disse ændret.

#### **1.5 Projektorganisation**

Projektgruppen har bestået af projektleder, organisationssociolog, ph.d.-studerende Christina Holm-Petersen, sociolog Marlene Willemann, og praktikanter på projektet har været socialvidenskabsstuderende Marete Asmussen, sociologistuderende og sygeplejerske Sussi Rønnow Lodahl samt informationsvidenskabsstuderende Sarah Blichfeldt.

#### **1.6 Taksigelser**

En stor tak til medarbejdere og patienter på Hjertemedicinsk afdeling B2, Skejby Sygehus, samt Medicinsk Endokrinologisk afdeling J106 og Gastroenterologisk Hepatologisk afdeling I23 på Bispebjerg Hospital.

Også tak til oversygeplejerske Hanne Dalsgaard, Hjertemedicinsk afdeling B, Skejby Sygehus, oversygeplejerske Bettina Kotasek, Medicinsk Endokrinologisk afdeling J og klinikoversygeplejerske Lone Munk Andersen, Klinik I, Bispebjerg Hospital.

Tak til Monika Madsen, Sundhedsstyrelsen.

Derudover tak til Momsfondet og Dansk Sygeplejeråd, der har bidraget til finansiering af undersøgelsen.

Endelig en stor tak til projektets referencegruppe bestående af: Afdelingssygeplejerske Anny Fløe Nielsen, Hjertemedicinsk afdeling B2, Skejby Sygehus, afdelingssygeplejerske Charlotte Åkerstrøm, Medicinsk Endokrinologisk afdeling J106, København Amtssygehus Herlev og afdelingsleder Juddi Daugbjerg, Dansk Sygeplejeråds professionsudviklingsafdeling. Referencegruppens medlemmer har bl.a. bidraget med givtige kommentarer til rapporten.

## 2. Undersøgellesdesign og anvendte metoder

I dette kapitel redegøres for, hvordan begrebet 'fagidentitet' defineres og anvendes i rapporten. Der redegøres derefter for, hvilke konkrete datagenereringsmetoder der har været anvendt i undersøgelsen.

### 2.1 Analyseramme og begrebsafklaring

Der tales og skrives ofte om fagidentitet eller professions-identitet, men der menes ikke nødvendigvis det samme med begrebet (Fagermoen 1997:434). I denne undersøgelse tages der primært udgangspunkt i et centralt arbejde af to amerikanske organisationskulturforskere: Stephen Barley og John Van Maanen (Van Mannen & Barley 1984), som har udarbejdet et teoretisk perspektiv på fag/arbejdsfællesskaber, der forener fokus på dagligt arbejde i organisationer med fokus på fagidentiteter som et spørgsmål om grænsedragning. Undersøgelsen tager altså udgangspunkt i, at grænsedragning til andre grupperinger er et væsentligt element i udviklingen og opretholdelsen af en fagidentitet. At have en fælles fagidentitet forudsætter således både en fornemmelse af at være fælles om noget og være anderledes end nogle andre<sup>3</sup>.

At udvikle og opretholde en identitet kan ses som et arbejde – et arbejde, der er centralt i opbyggelsen af en faglighed. I dette arbejde foregår en form for spejling, differentiering og dermed grænsedragning til andre. Idet identiteter basalt set er relationelle i deres karakter (du Gay 1996:153; Holstein & Gubrium 2000), formes og ændres identiteter i et samspil (interaktion) med omverdensbetingelser og i en stadig forhandling med andre grupperinger. Tre pointer er centrale for denne rapportens teoretiske udgangspunkt. Den første er, at fagidentiteter i et vist omfang formes og 'forhandles' lokalt og derfor bør studeres i deres lokale kontekster. Den anden er, at disse formnings- og forhandlingsprocesser kræver vedblivende arbejde, og at der indgår et 'identitetsarbejde' heri. Den tredje er, at sygeplejerskers fagidentitet på medicinske afdelinger er et resultat af dette identitetsarbejde.

#### 2.1.1 Definition af fagidentitet

Der tages udgangspunkt i et fagidentitetsperspektiv, hvor det ikke er den enkelte sygeplejerskes individuelle person og det, denne bidrager med, der er i fokus. I fokus er snarere den italesatte og udlevede gruppeidentitet – en gruppeidentitet, der opstår og vedligeholdes i relation til 'andre'. Udgangspunktet er et organisatorisk perspektiv: På den ene side med fokus på, hvordan identiteter former arbejdet (og samarbejdet) i det daglige, og hvilke dilemmaer der kan være forbundet hermed. På den anden side med fokus på, hvordan det daglige arbejde også involverer identitetsarbejde, og hvordan arbejdet i sig selv dermed er med til at forme, vedligeholde og ændre identiteten.

---

<sup>3</sup> Rapportens teoretiske ramme er skrevet med inspiration fra Christina Holm-Petersens kommende ph.d.-afhandling om fusioner, sygehuskulturer og identiteter.

I undersøgelsen skelnes der analytisk mellem tre former for fagidentiteter:

### **1) Generel sygeplejerske-fagidentitet**

Her forstås begrebet fagidentitet som det, der kendetegner sygeplejersker generelt og gør dem lig med eller anderledes i forhold til andre professioner og faggrupper. Man kan derfor argumentere for, at bare det at være sygeplejerske i sig selv tilbyder en række opfattelser af og diskurser om, hvad en sygeplejerske er – og dermed ikke er, og hvad god sygepleje bør være. Diskurser der er båret af sygeplejeuddannelserne, sygeplejerskernes faglige organisationer, fagbøger, fagartikler og i et vist omfang af film, tv, aviser og skønlitteratur, som også formidler billeder af, hvad en sygeplejerske er eller bør være (se fx Hallam 2002, Muff 1988). Disse diskurser antages at være tilgængelige og mulige for den enkelte sygeplejerske at trække på i situationer, hvor hun finder det passende.

Fagidentitet kan således ses som hængende sammen med sygeplejens professionsideologier og fælles tankegods, der udspringer fra sygeplejerskeuddannelserne, afdelingen for sygeplejevidenskab ved Århus Universitet (og tidligere fra sygeplejehøjskolen), sygeplejerskernes fagforening og fagblade samt identiske måder at gøre ting på tværs af sygehusafdelinger. På denne vis kan en lokal udvikling og vedligeholdelse af en fagidentitet samtidig godt være professionsunderstøttet. Det er dog ikke givet, at alle sygeplejersker tænker og gør ting ens qua deres uddannelse alene. Snarere kan denne form for faglig identitet ses som en tilgængelig fælles referenceramme, der kan være relevant at trække på i nogle situationer og mindre relevant i andre. Fagidentitet anses følgelig for at være et 'situationelt' begreb, og det må være op til den empiriske undersøgelse at afgøre, hvornår den ene identitet er mere relevant end andre. Og hvornår der potentielt er flere identiteter i spil på én gang.

### **2) Lokal (afdelingsspecifik) ideal-faglig identitet**

Sygeplejerskers lokale ideal-faglige identitet forstås her som den faglige identitet, der italesætter som et ideal – den 'rigtige' måde at yde sygeplejearbejde på i deres gruppe, afsnit eller afdeling. Den lokale ideal-faglige identitet opstår i lokale relationer, fx gennem løsningen af fælles arbejde. Den lokale ideal-faglige identitet kan være knyttet op på et afsnits sygeplejersker og/eller hele plejegruppen. Potentielt kan den også vedrøre sygeplejersker på tværs af afsnit og involvere andre faggrupper end sygeplejersker. Hvem der er en del af denne fælles identitet, og i hvilke situationer de er det, er således et empirisk spørgsmål.

### **3) Lokal (afdelingsspecifik) praktisk-faglig identitet**

Den praktisk-faglige identitet forstås her som den faglige identitet, der praktiseres i det daglige arbejde. Dvs. den identitet, der kommer til udtryk gennem det daglige arbejde, fx gennem arbejdsdelingen med og grænsedragningen til andre grupper. En del af formålet med denne undersøgelse har været at definere, afgrænse og beskrive indholdet i denne 'identitetspraksis' og hermed også potentielt påpege elementer og betydninger, som afdelingerne ikke selv har blik for, jf. (Kreiner & Scheuer 2002:20).

I dette studie har formålet således ikke været at afdække en generaliseret sygeplejerske(professions)-fagidentitet. Dels fordi det er den generaliserede professionsidentitet, der er mest velbeskrevet, fx hvilke værdier sygeplejersker anses for at have, se (Eriksen 1992; Franssén 1997; Hallam 2002; Kupferberg 1999; Littlewood 1991a; Lup-

ton 1994; Muff 1988; Strasen 1992; Strauss 2001; Ulrichsen & Eriksen 1991; Wolf 1989), dels fordi formålet har været et andet, nemlig at studere hvordan sygeplejersker bringer deres sygepleje-fagidentitet i spil i det daglige arbejde på konkrete sygehusafdelinger. Et arbejde der involverer samarbejde, arbejdsdeling og grænsedragning til andre grupper af aktører på og omkring sygehuset.

### 2.1.2 Faggrænser

I rapporten diskuteres grænsedragning til andre faggrupper i stedet for at anvende begrebet faggrænser. Faggrænser diskuteres ofte i forbindelse med det arbejde, der udføres af forskellige professionelle grupper på sygehusene. Denne undersøgelse handler også om det, der ofte kaldes faggrænser og kan opsummeres som professionelles håndhævelse af, hvad der er henholdsvis deres og andres opgaver.

Faggrænser diskuteres ofte som noget negativt. Imidlertid er det denne undersøgelses udgangspunkt, at faggrænser hænger uløseligt sammen med begrebet fagidentitet. Det er således i tråd med undersøgelsens teoretiske udgangspunkt ikke muligt at forestille sig en fagidentitet uden faggrænser. Det er nemlig netop i grænserne til andre grupper, at identiteten får et selvstændigt udtryk. Faggrænser ses således som en væsentlig måde at demarkere sig fra andre på og dermed opretholde ideen om en særegen identitet. På denne måde handler faggrænser om andet og mere end formel kompetence og grænser for, hvad nogle faggrupper må, som andre ikke må. De handler om arbejdsorganisering og opbyggelsen af et billede af, "hvem vi er" på arbejdspladsen. Faggrænser ses derfor som omhandlende:

- ◆ Formel kompetence understøttet af institutionaliserede regler, cirkulærer osv.
- ◆ Arbejdsorganisering, kutymen og rutiner
- ◆ Lokal og professionsunderstøttet italesættelse af en fagidentitet.

## 2.2 Undersøgelsens empiriske delstudier

Undersøgelsens empiriske datamateriale er genereret på tre medicinske sygehusafdelinger: Hjertemedicinsk afdeling B2, Skejby Sygehus, Medicinsk Endokrinologisk afdeling J106, Københavns Amtssygehus Herlev og Medicinsk Gastroenterologisk og Hepatologisk afdeling I23, Bispebjerg Hospital. Det er udelukkende valgt at fokusere på medicinske afdelinger, fordi:

- ◆ Det giver mulighed for at komme mere i dybden med det arbejdsliv, medicinske sygeplejersker har – et arbejdsliv, som vi har en formodning om kan være kvalitativt anderledes end fx det arbejdsliv sygeplejersker på en elektiv kirurgisk afdeling har.
- ◆ Medicinske afdelinger typisk har en relativ stor plejetyngde og modtager akutte patienter, hvilket har en betydning for den måde, hvorpå medicinske sygeplejerskers arbejde organiseres og udføres.
- ◆ Medicinske afdelinger har overvægt af unge sygeplejersker med kort anciennitet<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Kilde: Sundhedsstyrelsens Løn- og beskæftigelsesregister. Specialkørsel foretaget af Monika Madsen.

Der er således en række vilkår og problematikker forbundet med at være sygeplejerske på en medicinsk afdeling, som vi finder det fagligt interessant at få mere viden om. Ligeledes finder vi, at det er vigtigt at sætte fokus på medicinske afdelinger, da det er vores oplevelse, at der ofte er mindre mediemæssig og politisk fokus på disse end på fx kirurgiske afdelinger med ventetidsgarantier. Man kan således se denne rapport som et bidrag til at synliggøre medicinske sygeplejerskers arbejde gennem beskrivelser af deres hverdag og arbejdsopgaver på tre medicinske sengeafdelinger.

I 2004 arbejdede 33.620 autoriserede sygeplejersker på de offentlige sygehuse, heraf 8.864 på medicinske afdelinger<sup>4</sup>.

### 2.2.1 Udvalgelse

De tre medicinske sengeafsnit blev udvalgt med henblik på en vis spredning i forhold til:

- a) Geografisk placering (Øst- og Vestdanmark). Således er der en midtjysk og to sjællandske afdelinger med i undersøgelsen. At to og ikke én af afdelingerne ligger i omegnen af København – i henholdsvis Københavns Amt og H:S-området – skyldes økonomiske og praktiske årsager.
- b) Variation i speciale (høj- og lavteknologisk). Således er den hjertemedicinske afdeling i Skejby landets største hjertemedicinske afdeling, højt fagligt specialiseret og teknologisk avanceret. Denne afdeling modtager kun specialepatienter. De andre to afdelinger modtager ud over deres specialepatienter også i et vist omfang patienter, der ikke hører under afdelingernes specialer. Der er dog ikke tale om et såkaldt 'medicinsk sammenskudsgilde' på nogen af afdelingerne. De tre medicinske sengeafsnit, der indgår i undersøgelsen, har den lighed, at de alle er placeret på store (højtspecialiserede) sygehuse. Der er valgt afdelinger på store sygehuse for at få en vis sammenlignelighed i et organisatorisk set-up, og fordi udviklingen går i retning af, at de små sygehuse lukkes eller lægges sammen til større enheder. Dette betyder dog ikke, at sygeplejerskernes arbejde på alle tre afdelinger er højt fagligt specialiseret. Her er der variationer mellem afdelingerne, hvor afdelingen i Skejby er højest fagligt specialiseret, mens sygeplejerskerne på Mave-tarm- og leverafdelingen, der alle er meget unge, er mindst fagligt specialiserede. Der er også forskel på patienternes alder og mentale friskhed på de tre afdelinger<sup>5</sup>. Således er der både på Mave-tarm- og leverafdelingen og Herlev indlagt en stor del ældre patienter, som skal have hjælp til de basale funktioner. Der er også flere demente patienter indlagt her end på afdelingen i Skejby.
- c) Antal af assistenter og sygehjælpere (mange/få). Således er der mange social- og sundhedsassistenter på den endokrinologiske afdeling i Herlev, lidt færre på den gastroenterologiske og hepatologiske afdeling på Bispebjerg og kun få social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere på den hjertemedicinske afdeling i Skejby.
- d) Hvilken plejeform afdelingerne arbejdede med – for at få forskellige plejeformer repræsenteret. Således arbejdede de i Skejby ud fra princippet om tildelt patient-

---

<sup>5</sup> Ligesom hos lægerne er der ifølge Kupferberg også blandt sygeplejersker forbundet forskellige grader af prestige med, hvilket speciale deres afdeling tilhører. Disse graduerer han som følger: Operationssygeplejersker, de tekniske sygeplejersker, almindelige sygeplejersker, dem der har med gamle mennesker at gøre, og til sidst dem der har med psykiatriske patienter at gøre (Kupferberg 1999:134).



pleje, i Herlev ud fra en blanding af tildelt patientpleje og gruppepleje, mens de i mave-tarm- og leverafdelingen arbejdede ud fra princippet om gruppepleje.

### 2.2.2 Adgang

Det viste sig ikke svært at finde afdelinger, der ville indgå i projektet. Den første kontakt blev taget ved at ringe til oversygeplejerskerne på de tre afdelinger. Disse formidlede en kontakt til afdelingssygeplejerskerne for de tre sengeafsnit. Kun på én af de tre afdelinger fik vi efterfølgende at vide, at der havde været skepsis blandt nogle sygeplejersker på afsnittet i forhold til at gå ind i projektet. Denne skepsis kom dog ikke til at spille nogen rolle i forhold til at gennemføre undersøgelsen, da medarbejderne også på denne afdeling i praksis viste sig at gå interesserede ind i projektet. Hvorvidt de enkelte sygeplejersker på forhånd var informeret om projektet syntes dog at variere en del, alt efter om de havde deltaget i personalemøder eller andre møder, hvor projektet var blevet omtalt. På en af afdelingerne deltog vi før observationsstudiet i et informationsmøde om undersøgelsen. På to af afdelingerne havde vi udarbejdet en A4-side med information om projektet. Denne blev hængt op på opslagstavler.

### 2.3 Anvendte metoder

En konsekvens af undersøgelsens teoretiske udgangspunkt og formål om at studere sygeplejerskers konkrete praksis er, at der i datagenereringen<sup>6</sup> er lagt stor vægt på observationsstudier. Udover det åbne, eksplorative observationsstudie på hver af de tre afdelinger foretog vi derefter interview, dels for at afprøve vores fortolkninger af observationerne, dels for at høre sygeplejerskernes egne repræsentationer af deres fagidentitet og hverdagspraksis. Styrken ved at anvende kvalitative metoder som observationsstudier og kvalitative interview er, at det åbner muligheden for en eksplorativ datagenerering forstået på den måde, at interviewpersonernes udsagn ikke kun påvirkes af fastlagte kategorier, men også følger deres egne normer og logikker. Ligeledes giver især observationsstudierne mulighed for at få indsigt i sygeplejerskernes praktiske virkelighed, deres sygeplejefaglige praksis og deres samarbejdsrelationer på et 'levet' plan, frem for at det udelukkende er sygeplejerskernes mere idealiserede italesættelser af disse forhold, som analysen baserer sig på.

Endelig indgik der et mindre tids- og opgaveregistreringsstudie i undersøgelsen, hvis formål var at sætte tal på sygeplejerskernes arbejdsopgaver. Dette studie involverede en del metodeudviklingsarbejde. Samlet set belyser disse tre metoder undersøgelsens problemstillinger på hver deres forskellige, men også sammenfiltrede og komplementerende måde. På alle tre afdelinger er der således gennemført a) observationsstudier, b) tids- og opgaveregistrering og c) interviewundersøgelse.

---

<sup>6</sup> 'Dataindsamling' omtales i rapporten som datagenerering, da ordet indsamling lægger op til et billede af data som noget, der ligger derude og venter på at blive indsamlet. Undersøgelsen bygger på en forståelse af data som noget, der konstrueres i et samspil mellem observatøren, dennes teoretiske blik og de det studerede.

Anvendte metoder	Formål og fremgangsmåde
Observation	Formålet var at opnå indsigt i sygeplejerskernes reelle praksis – i deres arbejdsopgaver og fagidentitet på de pågældende afdelinger. Dette også med henblik på 1) at udvikle et validt tids- og opgaveregistreringsskema og 2) at kvalificere interviewguiden til den efterfølgende interviewundersøgelse.
Tids- og opgaveregistrering	Formålet var at registrere, hvilke opgaver sygeplejerskerne varetager, samt deres anvendelse af tid på de forskellige kategorier af opgaver.
Interviewundersøgelse	Formålet var dels at indhente sygeplejerskernes idealforestillinger og fortællinger om deres faglige identitet, kompetence og arbejdsopgaver, dels at uddybe temaer fra observations- og tidsregistreringsstudierne.
- Fokusgruppeinterview - Individuelle interview	

## 2.4 Observationsstudier

Det overordnede formål med observationsstudierne var at komme videre end til de idealiserede repræsentationer og stereotyper om arbejdet og fagpersoner på en medicinsk afdeling (jf. Holstein og Gubriums metodiske implikationer (Holstein et al. 2000)). Observationsstudierne blev gennemført ved, at vi fortrinsvis fulgte sygeplejersker, men også enkelte social- og sundhedsassistenter arbejdsdage. Princippet i observationsstudierne har været, at en projektmedarbejder, iklædt sygeplejerskekittel, fulgte en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent med rundt i en 8 timers dagvagt. Derudover fulgte vi sygeplejersker i en aften- og en nattevagt på alle tre afdelinger. Observatørerne havde en A5-blok og en pen på sig og skrev så meget som muligt ned i forhold til, hvad sygeplejersken foretog sig, hvor hun foretog sig det henne, hvad hun sagde, og hvad der skete omkring hende i løbet af vagten. Disse noter blev efterfølgende renskrevet, således at der foreligger et observationsreferat for hver enkelt gennemført observation. Der blev fulgt mellem 9 og 11 arbejdsdage på hver afdeling. Samlet foreligger der 446 siders observationsreferater.

Der har i alt været fem observatører på projektet. Der har dog max været tre observatører på en afdeling – og aldrig mere end to på samme dag. En af observatørerne har observeret på alle tre afdelinger, og den observatør, der også forestod tidsregistreringen, har tillige været på alle tre afdelinger. En anden af observatørerne har observeret på to af afdelingerne, mens de sidste to observatører kun har observeret på hver deres afdeling. Observatørernes blik var styret af en observationsguide, hvor relevante temaer som fx arbejdsdeling, konfliktsituationer og patientkontakt blev fremhævet med henblik på at fokusere observatørens blik. De forskellige observatørers observationer har derudover løbende været diskuteret med de andre observatører, hvorved et fælles 'blik' på hver afdeling til dels er fremkommet<sup>7</sup>.

<sup>7</sup> Antallet af observatører var en konsekvens af, at observationsstudier er en meget tidskrævende datagenereringsform. Projektet har således været afhængigt af at have en DSI-praktikant til hjælp på hver af de tre afdelinger. Fordelen herved har været, at vi har haft mulighed for at gennemføre et samlet set relativt omfattende observationsstudie. En klar ulempe har dog været, at det efterfølgende analysearbejde har været mere kompliceret, end det ville have været, hvis der i højere grad havde været to eller tre gennemgående personer på alle opgaver.

Observatørerne indtog overvejende en passiv rolle, forstået således at de ikke deltog i plejearbejdet og ikke brød ind i konkrete samtaler. Observatørerne var dog ikke mere passive, end at de i ledige øjeblikke spurgte til sygeplejerskens opfattelse af situationer eller samtaler, som observatørerne fandt særlig relevante eller uforståelige. Ligeledes har observatørerne ind imellem udført forefaldende arbejde til hjælp for sygeplejersken, og en af observatørerne har deltaget i plejearbejdet i enkelte situationer af akut karakter.

Som udgangspunkt var det afdelingssygeplejersken, der udvalgte de personer, som observatørerne kunne følge med rundt. Reelt ændredes dette dog ind imellem på selve dagen på grund af sygefravær og omlagte vagter, således at der kom et vist element af tilfældighed i, hvem der endte med at blive fulgt. Dette tilfældighedselement har vi anset for et gode, idet det har været med til at modvirke en eventuel bias i, hvem afdelingssygeplejerskerne pegede på som egnede til at blive fulgt. Samtidig har vi ikke haft indtryk af, at afdelingssygeplejerskerne har selekteret særlig meget – udover på to af afdelingerne i et vist omfang at have friholdt de mest nyuddannede sygeplejersker.

Da der blev observeret arbejdsdage og vagter med en ny person hver gang, er der risiko for, at den observerede person ikke har handlet typisk eller normalt – fx i et forsøg på at fremstå som en god sygeplejerske. Denne mulige bias kunne ideelt set have været minimeret ved at observere de samme personer over længere tid (fx to uger), idet opretholdelsen af en særlig ideel måde at agere på ville have været vanskelig at bevare over en længere tidsperiode. Mange af de sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, vi har observeret, gav dog udtryk for, at de hurtigt 'glemte' vores tilstedeværelse. Det var heller ikke vores indtryk, at de talte og opførte sig mere 'korrekt', fordi vi var der. Mange af de sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, vi 'kun' fulgte en 8 timers dag, har vi også observeret sekundært, når vi var med deres kolleger rundt, og dermed fået et mere indirekte indblik i, om de agerede på samme måde. Så alt i alt tyder det på, at denne potentielle bias ikke er et væsentligt problem i nærværende undersøgelse. Det kan dog indvendes, at der er risiko for, at vi ikke har fået mere end et overfladisk kendskab til afdelingen og sygeplejerskernes fagidentitet. Men i og med at observationsdataene ikke udgør eneste datakilde, har vi valgt at acceptere, at der sandsynligvis er mange flere lag og detaljer, som vi ikke har fået indsigt i. Til gengæld anvendes den indsigt, der er opnået gennem observationsstudierne, konstruktivt – både i gennemførelsen af interviewene og i analysen af den samlede mængde data.

Samlet set er der blevet observeret på 24 dagvagter, tre aftenvagter og tre nattevagter. Hertil kommer den observation, der var involveret i registreringen af arbejdsopgaver i et tidsregistreringsskema i alt 9 dagvagter og den '*hang around*' observation, der har været forbundet med at gennemføre interviewene på afsnittene.

## 2.5 Interviewundersøgelse

Interviewundersøgelsen bestod dels af fokusgruppeinterview med sygeplejersker og på to af afdelingerne tillige med social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, dels af individuelle interview med afdelingssygeplejerskerne for de tre afdelinger, med læger fra de tre afdelinger og på en af afdelingerne også med en social- og sundhedsassistent. Samlet ligger der 445 siders interviewtransskriptioner. Hver enkelt transskription er efterfølgende sendt ud til de medvirkende.

### 2.5.1 Fokusgruppeinterview

Da vi ønskede at belyse sygeplejerskers kollektive forståelser og deres fælles konstruerede meninger, valgte vi fokusgruppeinterviewet som interviewform i relation til sygeplejersker og for så vidt muligt også i relation til social- og sundhedsassistenter. Lægerne havde vi på forhånd en antagelse om det ikke ville være praktisk muligt at sætte sammen i en fokusgruppe, og vi fandt også dette mindre nødvendigt i forhold til formålet med interviewene. Der blev derfor gennemført to fokusgruppeinterview med henholdsvis en gruppe sygeplejersker og en gruppe social- og sundhedsassistenter på de respektive afdelinger – med undtagelse af Skejby, hvor der ikke blev foretaget fokusgruppeinterview med social- og sundhedsassistenter, men i stedet et individuelt interview<sup>8</sup>. I alt blev der gennemført seks fokusgruppeinterview<sup>9</sup>. Interviewene varede mellem 1,5 og 2 timer. Det blev tilstræbt at sammensætte deltagerne i gruppen, således at der var min. fire deltagere med forskellig grad af anciennitet. Dette lykkedes dog ikke i alle tilfælde. Det var afdelingssygeplejersken, der udvalgte deltagerne i fokusgruppeinterviewet på baggrund af ovenstående kriterier om antal deltagere og forskellig grad af anciennitet.

Fokusgruppeinterviewene blev alle optaget på minidisc. Under interviewene var der en interviewer (moderator), som guidede deltagerne igennem interviewet ved at stille spørgsmål, samle op og sørge for, at alle deltagere så vidt muligt kom til orde. Derudover var der en referent til stede, hvis opgave var at tage noter af deltagerens udsagn. Disse noter havde til formål at gøre transskriptionen nemmere samt forhindre en dekontekstualisering af deltagerens udsagn. Referenten noterede sig også relevante stemninger, deltagerens kropssprog og interaktion. Interviewene blev herefter transskriberet relativt ordret, dvs. at korte pauser, "øh'er" og lignende udtryk blev udeladt.

Deltagerne blev indledningsvis kort informeret om undersøgelsen og dens formål, blev lovet anonymitet og at de fik interviewet til gennemlæsning efter endt transskription med mulighed for at korrigere misforståelser og lignende. De blev opfordret til at diskutere med hinanden frem for blot at besvare interviewerens spørgsmål. Det blev fremhævet, at det var vigtigt, at deltagerne kom frem med deres holdninger og oplevelser – især hvis disse var forskellige fra de andre deltageres.

Fokusgruppeinterviewene blev gennemført på baggrund af semi-strukturerede interviewguides. Interviewguiden bestod af nogle basis-spørgsmål, som blev stillet i alle interview, men guiden blev også tilpasset hver enkelt afdeling, således at spørgsmålene tog højde for den enkelte afdelings særlige forhold og karakteristika. Desuden blev der spurgt til specifikke situationer og/eller konkrete handlingsforløb, som vi havde oplevet som særligt relevante under observationsstudierne. Disse cases blev genstand for diskussioner i gruppen og betød, at interviewet blev mere funderet i den praktiske virkelighed. Observationsstudiet var således med til at gøre indholdet i interviewene konkret og vedkommende. Både interviewer og referent havde været primære observatører på afdelingen og dermed sikredes en anden form for fortrolighed, end hvis vi var trådt

---

<sup>8</sup> Der er kun få social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere ansat på afdelingen, og det var derfor ikke praktisk muligt at samle flere af dem.

<sup>9</sup> På medicinsk endokrinologisk afdeling J106, Københavns Amtssygehus Herlev, blev vi af praktiske og tidsmæssige årsager nødt til at dele fokusgruppeinterviewet med sygeplejerskerne i to dele, således at vi en dag interviewede tre sygeplejersker med udgangspunkt i den ene halvdel af interviewguiden og derefter kom tilbage for at interviewe tre andre sygeplejersker med udgangspunkt i den anden halvdel af interviewguiden.

direkte 'ind fra gaden'. Der var også et vist sammenfald mellem de personer, der havde været observeret under observationsstudierne og som deltog i interviewene. Dette var ikke planlagt på forhånd, da der her var tale om et praktisk spørgsmål om, hvem der var på arbejde, den dag interviewet fandt sted, om der var sygemeldinger, og hvor mange der kunne 'gå fra' og deltage i interviewet. Sammenfaldet var på mellem 75 og 100 %. De sygeplejersker, hvis arbejde ikke havde været observeret, men som deltog i interviewene, var alle relativt nye på afdelingerne.

En begrænsning ved at gennemføre fokusgruppeinterview er, at der altid vil være psykosociale faktorer, som påvirker og eventuelt begrænser den frie diskussion i fokusgruppen. Disse kan begrænse kvaliteten af data. Der kan bl.a. finde censur og sociale sanktioner sted, og de enkelte deltagere kan have behov for at tilpasse deres udtalelser i forhold til deres indtryk af de andre deltagere i fokusgruppen (Kitzinger 1994) (Morgan 1997). Samtidig vil deltagerne gerne fremstille sig selv som dygtige og kompetente sundhedsprofessionelle, der lever op til diverse samfundsmæssige og fagpolitiske forventninger om, hvordan de skal udføre deres fag. Interviewene kan derfor være præget af en professionsstrategisk fremstilling af faggruppens praksis (Gjørup, Jacobsen & Timm 1997). I hvor vid udstrækning dette var tilfældet i denne undersøgelse, er svært at svare på. Der var nok i flere situationer en tendens i den retning. Samtidig modvirkedes dette af fokus på konkrete oplevelser.

En anden begrænsning i forbindelse med fokusgrupperne er, at det ikke i alle interviewene lykkedes at samle mindst fire deltagere med forskellig erfaringsbaggrund (anciennitet). Ved flere af interviewene dukkede der kun tre deltagere op, typisk på grund af sygdom og travlhed i afdelingen, og på mave-tarm- og leverafdelingen var det kun muligt at samle henholdsvis to sygeplejersker og to assistenter til et fokusgruppeinterview. I Herlev var det især yngre, relativt nyuddannede sygeplejersker, som deltog i sygeplejerskeinterviewene. Dette kan give en vis skævhed i de fortællinger, som produceres under interviewene. Andre undersøgelser viser nemlig, at yngre og uerfarne sygeplejersker fokuserer på nogle andre kernebegreber i deres faglige identitet end ældre og mere erfarne sygeplejersker (Andersen, Dybbroe & Bering 2004: 52-53). Når fokusgrupperne kun bestod af tre deltagere, var diskussionen meget afhængig af, at disse var gode til at give udtryk for egne meninger og synspunkter. I de tilfælde, hvor alle deltagere ikke var lige gode til dette, måtte moderator træde mere tydeligt frem og styre deltagerens diskussioner, således at alle kom til orde. Dette lykkedes dog ikke i et enkelt tilfælde, hvor en deltager havde svært ved at udtrykke sig på grund af sprogvanskeligheder. Hvorvidt der reelt er tale om fokusgruppeinterview kan således diskuteres; måske er det mere passende blot at kalde det for gruppeinterview, idet antallet af deltagere ikke befordrede den diskussionsproces og interaktion blandt deltagerne, som et 'rigtigt' fokusgruppeinterview implicerer.

Generelt var deltagerne i fokusgrupperne – både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter – dog meget engagerede i interviewene og gode til at udtrykke sig verbalt. Der var også en god stemning under interviewene.

Det kan være en begrænsning ved den anvendte metode, at det er afdelingssygeplejersken, som har udvalgt deltagerne til fokusgruppeinterviewene, samt hvilke personer der skulle observeres af os. Der kan tænkes at være risiko for, at hun af ledelsesstrategiske årsager vælger særligt dygtige sygeplejersker – eller ukritiske sygeplejersker, hvormed der mistes vigtige nuancer i datamaterialet. Det er nu ikke vores opfattelse, at

afdelingssygeplejerskerne har udvalgt på denne måde, idet vi mener at have stiftet bekendtskab med mange forskellige 'typer' sygeplejersker, som ikke var bange for at udtrykke kritik.

### **2.5.2 Individuelle interview**

Vi valgte individuelle interview i relation til den læge og afdelingssygeplejerske, som vi interviewede på hver afdeling. Dette valg blev primært taget af praktiske årsager, fx at vores erfaringer fortalte os, at det er vanskeligt at samle fire læger til et fokusgruppeinterview, og at der ofte kun findes én afdelingssygeplejerske på en afdeling.

Der blev således gennemført individuelle interview med en afdelingssygeplejerske på de tre afdelinger og med en af de erfarne læger fra de respektive afdelinger. Interviewpersonerne blev indledningsvis informeret om formålet med undersøgelsen og lovet anonymitet i den færdige rapport. De fik desuden lovning på at gennemlæse det transskriberede interview med henblik på korrektion af eventuelle misforståelser og lignende.

Interviewene blev gennemført af en interviewer og optaget på minidisc for senere at blive transskriberet relativt ordret. Interviewene varede 1-2 timer.

Der viste sig at være en stor kvalitativ forskel på interviewene med lægerne og med afdelingssygeplejerskerne. Hvor afdelingssygeplejerskerne var meget åbne i forhold til at forholde sig til plejearbejdet og relationerne på afdelingerne, var lægernes svar mere 'glatte', dvs. det var svært at komme videre end til lægens idealiserede repræsentationer. En forklaring herpå kan være, at det ikke som udgangspunkt var lægernes arbejde, der blev studeret. Det var således nemmest at komme ned under den mere glatte overflade af idealiserede svar, når samtalen faldt på konkrete eksempler fra de brudstykker, hvor lægernes arbejde også var blevet observeret. Af samme årsag havde vi valgt at interviewe læger, hvis arbejde vi konkret havde observeret. De individuelle interview med en læge fra hver afdeling har derudover den åbenlyse begrænsning, at det kun er en læges holdninger og opfattelser, som kommer til udtryk, og da der kan være stor forskel blandt læger om, hvad de mener om sygeplejerskers faglige identitet og arbejdsopgaver, er der således risiko for, at de interviewede læger er atypiske i forhold til den generelle lægegruppe på sygehuset eller afdelingen.

### **2.6 Tids- og opgaveregistreringsstudie**

Som et led i identificeringen af sygeplejerskers arbejdsopgaver er der i undersøgelsen foretaget et tids- og opgaveregistreringsstudie, hvor sygeplejerskers arbejde er blevet observeret og registreret på et særligt registreringsskema (se appendiks A). Da der ikke var en velafprøvet datageneringsmetode til dette formål i dansk praksis, er der hentet inspiration til undersøgelsesdesignet i henholdsvis et norsk tids- og opgaveregistreringsstudie, beskrevet i SINTEF-rapporten: "Stykkevis og helt – Sykepleieres arbeidsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus" (Vareide, Hofseth, Norvoll & Röhme 2001), og i et amerikansk tids- og opgaveregistreringsstudie af sygeplejerspraksis (Watson, Lower, Wells, Farrah & Jarrell 1991) og (Watson, Wells & Lower 1987). De metodiske udfordringer i gennemførelsen af tids- og opgaveregistreringsstudiet har særligt vedrørt for forhold: Dels har det drejet sig om bestemmelse af en metode for selve tidsregistreringen, dels om konstruktionen af registreringsskemaets opgavekategorier, hvor det sprin-

gende punkt har været udfordringen i at konstruere et skema, der er overskueligt, samtidig med at det både rummer alle relevante aspekter af sygeplejerskernes praksis og samtidig indbefatter opgavekategorier, der analyse-mæssigt var interessante for problemstillingerne i denne undersøgelse. I det følgende vil de metodiske overvejelser i relation til ovenstående blive præsenteret og uddybet.

### 2.6.1 Anvendt metode

Tids- og opgaveregistreringsstudiet er gennemført ved, at en sygeplejeuddannet projektmedarbejder har fulgt med rundt i sygeplejefeltet og observeret og registreret en konkret sygeplejerskes arbejde i løbet af en hel dagvagt. På denne måde er der blevet registreret i alt 9 sygeplejerskers arbejde ligeligt fordelt på de tre afdelinger. Det er den samme projektmedarbejder, der har foretaget alle tids- og opgaveregistreringerne, og samme projektmedarbejder har haft en fremtrædende rolle i udformningen af registreringsskemaet med hensyn til såvel opgavekategorier som tidsintervaller. Denne metode har på mange måder lighedspunkter med metoden i den amerikanske undersøgelse, dog med den forskel at registreringerne i den amerikanske undersøgelse kun er foregået i tre timer ad gangen (Watson et al. 1991).

I det norske SINTEF-studie har tidsregistreringen været tilrettelagt således, at sygeplejerskerne selv er blevet bedt om at registrere deres arbejde på udleverede tids- og opgaveregistreringsskemaer (Vareide et al. 2001). Selvom denne metode giver mulighed for at foretage betydeligt flere registreringer (i SINTEF-studiet er der datamateriale fra i alt 763 vagter foretaget af i alt 117 sygeplejersker), er den forbundet med væsentlige metodiske ulemper. Ulemperne vedrører dels den bias, der er forbundet med, at registreringerne foretages (retrospektivt) af sygeplejerskerne selv, dels de begrænsninger som de grovere tidsintervaller – nødvendige for denne metode – medfører.

Den største ulempe ved, at registreringerne er foretaget af sygeplejerskerne selv, er efter vores opfattelse det forhold, at 'selvregistrerende' sygeplejersker typisk vil være nødsaget til at registrere opgaverne og deres varighed flere timer efter, de er forekommet, med den særlige risiko for dataforringelse dette indebærer<sup>10</sup>. Hertil kommer forglemmelser af opgaver, der måske ikke fylder så meget bevidsthedsmæssigt hos de enkelte sygeplejersker på trods af en reel tidsmæssig tyngde af opgaven. Der er ved retrospektiv registrering dels en risiko for, at samtidige opgaver ikke bliver registreret i samme grad, som de forekommer (hvilket også viste sig at være tilfældet i SINTEF-studiet), dels er der en risiko for, at aktiviteter som pauser bliver underregistreret, da de netop kan formodes retrospektivt ikke at fylde så meget i sygeplejerskens bevidsthed, da det jo typisk ikke er noget, der efterfølgende skal dokumenteres og/eller rapporteres videre til nogen. Således viste det sig også i SINTEF-studiet, at der kun i meget lille omfang blev registreret pauser, hvilket ifølge SINTEF-rapportens forfattere forekommer usandsynligt (Vareide et al. 2001). Den retrospektive tids- og opgaveregistrering af sygeplejerskerne selv risikerer netop i højere grad at udtrykke, hvilke arbejdsopgaver

<sup>10</sup> Dette problem blev bekræftet ved observation af arbejdsintensiteten på afdeling 1 (Skejby), hvor det hurtigt kom til at stå klart, at afdelingens sygeplejersker ikke ville have tid til at foretage registreringer i løbet af dagvagten, og at mængden af samtidige opgaver og afbrydelser ville føre til meget lav datakvalitet, hvis de selv skulle registrere.

der fylder meget i sygeplejerskernes bevidsthed, frem for hvilke opgaver der rent faktisk udføres.

Udvælgelsen af de tre sygeplejersker for hver afdeling er foregået efter et vist element af tilfældighed, hvor det som udgangspunkt har været afdelingssygeplejersken, der skulle udpege tre sygeplejersker på tre af DSI udvalgte dage ud fra en række kriterier:

- ◆ At sygeplejersken ikke er ansvarlig for en speciel funktion, der dominerer hendes praksis den pågældende dag,
- ◆ at sygeplejersken er på arbejde i en fuld dagvagt den pågældende dag,
- ◆ at sygeplejersken er vant til at have dagvagter, samt
- ◆ at sygeplejersken ikke skal på kursus eller deltage i eksterne møder, den dag arbejdet skal registreres.

Herudover er der blevet foretaget registrering af sygeplejersker med forskellige funktioner i de tilfælde, hvor der har været en særlig arbejdsdeling (eksempelvis gruppelederfunktion versus at være på gangen).

## 2.7 Litteraturstudie

Der er i forbindelse med undersøgelsen gennemført et litteraturstudie med det formål dels at finde inspiration til planlægning og gennemførelse af studiet, dels at kvalificere analyserne i undersøgelsen. Litteratursøgningen er foregået i samarbejde med dokumentalister i DSI's bibliotek.

Der søgt i følgende databaser:

- ◆ Embase
- ◆ Medline
- ◆ PsychInfo
- ◆ CINAHL
- ◆ Lexis Nexis Professional
- ◆ Business Source Premier.

Der er søgt på nurse OR nursing staff OR nurses' aid kombineret med emneord, der dækker følgende emner:

- ◆ Identity
- ◆ Professional identity
- ◆ Construction of identity
- ◆ Culture
- ◆ Professional boundaries
- ◆ Cross professional boundaries



- ◆ Ideal types
- ◆ Time study

Som supplement til søgningen i databaser er anvendt citationsanalyse. Litteraturstudiet bygger derudover på en litteraturgennemgang i forbindelse med Christina Holm-Petersens ph.d. arbejde.



## 3. Andre undersøgelser

Der findes eksempler på forskning, som understøtter og punkterer de i indledningen nævnte myter om sygeplejersker. I det følgende præsenteres en række undersøgelser, der har bidraget til a) billedet af, hvad sygeplejersker foretager sig, når de er på arbejde, og b) sygeplejerskers fagidentitet i relation til deres konkrete arbejde.

### 3.1 Limen i hverdagen

En undersøgelse gennemført af det norske sektorforskningsinstitut SINTEF har haft fokus på sygeplejerskers arbejdsopgaver, kompetencer og arbejdsidentitet på norske sygehuse (Vareide et al. 2001). Undersøgelsen er gennemført på foranledning af Norsk Sykepleierforbund med det formål at bidrage til en debat om sygeplejerskers rolle. I undersøgelsen indgår sygeplejersker fra i alt 10 forskellige sengeafsnit fordelt på henholdsvis to medicinske og to kirurgiske afdelinger (Vareide 2001:14). Undersøgelsen består af tre dele: 1) En tids- og opgaveregistrering af 763 vagter, hvor sygeplejerskerne selv har registreret deres tids- og opgaveforbrug efter et udleveret skema, ligesom der i mindre omfang også er gennemført observationer i forbindelse med følge af sygeplejersker; 2) en spørgeskemaundersøgelse af 104 sygeplejersker, samt 3) interview med 20 sygeplejersker med forskellig sygeplejerskeerfaring. Rapporten peger på, at sygeplejersker har meget travlt og mange afbrudte arbejdsgange. Den peger også på, at sygeplejerskerne kompenserer for en uhensigtsmæssig intern organisering af sygehuse, hvilket er med til at skabe arbejdspress og manglende tid til deciderede sygeplejefaglige opgaver. Ifølge rapporten hænger dette sammen med deres koordinerende funktion, hvor de fungerer som den "lim", der får sygehusystemet til at hænge sammen, fx ved at kompensere for manglende koordinering mellem afdelingerne. Det hænger også sammen med sygeplejerskernes oplevelse af at have en "*residualfunktion*", dvs. som dem, der enten modtager nye – fx administrative – opgaver, eller som dem, der må udføre de opgaver, andet personale ikke længere udfører, fx husholdningsopgaver. Det er forfatterens indtryk, at arbejdspresset og sygeplejerskernes oplevelser af stress og utilstrækkelighed var størst på de sygehusafdelinger, hvor der var mange plejkrævende og døende patienter, lav specialiseringsgrad samt stor udskiftningsgrad (Vareide 2001:2).

Pointen om, at sygeplejerskernes opgavevaretagelse fungerer som limen i hverdagen, understøttes blandt andre af Signe Svenningsen, der har studeret arbejdet på medicinske afdelinger i relation til indførslen af elektronisk patientjournal. Hun taler her om, at sygeplejerskernes arbejde er det organisatoriske kit, der holder sammen på den medicinske afdeling (Svenningsen, 2004:267). Janet Muff beskriver det som et generelt træk ved sygeplejersker, at de ofte udfører de opgaver, andre faggrupper ikke er til stede til at udføre (Muff 1988:202).

### 3.2 Omsorg i hverdagen

Omsorg er et centralt emne i sygeplejerskers ideal-faglige identitet (Adamsen 2000; Eriksen 1992; Lomborg 2000:138; Strauss 2001:26). Flere undersøgelser peger dog på,

at netop ideen om, at omsorgen bør fylde i dagligdagen, kan være en kilde til følelsen af utilstrækkelighed. Der findes således studier, der peger på, at omsorg ofte nedprioriteres i det daglige til fordel for de mere behandlingsmæssige og tekniske opgaver (Brooks & MacDonald 2000; Eriksen 1992; Larsen 1999; Star & Strauss 1999). Selve organiseringen af det moderne hospital og det daglige arbejde på en sygehusafdeling ses her som medvirkende årsag til, at omsorgsarbejdet nedprioriteres.

Samtidig findes der studier, der peger på, at selvom sygeplejersker ofte taler om, at de har for lidt tid til at yde omsorg for patienterne, så bruger de heller ikke megen tid på omsorg, når de har god tid (Katz 1968 i Kupferberg 1999, Hansen 1995 og Franssén 1997). Den svenske sociolog Agneta Fransséns ph.d.-afhandling *Omsorg i tanke og handling* beskæftiger sig med spørgsmålet om, hvorfor plejepersonalet vælger rutineopgaver og kaffepauser frem for at skabe de omsorgssituationer, de verbalt tilstræber. Hun peger på, at plejepersonalet prioriterer deres egen familie først, derefter deres kolleger og til sidst patienterne (Franssén 1997). Den danske antropolog og sygeplejerske Helle Ploug Hansen tilbyder også en forklaring på, hvorfor sygeplejersker ikke bruger stille dage til at praktisere den omsorg, de taler om ikke at have tid til på de travle dage (Hansen 1995). Med udgangspunkt i en etnografisk undersøgelse af sygeplejen på en onkologisk afdeling har hun undersøgt, hvordan sygeplejerskerne både verbalt og fysisk signalerer travlhed og dermed signalerer til patienterne, at de ikke skal dø i deres vagt, fordi det har de for travlt til!<sup>11</sup>. Hun mener, at patienterne bliver et spejl for sygeplejerskernes egen frygt for sygdom og død, og at forestillingen om "at have travlt" fungerer som en måde at distancere sig fra visheden om, at sygeplejerskerne selv kan blive ramt af de sygdomme, deres patienter har (Hansen 1995:75-76).

I en undersøgelse om organisatoriske, psykologiske forsvarsmekanismer på en engelsk medicinsk afdeling refererer Wilhelm Skogstad (Skogstad 2000) til, hvordan det i en række undersøgelser er dokumenteret, at pasningen af fysisk syge mennesker udløser modsatrettede følelser hos omsorgsgiveren – følelser som kærlighed, medlidenhed, skyld, ængstelse, had, misundelse og afsky (Menzies 1960:98) (Menzies [1959] 1988; Cohn 1994; Fletcher 1983; Roberts 1994 via Skogstad 2000:103). Skogstad formulerer sygeplejerskernes spejling i patienten som et spørgsmål om, at de:

"...are constantly faced with severe and often life threatening physical illness and with death. They have to struggle in themselves, consciously or unconsciously, with their anxieties about illness, death and dying, with their fear of loss and their feelings of guilt. They face anxieties about their capacity to care for others and keep them alive and are often confronted with feelings of helplessness." (Skogstad 2000:101)

Ifølge Kupferberg er spejleffekten især udtalt i de tilfælde, hvor sygeplejersken kan identificere sig med patienten i forhold til alder og køn (Kupferberg 1999:153).

Forholdet mellem patienter og sygeplejersker kan anskues som komplekst, og ovenstående illustrerer, at sygeplejerskens relation til patienterne ikke kun er forbundet med positive oplevelser. Relationen kan også være en kilde til besvær og 'snavset' arbejde

---

<sup>11</sup> Ifølge Helle Ploug Hansen dør de fleste patienter sidst på aftenen eller om morgenen, når der er mest roligt på afdelingen (Ploug Hansen 1992:115).

(Aiken & Sloane 1997). Patienter kan ses som nogle, der til tider kan behandle sygeplejersker som tjenende ånder (Lupton 1994:121-123, Kupferberg 1999:143) og i nogle tilfælde som seksuelle objekter (Hallam 2002; Lupton 1994:123; Menzies 1960:98; Muff 1988). Rollen som sygeplejerske er ikke nødvendigvis nem at udfylde, og relationen til patienten kan være et af de forhold, der kan give anledning til stress og ubehag hos sygeplejersken.

Der synes også i sygeplejen at være et skisma mellem den omsorgs- og behovsorienterede sygepleje og den *"systembestemte sygepleje, som søger at registrere, om målene er nået og problemerne løst."* (Eriksen 1992:17). Antropologen Helle Samuelson har i *Nurses between disease and illness* (Samuelson 1991) beskrevet dilemmaet på følgende måde: På den ene side varetager sygeplejersken rollen som lægens tekniske assistent, der implementerer hans ordrer og repræsenterer hans synspunkter, på den anden side varetager hun rollen som patientens advokat, der forstår og er solidarisk med patienten (Samuelson 1991:191). Mens lægerne primært ser patienterne gennem en biomedicinsk optik, så er det sygeplejerskernes opfattelse, at de også inddrager de sociale og psykologiske faktorer (Samuelson 1991:197). Selvom sygeplejerskerne i undersøgelsen positionerer sig mellem lægens og patientens tilgang til sygdommen, så er det ifølge Helle Samuelson en pointe, at en stor del af deres daglige arbejde handler om at implementere lægens beslutninger.

"Nurses are thus in an ambiguous position, placed somewhere between the disease and illness perspective. In their conception of cancer and its treatment, they feel closer to the patients than to the doctors; they try to speak about psycho-social aspects. But their daily duties are much more influenced by the perception of sickness as a disease: they rank below the doctors in the hierarchy and are subject to their decisions about treatment." (Samuelson 1991:198).

Disse modsætninger og kultursammenstød mellem de normative sygeplejeteorier og en naturvidenskabelig teori er ifølge Tine Rask Eriksen at finde i et *"stadigt mere omsorgsfjendtligt system"* (Eriksen 1992:17), hvor arbejdsdeling, intensivisering og rationalisering har ført til at store dele af omsorgsarbejdet uddelegeres til plejehjælpegrupper, mens sygeplejersker i højere grad varetager ledende og kontrollerende opgaver. (Eriksen 1992:17). Samtidig var det i 1999 ifølge sociologen Feiweil Kupferberg<sup>12</sup> stadig udbredt, at de sygeplejestuderende havde et billede af sygepleje, som kunne identificeres med Florence Nightingale, når de begyndte på sygeplejestudiet (Kupferberg 1999:107-108).

Ovenstående peger på en række modsætninger mellem især den praktisk-faglige sygeplejeidentitet (dvs. den identitet sygeplejerskerne praktiserer og har mulighed for at praktisere i deres daglige arbejde) og så henholdsvis den generelle fagidentitet og den ideal-faglige identitet (dvs. de professions-specifikke og afdelingsspecifikke forestillinger om arbejdet som sygeplejerske).

---

<sup>12</sup> Feiweil Kupferberg har gennemført en biografisk interviewundersøgelse med unge sygeplejersker i Nordjylland. Formålet hermed var at undersøge, hvad der sker, når nye sygeplejersker træder ind i sygeplejefaget. Han undersøger bl.a., hvad han anser for at være spændingen mellem sygeplejerskolerne og deres syn på faget som en profession og hospitalernes syn på sygeplejerskerollen som et kald. Forestillingen om arbejdet som et kald mener han er en del af baggrunden for, at sygeplejefaget har dårlige normeringer og arbejdsforhold (Kupferberg 1999).

### 3.3 Den usynlige sygepleje

Andre undersøgelser beskriver, at sygeplejerskerne selv har svært ved at beskrive præcist, dels hvad der er kerneaktiviteterne i deres arbejde (Snelgrove og Hughes 2000: 662) (Muff 1988), dels hvori deres særlige viden består. Forklaringen herpå kan være, at sygeplejerskens opgaver i høj grad handler om at opretholde patienternes dagligdag, hvilket involverer en masse forskellige, udefinerbare arbejdsopgaver (Annandale 1985: 132), samt at meget af den viden, en sygeplejerske trækker på i udførelsen af sin sygeplejegering, ikke er sprogliggjort (Muff 1988:216) og dermed fremstår som tavs viden (Hamran 1887:3). I tråd hermed er sygeplejen traditionelt blevet anset for usynligt arbejde (Blomgren 1999; Bowker & Star 1999; Star et al. 1999).

I forlængelse af bl.a. ovenstående, har 'professionsliggørelse' af sygeplejen i en del år været sat på dagsordenen af specielt Dansk Sygeplejeråd. Såvel i Danmark, Norge og Sverige har der været bestræbelser på at formulere og definere, hvori sygeplejefaget adskiller sig fra andre faggrupper (Eriksen 1986:11; Sahlin-Andersson 1997:233; Samuelson 1991:199-200). Udover en 'territoriekamp' mellem læger og andre plejegrupper har professionaliseringen også medført bestræbelser i retning af en videnskabeliggørelse af sygeplejerskeuddannelsen<sup>13</sup>, således at der i dag er tale om sygeplejerskestuderende på SU i stedet for elever med elevløn. De nye sygeplejестuderende indgår ikke som før i normeringen, og deres uddannelse er langt mere teoretisk med vægten inden for humanvidenskaberne. Dette har medført en nedprioritering af den mere medicinske viden og af sygeplejen som praktisk håndelag (Kupferberg 1999).

### 3.4 Sygeplejerskers fagidentitet

Ifølge Kupferberg har professionaliseringen af sygeplejen medført en splittelse mellem de yngre sygeplejersker, som nu bliver professionsbachelor, og deres ældre kolleger, der er uddannet efter det tidligere system. Han vurderer, at disse to grupper har meget forskellige opfattelser af deres fagidentitet (Kupferberg 1999).

Vibeke Andersen, Betina Dybbroe og Ida Bering (Andersen et al. 2004) taler på baggrund af en interviewundersøgelse for Dansk Sygepleje Råd i Frederiksborg Amt også om, hvordan man kan spore en generationsforskel i sygeplejerskers fortællinger om sygeplejefaglig identitet. Mens de yngre sygeplejersker identificerer sig med de lægefaglige opgaver og ønsker kompetenceudvidelser, identificerer de ældre sygeplejersker sig primært med de mange serviceorienterede opgaver og med rollen som den, der har patientkontakten (Andersen et al. 2004:52-53). De store forskelle mellem de unge og ældre sygeplejerskers uddannelsesbaggrund kan ifølge Andersen et al. være forklaringen på, at de unge oplever, de ikke er uddannet til praksis, og at de ældre oplever, de unge ikke kan noget. De luftter i den forbindelse en hypotese om, at flugten fra faget blandt unge sygeplejersker kan have at gøre med deres første oplevelser med praksis (Andersen et al. 2004:53)<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup> Om videnskabeliggørelse af sygeplejen, se i øvrigt Karin Anna Petersens ph.d.-afhandling fra 1998 samt Kupferberg 1999.

<sup>14</sup> Hos Andersen et al. (2004) peges imidlertid samtidig på, at de unge sygeplejersker på længere sigt formår at kompensere for eventuelle mangler i uddannelsen, praksischock etc. (Andersen et al., 2004:53).

Andersen et al. understøtter billedet af, at der ikke nødvendigvis er tale om én generel sygeplejefaglig fagidentitet, men at der kan være flere fagidentiteter på spil, og at disse fagidentiteter kan give anledning til forhandlinger og konflikter, også internt på den enkelte afdeling. Forfatterne peger på, at sygeplejersker i deres fortællinger om sygeplejeidentitet trækker på fire forskellige perspektiver:

- ◆ Minilægen – udvidelse af sygeplejerskernes behandlingskompetence inden for de lægefaglige/ansvarlige områder
- ◆ Projektsygeplejersken i dagvagt – udviklingsarbejde, dokumentation og specialfunktioner (rehabilitering, rygestopinstruktør, klinisk vejleder mv.)
- ◆ Patientnærkontakten – dem der 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 – der laver det arbejde, som andre faggrupper, fx rengøringspersonale, sosu-assistenter, læger og sekretærer, ikke længere gør, og fejer op så længe nye projekter ikke fungerer (s.44). Af opgaver nævnes: passe telefoner, fylde op i skabe, arrangere kørsel eller rengøringsopgaver (Andersen et al. 2004:46)<sup>15</sup>.

Forfatterne vurderer, at ét af perspektiverne typisk vil dominere fortællingen om sygeplejeidentitet for den enkelte sygeplejerske<sup>16</sup>. Vurderingen er også, at mens de yngre sygeplejersker primært identificerer sig med 'minilægen', så identificerer de ældre sygeplejersker sig primært med 'superkoordinatoren' og 'patientnærkontakten' (Andersen et al. 2004: 52-53). De konkluderer dog, at den enkelte sygeplejerske i det daglige arbejde ikke bare prøver at efterleve den identitet, hun selv foretrækker at italesætte, men at hun søger at efterleve alle fire identiteter, hvilket kan føre til en følelse af splittelse (Andersen et al. 2004:47).

Ovenstående peger i retning af, at det ikke er muligt at tale om en generel sygeplejefaglig identitet, men derimod flere forskellige fagidentiteter, og at nogle af forskellene mellem disse følger generationsforskelle.

### 3.4.1 Fagidentitet som grænsedragning til lægerne

Carl May og Christine Fleming argumenterer for at undersøge den diskursive grænsedragning mellem læger og sygeplejersker (May & Fleming 1997). De mener, at mest sociologisk litteratur om sygepleje fokuserer på sygeplejens underordnede status i forhold til det medicinske område. De hævder, at disse analyser i for høj grad tager udgangspunkt i, at der hersker en organisatorisk stabilitet præget af ydre faktorer, eksempelvis køn, der kan forklare tingenes tilstand. I stedet argumenterer May og Fleming for at studere *"the everyday and pragmatic negotiation of professional boundaries and work"* og dette ved at studere *"professionelle narratives"*. Frem for at undersøge syge-

<sup>15</sup> Fagerberg og Kihlgren (2000) identificerer ligeledes i en svensk undersøgelse 4 perspektiver, som sygeplejerskerne trækker på i deres fortællinger om sygeplejeidentitet: 1) "Having the patient in focus", 2) "Being a team leader", 3) "Preceptorship" (vejlederrolle) og 4) "Task orientation".

<sup>16</sup> Dette understøttes af Fagerberg og Kihlgren, som også peger på, at der er en vis stabilitet i, hvilket hovedperspektiv der dominerer den enkeltes sygeplejerskes syn på arbejdet. Det er dog samtidig en pointe, at perspektivet nuanceres i takt med den enkeltes øgede erfaring med sygeplejergeneringen og mødet med virkeligheden på sygehuset (Fagerberg og Kihlgren 2000).

plejens underordnethed foreslår de at se på, hvordan sygeplejersker fortløbende diskursivt konstruerer forskellen til lægerne, fordi:

“.discourse frame the material practice of everyday work, giving it meaning and providing a way of conceptualising professional relations, aspirations and achievements. Moreover such strategic language provides a means of connecting professional identity, knowledge and power.” (May et al. 1997:1097).

May og Fleming peger bl.a. på, at tankegangen om holistisk behandling – dét at behandle 'hele personen' og bekymre sig om patienten-som-et-menneske frem for som ren patologi – af sygeplejerskerne bliver set som en afgørende forskel på dem og hospitalets læger<sup>17</sup>. Sygeplejersker repræsenterer sig selv som de, der bliver involveret med patienterne, i modsætning til lægerne, der ikke involverer sig. May og Fleming mener, at man ikke skal se narrativerne som direkte repræsentationer af verden, men som noget, der er med til at mediere og transformere. De argumenterer for, at sygeplejerskernes diskursive fremstilling af dem selv som omsorgsgivende for de 'hele patienter' er med til at forstærke og konkretisere de relationer og praksisser, der findes i sygeplejerskernes dagligdag.

At de daglige opgaver ikke er klart definerede og afgrænsede, men er genstand for diskursive fremstillinger, illustreres i en engelsk interviewundersøgelse med læger og sygeplejersker. Sherrill Snelgrove og David Hughes viser i undersøgelsen, hvordan såvel læger som sygeplejersker italesætter grænserne mellem deres arbejde (Snelgrove & Hughes 2000). Ved at beskrive sygeplejerskernes arbejde som plejearbejde trækker lægerne skarpe skel til deres eget arbejde, som de beskriver som diagnosticering, behandling og receptudskrivelser. Lægerne trækker også et skel til sygeplejerskerne ved at henvise til, at de beslutninger, man som læge tager, ofte er et spørgsmål om 'liv eller død', og at beslutningskompetence og ansvar derfor ikke kan adskilles. Til gengæld forsøger sygeplejerskerne at nedbryde lægernes patent på beslutningsprocessen ved at italesætte dem selv som vigtige parter i beslutningsprocessen. Det gør de især ved hjælp af to strategier: 1) '*Claiming the medical*': Ved at italesætte sig selv som frontpersonalet fremhæver de, at det er dem, som i lægernes fravær står med 'liv eller død'-beslutninger, og 2) '*Claiming the social*': Ved at italesætte sig selv som bærere af en social viden om patienten fremhæver de sig selv som værende i besiddelse af en professionel viden – en viden, som lægen ikke har<sup>18</sup> (Snelgrove et al. 2000:663-664).

Forskellen på læger og sygeplejersker handler ikke kun om forskelle i deres tilgang til patienten. Det handler også mere grundlæggende om forskelle i deres identitet som gruppe eller som profession.

Kerstin Sahlin-Andersson har studeret sygeplejerskers fagidentitet på en svensk sygehusafdeling og taler i den forbindelse om henholdsvis en individuel og en kollektiv gruppeidentitet (Sahlin-Andersson 1994). Her er det en central pointe, at fagidentiteten

---

<sup>17</sup> Der argumenteres i teksten for, at de praktiserende læger har en tilgang, der ligner sygeplejerskernes.

<sup>18</sup> Forfatterne henviser her til, at Svenssons (1996) pointering af et skift inden for hospitalsverdenen fra 'preventing death to handling life' understøtter sygeplejerskernes ønske om en mere holistisk behandling, hvor der er mere fokus på de sociale aspekter i behandlingen af patienterne.



strukturerer den daglige interaktion sygeplejersker indgår i som led i deres hverdagspraksisser. Fagidentiteten strukturerer hermed også relationen mellem sygeplejersker og læger (Sahlin-Andersson 1994:134). Ifølge Sahlin-Andersson stemmer lægernes fagidentitet overens med den moderne *individuelle identitet*, hvor hver enkelt læge i gruppen anses for at være selvstændige aktører, mens sygeplejerskers fagidentitet stemmer mere overens med den *traditionelle identitet*, hvor den kollektive tankegang er den styrende. I tråd hermed taltes der på afdelingen som regel ikke om sygeplejerskernes forskelligheder, og selvom de havde en plejeform, hvor en sygeplejerske var ansvarlig for et antal patienter, hjalp de løbende hinanden med opgaver og delte informationer. Der var ingen synlige interne grænser i gruppen, men derimod tydelige grænser mod andre. Relationer til læger og patienter var udtryk for og bekræftede og forstærkede sygeplejerskegruppen som en enhed (Sahlin-Andersson 1997:229). Omvendt refererede såvel læger, sygeplejersker og patienter ofte til individuelle forskelle mellem lægernes måde at udføre arbejdet på, og hvad de var specialiseret i (Sahlin-Andersson 1997:230).

Derudover mener Sahlin-Andersson, at sygeplejefaget var kendetegnet af en her-og-nu orientering, fordi sygeplejerskerne i planlægningen af dagen var bevidste om, at de alligevel ikke kunne planlægge den, samt at de var indstillet på at skulle tilpasse deres eget arbejde efter patienterne, andre afdelingers rutiner og især lægernes arbejde (Sahlin-Andersson 1997:228). Sygeplejerskerne i undersøgelsen ønskede alle mere kontinuitet og formelle strukturer i arbejdet samt mulighed for at planlægge og overholde planer. De ønskede sig også mere autonomi, en klarere ansvarsdeling og mere individuelt ansvar<sup>19</sup> (Sahlin-Andersson 1997:232-233). Dette opfatter Sahlin-Andersson som tegn på ændringer i sygeplejerskernes gruppeidentitet – væk fra den kollektive (præmoderne) og hen mod en mere individuel (moderne) identitet (Sahlin-Andersson 1994:144).

Ovenstående peger på, at diskursive fremstillinger af de daglige arbejdsopgaver samt grænsedragningen til lægerne er en stor del af udviklingen af de sygeplejefaglige fagidentiteter/gruppeidentiteter. I tråd hermed taler Sahlin-Andersson om, at ændringer i gruppeidentiteten vil ændre på måden, man udfører og fortolker opgaver, og på denne måde vil det ikke kun ændre på relationen mellem læger og sygeplejersker, men også på arbejdsdelingen mellem de to grupper (Sahlin-Andersson 1994:144).

Det daglige arbejde og fremstillingen heraf kan altså på den ene side strukturere fag- og gruppeidentiteterne, men samtidig kan ændringer i disse påvirke opfattelsen af de daglige arbejdsopgaver.

### 3.5 Undersøgelser af sygeplejerskers arbejde

I en norsk undersøgelse af sygeplejerskers professionsidentitet (Fagermoen 1997) argumenterer Solveig Fagermoen for, at professionsidentitet har direkte forbindelse til sygeplejerskernes arbejdspraksis. Hun definerer professionsidentitet som de værdier og holdninger, der guider sygeplejersken i hendes handlinger, tænkning om og interaktion

---

<sup>19</sup> Sahlin-Andersson beskriver dette som professionaliseringsbestræbelser. Som en del af dette ønskede sygeplejerskerne også mere forskning, specialisering samt en teoretisk fundering af sygeplejefaget. Disse bestræbelser opfattede de som et forsøg på at modarbejde opfattelserne af, at sygeplejefaget bygger på erfaring, intuition og følelser (Sahlin-Andersson, 1997:233).

med patienter (Fagermoen 1997:435). I denne som i mange af de ovenstående refererede undersøgelser er der dog heller ikke tale om en konkret empirisk undersøgelse af sygeplejerskers fagidentitet i det daglige arbejde, men i stedet om en interview- og spørgeskemaundersøgelse.

I USA har Anselm Strauss et al. analyseret sygeplejerskers arbejde og en række af de dimensioner, der indgår heri, og de konsekvenser arbejdet på forskellige måder har for patienter (Strauss, Fagerhaugh, Suczek & Wiener 1997). Begrebet fagidentitet indgår dog ikke som en dimension heri.

I 2004 udkom bogen *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet* (Vikkelso & Vinge 2004). Bogens forfattere argumenterer for at *"udforske dagligdagens aktiviteter"* og gøre det *"konkret, vedholdende og detaljeret"* (ibid s. 17) for derigennem at komme videre end til de mere glatte og stereotype billeder af, hvem lægen, sygeplejersken osv. er, og hvad de laver, når de er på arbejde på sygehuset.

Der findes kun få eksempler på undersøgelser, hvori sygeplejerskers fagidentitet er studeret ud fra konkrete empiriske observationsstudier af deres hverdagspraksis. Et af disse er den svenske organisationsforsker Kerstin Sahlin-Anderssons nævnte studie af sygeplejerskers arbejde og fagidentitet på en svensk sygehusafdeling (Sahlin-Andersson 1997). I Danmark har Kristian Larsen gennem et observationsstudie undersøgt konstruktionen af sygeplejerskepraksis i forbindelse med sygeplejerskestuderendes praktikuddannelse (Larsen 1999).

Men hvad sygeplejersker på danske medicinske afdelinger egentlig bruger deres arbejdstid på, hvilke opgaver de udfører, og hvordan de samarbejder og relaterer sig til andre faggrupper og patienter i deres opgaveløsning, er generelt et understuderet område. Der findes spændende og relevante undersøgelser som de ovenfor nævnte, der fokuserer på dele af ovennævnte spørgsmål, men ingen danske undersøgelser af sammenhænge herimellem.

## 4. De tre afdelinger

I dette kapitel præsenteres de tre medicinske afdelinger, der har indgået i undersøgelsen, hvad angår størrelse, personale, speciale og særlige kendetegn. Første delstudie fandt sted på én af landets mest specialiserede hjertemedicinske afdelinger – afsnit B2, afdeling B på Skejby Sygehus. Andet delstudie fandt sted på sengeafsnit J106, medicinsk endokrinologisk afdeling J, Københavns Amtssygehus Herlev, og tredje og sidste delstudie fandt sted på Gastro-Enterologisk og Hepatologisk afsnit I23 i Klinik I, medicinsk center, Bispebjerg Hospital. I det følgende vil de tre sengeafsnit blive omtalt som afdelinger, da det er afsnittenes daglige betegnelse.

### 4.1 Hjerтеаfdelingen

Hjerтеаfdelingen har 20 sengepladser, lav medarbejderudskiftning blandt plejepersonalet, erfarne sygeplejersker og en lægestab, der er højt fagligt profileret. Mens lægerne er tilknyttet hele Hjertemedicinsk Afdeling B, er sygeplejerskerne, social- og sundhedsassistenterne, sygehjælperne og lægesekretæren tilknyttet de enkelte afdelinger (afsnit<sup>20</sup>). Afdelingen fremstår moderne, lys og rummelig. Den består af 1- og 2 sengs stuer med bad og toilet uden for hver sengestue.

Hjerтеаfdelingen varetager modtagelse, undersøgelse og behandling af patienter med hjerteinsufficiens (hjertesvigt), hjertearytmier (hjerterytmeforstyrrelser) og betændelse i hjertet. Patienter med forhøjet lungeblodtryk og patienter (både børn og voksne), der er eller skal hjertetransplanteres, er også indlagt på hjerтеаfdelingen. Afdelingen modtager både akutte og planlagte patienter. Den har landsdelsfunktion og modtager patienter fra Århus By og Amt samt hele landsdelen til bl.a. radiofrekvensbehandling (RFA)<sup>21</sup>. Mange af de indlagte patienter er forholdsvis selvhjulpne, hvad angår personlig pleje og kan selv hente mad fra afsnittets buffet. Den gennemsnitlige indlæggelsestid var 3,2 dage i 2004.

Afdelingen fungerer som uddannelsessted for yngre læger, lægestuderende, sygeplejersker, sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistenter. Den har en erfaren sygeplejerske som afdelingssygeplejerske. Hun har arbejdet på afdeling B i 25 år, dog kun som afdelingssygeplejerske i de sidste to år. Før var hun 'almindelig' sygeplejerske i afdelingen.

---

<sup>20</sup> De tre hjertemedicinske sengeafsnit B1, B2 og B3 ligger på samme fysiske lokalitet – på samme gang – i stueplanet. De ligger i en hestesko med B2 nede i bunden. Der er ingen døre eller andre former for ydre symboler, der adskiller afdelingerne, men sygeplejerskernes bevægelsesmønstre og kommunikation sætter sammen med de administrative linjer (den officielle opdeling af rum) nogle tydelige rammer for, hvor B2's grænser går. Sygeplejerskerne bevæger sig primært inden for egen afdeling og taler primært med kolleger her. Undtagelser er fx, når der skal lånes teknisk udstyr eller medicin, eller når afdelingerne bytter medarbejdere for en dag af uddannelsesmæssige årsager. Patienter bevæger sig nogle gange ind over grænserne, når de fx besøger hinanden på tværs af afdelinger eller sidder i patientrygerummet, der ligger inde på B3's område. Når patienter befinder sig inde i B1 eller B3's område, bruger sygeplejerskerne fra B2 nogle gange en del tid på at finde dem.

<sup>21</sup> Skejby Sygehus' hjemmeside, 27. april 2005.

#### 4.1.1 Personalet

Hjerteafdelingen er hovedsagelig en sygeplejerskeafdeling. Udover afdelingssygeplejersken er ansat 29 sygeplejersker og kun 6, der er enten social- og sundhedsassistent eller sygehjælper<sup>22</sup>. Når man som sygeplejerske begynder at arbejde på hjerteafdelingen, deltager man i et 1-årigt introduktionsprogram, som den introduktions- og oplæringsansvarlige sygeplejerske står for. Der er to mandlige sygeplejersker på afdelingen. Resten af plejepersonalet er kvinder.

#### 4.1.2 Specialet

Hjerteafdelingens sygeplejersker identificerer sig både med hjerteafdelingen som arbejdsplads og med det hjertemedicinske speciale. Det hjertemedicinske speciale på Skejby Sygehus italesættes af sygeplejerskegruppen som noget specielt – af høj faglig standard, med på det nyeste og højt estimeret af patienterne. *“Vi er stedet, der kan gøre noget for dem”*.

“Det der med at holde patienter fra døren - nej, det kan vi ikke. Det her er et sted, hvor man siger: Jamen vi er her for at tage patienter ind af døren.” (interview med sygeplejersker, Skejby:60).

Da de har landsdelsfunktion inden for en række områder, kommer patienterne ind fra andre sygehuse for at blive undersøgt og behandlet her. Der gives af sygeplejersker ofte udtryk for en stolthed over det, hjerteafdelingen kan tilbyde patienter behandlingsmæssigt. Og oplevelsen af at være en del af et sted, der kan gøre noget, synes at virke motiverende for arbejdet. Det at kunne gøre noget blev således ofte italesat som meget positivt. *“Hvor er det bare dejligt, at der er blevet gjort noget for den mand!”* (observationsdata). Og det hjertemedicinske speciale synes således at være med til at fastholde sygeplejerskerne i deres arbejde på afdelingen:

“Jeg tror, at når først man har været sådan et sted som her, hvor man har vænnet sig til, at vi kan gøre noget for folk. Så hvis man fx rejser ud på et lokalt sygehus, godt nok på en kardiologisk afdeling, men hvor man skal sende patienterne videre. Det er noget skidt. Det duer ikke. Fordi man er vant til selv at være der, hvor tingene sker.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:14).

Set udefra er hjerteafdelingen en stolt afdeling med et personale, der går højt op i deres arbejde. En af de yngre medarbejdere medgiver også at være stolt af at arbejde der:

“Jeg er især stolt over at arbejde på en hjerteafdeling. Det er jeg. Og jeg synes, det er et godt hospital at komme til. Den introduktion, man får, og at sygehusledelsen kommer og fortæller og er meget menneskelige. Jeg synes, det er et ret fantastisk sted at komme.” (interview med sygeplejersker:59).

---

<sup>22</sup> Derudover har hjerteafdelingen en timelønnet sygeplejerske, som nogle gange træder til fx ved sygdom og ferie. Men ellers skal de selv *“dække hinanden ind”*. De er *“bruttonormeret”* og bruger ikke vikarer.

De sygeplejersker, der har været der længere, fokuserer dog også på deres ydmyghed over for at arbejde på afdelingen. De begrundet dette med, at de selv synes, de har det bedre end mange, der arbejder på mere almindelige medicinske afdelinger med dårligere behandlingsmuligheder, dårligere normering og dårligere arbejdsforhold:

”Jeg er også ydmyg over for det. Specielt når man hører, hvordan andre har det, og jeg synes, det er enormt taknemmeligt at være her. Og de der patient tilfredshedsundersøgelser, de kan tage og putte dem et vist sted hen set med mine øjne, for det er så taknemmeligt at komme her. Man kommer ud på det store sygehus, og der gør de endelig noget. Ja, det gør de, fordi de ved, de har remedierne og mulighederne og de dygtige læger. Og en meget bedre normering. Når jeg hører, hvordan de andre knokler og har syvmands-stuer og sådan noget, ved du hvad, så bliver jeg faktisk meget ydmyg over for, når de sidder og roser og siger: Nej, hvor var det flot. Så, begynder jeg at trække i land, kan jeg mærke, så selvom jeg er stolt af at være her, så har jeg også en vis ydmyghed over for, hvad de andre går og laver. Fordi det er taknemmeligt at være dem, der finder frem til, hvad folk fejler.” (Interview med sygeplejersker, Skejby:59).

Det at være ansat på en specialiseret afdeling med vægt på det behandlingsmæssige, kommer også til udtryk i, at både læger og sygeplejersker ser information til patienter som sygeplejerskernes vigtigste opgave (se afsnit 6.1). Dvs. vil fx sige information om, hvad der undersøgelses- og behandlingsmæssigt skal ske under indlæggelsen, og om hvordan patienterne fremover bør leve praktisk med eksempelvis deres pacemaker.

Når sygeplejerskerne har været på afdelingen et stykke tid, får de efteruddannelse i form af et kardiologisk kursus, hvor de modtager undervisning af lægerne<sup>23</sup>. Sygeplejerskerne deltager i kardiologi- og transplantationskongresser arrangeret af lægemiddelin-dustrien. Derudover er der som noget nyt på afdeling B ved at komme fokus på at opdyrke kardiologisk sygeplejeforskning, således at der fremover ikke kun skal være fokus på *”den lægedominerede forskning”*; men også skal være forskning om kardiologisk sygepleje.

Ligesom lægerne er specialiseret inden for forskellige områder af kardiologien, har sygeplejerskerne hver deres favoritområder inden for kardiologi, fx hjerteinsufficiens, arytmi, transplantationspatienter samt ICD- og pacemaker-patienter. Hjerterafdelingens sygeplejersker opfatter deres faglighed som primært at bestå af den erfaring, de får ved at være på afdelingen, kombineret med deres grundlæggende sygeplejebasis faglighed fra sygeplejerskeuddannelsen. I gruppeinterviewet med sygeplejerskerne blev erfaring specielt fremhævet som det, der giver viden og dermed gennemslagskraft, og som sammen med rutinerne gør dem til kompetente sygeplejersker.

”Det kommer med erfaringen. Da jeg kom her, da kom jeg fra sådan en afdeling, hvor EKG, det var sådan noget, man fandt ude på kontoret. Det var dumpet af en eller anden laborant, der havde taget det, og så tog

---

<sup>23</sup> Kurser og undervisning er tit *”læge-orienterede”* og inden for kardiologi. Deres erfaringer med at arrangere bredere undervisningsseancer er ifølge sygeplejerskerne, at de kun har lav tilslutning. De opfatter således også sig selv som lidt fagligt snævre og mest vidende om det, der handler om kardiologi.

man det, og så kiggede man på det: Hvordan vender det? Jeg stod og kiggede på det, og jeg anede simpelthen ikke op og ned på det der. Jeg vidste ikke noget om det. Men når man har været her et stykke tid [...], så kommer det der jo op i én... Ah, det kunne nu være meget sjovt, og nu kommer der en WPW, og jeg kan da egentlig godt se den der deltagelse. Det er ikke, fordi jeg vil være læge, men det er da lidt sjovt at kunne se, at nu er det aflu, og nu er det afli og nu er det en..." (interview med sygeplejersker, Skejby:19).

Sygeplejerskerne på B2 kan en del ting relateret til det hjertemedicinske speciale, som andre sygeplejersker ikke ville kunne uden samme træning. Og de stiller generelt store krav til sig selv og hinanden, om hvad de skal kunne. Definitionen af god sygepleje på B2 er således blandt andet forbundet med viden om specialet:

"Deri ligger der, at de hele tiden selvfølgelig skal sørge for at være ajour med specialet, sådan så de kan noget om alle patienterne. Altså de forskellige patienttyper og sygeplejen til dem. Og at hvis de er i tvivl om noget, så finder de nogen de kan spørge." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:7).

#### 4.1.3 Høje faglige ambitioner

Hjerteafdelingens sygeplejersker synes, de har en god afdeling. De begrundet dette med, at der er tilpas veksling af patientflow. Der er patienterne, de kender, og som kommer igen og igen, og der er både komplicerede og mindre komplicerede forløb. De begrundet det også med, at de har høje faglige ambitioner, at de er gode til at tage ansvar og passe godt på hinanden og med, at de har en god normering. Afdelingssygeplejersken bidrager til billedet, når hun siger:

"Jeg er velsignet med en flok meget idealistiske sygeplejersker som stiller store krav til sig selv og hinanden." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:6).

Det er en forholdsvis handlingsorienteret afdeling, hvor ting bliver gjort, og en lind strøm af behandlinger og undersøgelser finder sted.

"Jeg synes, der er mere tendens til at se udfordringer end problemer, og det kan jeg godt lide. Jeg kommer fra et sted, hvor man kun så problemer, og det er totalt ødelæggende for moralen. Jeg kan godt lide det der med, at man ser udfordringer og det positive ved udfordringer frem for: Åh, hvad skal vi da, hvad skal vi da stille op med det." (interview med sygeplejersker, Skejby:60).

Deres opfattelse er, at selvom de som personer er forskellige, så udvikler de nogle "*fællestræk rent arbejdsmæssigt*". Når de ansætter nye medarbejdere, er de ifølge afdelingssygeplejersken også meget opmærksomme på, hvorvidt vedkommendes kemi vil kunne passe ind i afdelingen. Det er en del af arbejdet at sætte en høj faglig standard for sig selv og hinanden. Af samme årsag kan det opleves som svært for nye sygeplejersker at kunne leve op til B2-fagligheden:

"Nogle gange er humlen i det, at vi stiller så store krav til os selv her på stedet. Og der er så mange sygeplejersker, der har været her i rimelig

mange år efterhånden, og som er hamrende dygtige piger. Og når man er ny og spejler sig i dem, så kommer man uvægerligt til at føle sig som en idiot uanset hvad. Så det kræver mange små snakke..." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:27).

Det er også en del af det at arbejde på afdelingen, at man kan lide at have et højt arbejdstempo. Der kan således ifølge afdelingssygeplejersken være en tendens til, at de, der bliver ved med at arbejde på afdelingen, er nogle der sætter pris på den lidt hurtige stemning:

"Altså vi har jo haft mennesker ansat her, som slet ikke kan arbejde med den slags ting, og de vælger så sådan nogle steder, hvor der er lidt mere – hvad skal man sige – ro på." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:15).

## 4.2 Den endokrinologiske afdeling

Den endokrinologiske afdeling er en del af Afdeling J. Der er kun et sengeafsnit i Afdeling J – afdeling J106. Dette har til gengæld en kapacitet på 48<sup>24</sup> sengepladser. Sygehuset har en Akut Modtage Afdeling (AMA), der modtager de akut indlagte patienter, før de bliver sendt op på sengeafsnittet.

Afdelingen er delt op i øst og vest, hvor der i østdelen er 13 senge til patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)<sup>25</sup>, mens de endokrinologiske patienter, herunder diabetes- (sukkersyge-) patienterne, indlægges i vestdelen. Afdeling J106 behandler primært patienter med endokrine sygdomme og med KOL, men modtager også intern medicinske patienter efter en sekvensliste<sup>26</sup>. I observationsperioden havde afdelingen derudover et antal urologiske patienter indlagt fra afdeling H. Patienterne på sengeafsnittet er næsten alle akutte patienter (ca. 98 %), og mange er ældre og kræver en del pleje, da relativt mange af ældre patienter ikke er særligt selvhjulpne. De er fx ikke særlig mobile, og mange anvender forskellige former for hjælpemidler. Den gennemsnitlige indlæggelsestid er forholdsvis lang: ca. 8 dage. Specialet er ikke særligt højteknologisk, idet der ikke anvendes avancerede teknologier i pleje og behandling af patienterne. Disse kommer primært fra hospitalets optageområde, som er på ca. 200.000 borgere.

Den daglige ledelse af afdelingens plejepersonale og to sygeplejeseekretærer<sup>27</sup> varetages af tre afdelingssygeplejersker med såkaldt samme kompetencer. Det er en lidt speciel konstruktion med de tre afdelingssygeplejersker, som måske er et udtryk for, at:

"på mange måder udmærker vi os her på afdelingen ved at have nogle lidt specielle, måske lidt andre kreative tankegange". (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:2).

<sup>24</sup> Antallet af senge varierer fra 40 til 48 alt efter årstid og andre afdelingers situation.

<sup>25</sup> Dvs. patienter med såkaldte 'rygerlunger'.

<sup>26</sup> En sekvensliste er en fordelingsnøgle af intern medicinske 'ikke speciale patienter'.

<sup>27</sup> Der er i alt fire sygeplejeseekretærer ansat i afdeling J106. De er på arbejde to ad gangen, hvor de sidder inde i glasburet sammen med plejepersonalet. De sidder ved lugen ud mod elevatoren og tager imod henvendelser, tager telefoner, bestiller blodprøver, bestiller varer mm.

### 4.2.1 Personalet

Personalet på den endokrinologiske afdeling består af 25 sygeplejersker, 16 social- og sundhedsassistenter og 6 sygehjælpere. Blandt sygeplejerskerne er der en overvægt af yngre, uerfarne sygeplejersker, mens der blandt social- og sundhedsassistenterne er flere erfarne assistenter end uerfarne. I observationsperioden var 1 mandlig sygeplejerske ansat på afdelingen<sup>28</sup>. Resten af plejepersonalet er kvinder. Principielt anvender afdelingen ikke vikarer. Der var tidligere et internt vikarkorps på sygehuset, men dette er nedlagt.

Afdelingen arbejder med et særligt kompetenceprogram for social- og sundhedsassistenterne. Formålet med dette program er at udvikle assistenternes sygeplejefaglige kompetencer, således at de kan varetage et selvstændigt ansvar for stabile, ukomplicerede patienter. De går således stuegang, giver medicin og holder hjemmeplejekonferencer – arbejdsopgaver, som traditionelt opfattes som sygeplejerskeopgaver. Der er meget få sygehjælpere tilbage i afdelingen, da alle er blevet opfordret til at blive opskolet til social- og sundhedsassistenter, og mange tidligere sygehjælpere har taget imod dette tilbud. Der er blandt personalet på afdelingen en opfattelse af, at afdelingen er særlig, idet social- og sundhedsassistenterne på afdelingen er mere kompetenceudviklet end de fleste andre steder, hvilket betyder, at samarbejdet mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter opleves som helt specielt.

### 4.2.2 Specialerne i afdelingen

”Basissygepleje – det kan godt være, at det ikke er ret trendy. [...] Det er helt basale ting, at give mad, drikke, at få patienterne ud af sengen, sørge for at de er tørre, at de ikke er våde, og alle de der helt basisting. [...] men det synes jeg, at vores sygeplejersker er enormt dygtige til.” (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:16).

Nogle af afdelingens sygeplejersker giver udtryk for at interessere sig fagligt mest for plejen af diabetespatienter, mens andre interesserer sig mere for KOL-patienter. Der er forskellige udfordringer ved at pleje de to typer af patientkategorier. Fx kan KOL-patienter have svært ved at trække vejret og få ilt nok, og diabetespatienter kan være i risiko for syreforgiftning (ketoacidose). Det gælder dog for begge patientkategorier, at de ikke er omgærdet af synligt avanceret teknologisk udstyr. Og italesættelsen af specialerne og de behandlinger, afdelingen kan tilbyde, fylder mindre end på en afdeling som den hjertemedicinske. Samtidig er der dog mange sygeplejersker, der har været længe nok på afdelingen til at få erfaring med specialerne og derfor mener at have erfaring nok til fx at vurdere blodprøvesvar, lægge op til behandlingsmæssige konsekvenser samt forholde sig kritisk over for lægernes ordinationer.

Der er to specialeuddannede sygeplejersker i plejegruppen. En er specialisygeplejerske i diabetes, og en er specialisygeplejerske i ilt. Sidstnævnte sygeplejerske varetager bl.a. hjemmebesøg hos KOL-patienterne. Plejepersonalet får løbende tilbud om efteruddannelse i form af kurser og undervisning i fx ernæring og medicin relateret til afdelingens patientkategorier. Megen af denne undervisning foregår internt ved afdelingens sygeplejersker og læger og nogle gange også ved repræsentanter for medicinalfirmaer.

---

<sup>28</sup> I dag er tre mandlige sygeplejersker ansat på afdelingen.



En sygeplejerske har været på et 1-årigt kursus på UCSF (Universitetscenter for sygeplejeforskning).

Set fra lægernes perspektiv ligger meget af deres endokrinologiske speciale i behandlingen af ambulatoriepatienter. Der findes ingen lungemedicinsk afdeling på Amtssygehuset i Herlev, og indtil maj 2005 var der heller ingen lungelæger på afdeling J. Skal lungepatienterne have udført specialiserede undersøgelser, foregår dette på Gentofte Amtssygehus.

### 4.3 Mave-tarm- og leverafdelingen

Mave-tarm- og leverafdelingen er normeret til 22 sengepladser fordelt på 14 sengestuer, men der er plads til 24 patienter. I23 modtager patienter til undersøgelse og behandling for mave-tarm lidelser, dels i form af akut indlagte patienter fra Bispebjergs optageområde, dels i form af henvisninger. Sammen med de to andre afsnit i klinik I modtager I23 også gastro-enterit patienter fra Akut Modtage Afsnit (AMA). Disse er patienter, som viser tegn på maveinfektion. For at undgå smittefare på AMA flyttes patienterne op på et sengeafsnit, fx I23, hvor de ligger til observation i 48 timer. Derudover modtager afdelingen patienter med leverlidelser, bl.a. patienter med behov for indlæggelse til behandling af leversvigt. Befolkningen i hospitalets optageområde har en relativ høj frekvens af leverlidelser, primært på grund af stort alkoholforbrug<sup>29</sup>. Også her er den gennemsnitlige indlæggelsestid er forholdsvis lang – 9,3 dage.

Afdelingen har en *afsnitsledelse* bestående af en overlæge, der er speciallæge i gastroenterologi og intern medicin, samt en erfaren afdelingssygeplejerske. Afdelingssygeplejersken er uddannet i 1972 og har været på afdelingen lige siden. I 1979 blev hun afdelingssygeplejerske for afdelingen.

#### 4.3.1 Personalet

Gruppen af sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter tæller, ud over dem der har været der længe, også to yngre social- og sundhedsassistenter. Derudover er der to lægesekretærer på afdelingen. Mens sygeplejerskerne i overvejende grad er nyuddannede, har mange af sygehjælperne og de social- og sundhedsassistenter, der er opskolede sygehjælpere, været på afdelingen i mange år. Afdelingssygeplejersken er således ikke den eneste, der har været længe på afdelingen. I gruppen af sygehjælpere og sygehjælpere, der er opskolet til social- og sundhedsassistenter, har fem været på afdelingen i over 25 år (interview med afdelingssygeplejersken, Bispebjerg:2). Der anvendes derudover vikarer, bl.a. til fast vagt til patienter.

#### 4.3.2 Et ungt personale

”Der er stort set ikke nogen af os, der har nogen erfaring. Det er typisk for medicinske afsnit, det er hårdt, og der er stor udskiftning. De fleste af os vil gerne have en masse erfaring.” (ung sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

Afdelingen har mange nyuddannede sygeplejersker og synes kun at kunne rekruttere nyuddannede sygeplejersker. Den gennemsnitlige tid, sygeplejerskerne bliver på afdelingen, er lav. En af ulempene ved, at der er så mange nyuddannede sygeplejersker, er,

at der ikke er så mange erfarne sygeplejersker til at lære alle de nyuddannede op. Hvornår man bliver en erfaren sygeplejerske, eller med andre ord: hvornår man er nødt til at være en erfaren sygeplejerske, er ifølge afdelingens sygeplejersker individuelt. Men at det er noget, der sker forholdsvis hurtigt, illustreres af, at man efter 1½ års tid betragtes som en af de erfarne på afdelingen, og at man efter tre år er "gammel i gårde". På spørgsmålet om, hvornår man bliver en erfaren sygeplejerske, svarer en sygeplejerske:

"Det gør man ret hurtigt. I den forstand, at man ret hurtigt bliver en del af at oplære nyt personale. Så i den forstand bliver man hurtigt erfaren. Til trods for at man jo stadigvæk selv føler sig ny på mange områder. Så det er sådan lidt ambivalent, og ikke helt optimalt set fra mit synspunkt, [...] man står og føler sig på så spinkelt et grundlag. Jeg tror, det skaber frustration og utryghed for den enkelte. [...] omvendt så vokser man jo også enormt med det her ansvar." (interview med sygeplejersker:3).

For mange af sygeplejerskerne er perioden, hvor man kan være nyuddannet og i en læringssituation, derfor ofte ikke særlig lang, inden man selv må lære de nytilkomne op<sup>30</sup>. Problemet søges imødekommet ved, at nyuddannede sygeplejersker kobles på en mere erfaren sygeplejerske, en seniormakker. Seniormakkeren har dog i nogle tilfælde ikke selv mere end 1 års erfaring, og flere af sygeplejerskerne giver udtryk for, at skiftet fra uerfaren til erfaren sygeplejerske kan være en stor mundfuld. Statusskiftet kan også være en ambivalent proces, hvor sygeplejersken på den ene side 'vokser med opgaven', og på den anden side er frustreret over sin egen manglende erfaring.

"Jeg vil sige, sådan efter to år begynder man at have det der overblik, der gør, at man kan prioritere. Der gør, at man ikke hele tiden bare taber det hele på gulvet. Men det er også lang tid på vores afsnit, for dem er der ikke mange af. Det er nogle gange lidt ærgerligt, at folk måske ikke giver det en chance". (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:21).

I følge afdelingssygeplejersken er dette et forhold, der har ændret sig i løbet af årene, i forhold til for bare 10 år siden, hvor sygeplejersker blev længere i ansættelsen (interview med afdelingssygeplejersken:3). Som årsager til, at sygeplejerskerne vælger at rejse, giver de i en afsluttende samtale med afdelingssygeplejersken selv typisk følgende grunde: den stadige og bastante arbejdsbelastning og det forhold, at de gerne vil prøve andre afdelinger også (interview med afdelingssygeplejersken:5). Det er en personalegruppe, der ind imellem er præget af nogen "*utilfredshed eller uro over, at tingene ikke hænger sammen. At der er for mange patienter, for mange opgaver, for lidt personale til at tage sig af det*" (interview med afdelingssygeplejersken:12) og for lidt ledelsestid til at tage sig af personalet og få fulgt op på fx MUS-samtalerne (interview med afdelingssygeplejersken:11-12).

I den periode, hvor sygeplejersken opfatter sig selv som uerfaren, kan det at samarbejde med yngre læger, der også er uerfarne, opleves som utrygt, for bliver patienterne nu vurderet rigtigt?

---

<sup>29</sup> Bispebjerg Hospitals hjemmeside, 12. maj 2005.

<sup>30</sup> På afdelingen har man en ordning med, at man de første aften- og nattevagter er i føl-ordning, dvs. følges med en anden sygeplejerske. Dette betyder, at der i perioder med nyansatte sygeplejersker er dobbeltbemandede og dermed skal bruges ekstra personaleressourcer.

"Hvis man har et spørgsmål, og man bliver mødt med sådan en: Det aner jeg ikke, jeg aner slet ikke, hvem din patient er! Nå, var det ham, der havde noget med nyrene? Så føler man sådan, ookay, der var også andre, der kender til den patient, for når man er ny, så kommer man tit hjem og sådan: Gud, hvor er jeg glad for, der også er nogle andre, der ser den her patient, for der er helt sikkert noget, jeg har overset. Så det er rart at vide, at man ikke er den eneste, der kender den her patient." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 38).

De, der vælger at blive på afdelingen, sætter bl.a. pris på den humor, de har sammen.

"Jeg synes, det er sådan et sted, hvor til trods for at folk er syge og er stressede og har travlt, så er der ikke gået en dag, hvor jeg ikke har grinet af et eller andet eller sammen med en kollega." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:48).

Måske er humoren ligefrem en del af deres 'overlevelsesstrategi' i et arbejdsmiljø, der ellers er præget af mange sygemeldinger og andre stressrelaterede symptomer:

### 4.3.3 En presset afdeling

"Vi mangler altid tre, mennesker, og så sygdom. Vi får ikke rigtig kompensation for barsler i nogle måneder, og når man er tre på barsel nogle gange. Det er mange mennesker, man bare skal mangle, plus at patientflowet er højt, og vi ligger – det sidste halve år har vi ligget med massiv overbelægning næsten konstant. Der er næsten ingen huller, hvor det hele ikke kun drejer sig om patienterne, men hvor der også er tid til refleksion og kompetenceudvikling." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:21).

På flere måder fremstår afdelingen som presset i observationsperioden. Der er fx ofte sygemeldinger (2-3 sygemeldinger i samme vagt er ikke ualmindeligt), hvorfor det er et problem at få bemandede vagterne godt nok. Dette medfører, at nogle typer af opgaver må nedprioriteres (varebestilling, opfyldning af skabe og stuer, vejledning af kollegaer og studerende), fordi det personale, der ellers går fra nogle timer om ugen til disse opgaver, i stedet hjælper til med at fylde hullerne ud.

Afdelingen har en sygeplejerske, der fungerer som klinisk vejleder. Den kliniske vejleder har kun dagvagter, og det er meningen disse dagvagter skal bruges til at oplære og vejlede studerende og kolleger. Efter planen går den kliniske vejleder kun stuegang "når det brænder på." I løbet af observationsperioden virkede det dog at være reglen mere end undtagelsen, at sygeplejevejlederen indgik i vagtplanen som almindelig sygeplejerske med ansvar for stuegang i en af grupperne (og på en enkelt af observationsdagene endda med ansvar for stuegang i to af grupperne på grund af sygdom). Ligeledes måtte social- og sundhedsassistenten, der står for bestilling af mad, en dag møde ind ekstra for at få ordnet madbestillingen, ligesom den sygehjælper, der står for bestilling og opfyldning af varer, under det meste af observationsperioden ikke kunne gå fra de 20 timer, der er normeret hertil, fordi der var behov for, at hun dækkede vagter som almindelig sygehjælper i stedet:

"Jeg har en praktisk opgave med, at jeg bestiller varer, og egentlig skulle jeg også fylde på i skabe og sørge for, at tingene er nede på stuerne, men jeg har været så meget i plejen, at det kunne jeg ikke også nå. Jeg

har nærmest kun kunnet nå at bestille varerne. Sådan har det været i lang tid. For ellers rigtigt skulle jeg gå fra 20 timer om ugen til de andre praktiske ting." (interview med social- og sundhedsassistent og sygehjælper, Bispebjerg:12-13).

#### 4.3.4 Et speciale uden særlig politisk anerkendelse

Nogle af patienterne på afdelingen er yngre mennesker med tarmbetændelsessygdomme, men størstedelen er midaldrende eller ældre mennesker, hvoraf en del er patienter med alkoholproblemer. Mange patienter har kun få pårørende eller besøgende. Karakteren af patienternes sociale netværk eller manglen på samme kommer fx til udtryk ved, at de ingen blomsterbuketter har:

"Der er faktisk ikke ret mange af vores patienter der har blomster. [...] Og en patient, der har to buketter, hold da op. Og sådan en 4-sengs stue med herrer, der kan tit være ikke så meget som en grøn gren imellem." (interview med social- og sundhedsassistent og sygehjælper, Bispebjerg: 27).

Der er også patienter, som venter på plejehjemsplads. For nogle handler det om, at de er nået en alder, hvor deres fysik eller mentale tilstand kræver det; for andre handler det om, at alkohol har skadet deres evne til at tage vare på sig selv. En del af patienterne er – med en af social- og sundhedsassistenternes ord – mennesker, der har *"levet et hårdt liv"*. Patienttypen betyder, at det stykke arbejde, sygeplejerskerne udfører, mere handler om *"at rejse"* patienterne og sørge for, at de får et acceptabelt liv, end det handler om at helbrede dem:

"De er jo kronisk syge, de fleste af dem vi har. Så man kan jo ikke have en eller anden vision om, at de skal helbredes, det er jo noget med at lappe... lappe, og så give dem en nogenlunde acceptabel livsførelse, eller hvad man skal sige..." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:47).

Udover de krævende specialepatienter (fx leverkomaer), så er der i perioder mange plejekrævende patienter, dvs. patienter der skal have hjælp til de grundlæggende ting (mad, vask, bleskift). En stor del af arbejdet på afdelingen handler derfor om basal sygepleje, om mobilisering, udskillelse (afføring og urin) samt ernæring. Hertil kommer pleje af nyopererede patienter, som fx har fået sat et ben af. Disse er patienter, som sygeplejerskerne oplever fylder en del, og som de ikke oplever at være gearret til:

"Vi har efterhånden en del transplanterede patienter, og vi er slet ikke gearret til dem. Vi ved ikke nok om stump pleje, og vi kan slet ikke sætte os ind i, hvor traumatiserende det må være for patienterne – og de kommer hurtigt tilbage til os [fra operation]." (sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

Patienterne opfattes ikke som en højprofileret patientgruppe, og behandling og pleje af personen med tarmbetændelse eller alkoholikeren med leversvigt opleves ikke at være et speciale eller en patientgruppe, som politikere eller andre interesseorganisationer udviser nogen særlig interesse for:

”Det er jo stadigvæk et område, som vi åbenbart ikke selv, i hvert fald, og heller ikke andre har formået at gøre politisk interessant. Det har jo ingen bevågenhed, og vi er jo heller ikke interessant på nogen politisk måde rent ventetidsmæssigt. Der er jo ikke noget, der hedder ventetider. De kommer jo bare ind. De skal jo bare behandles og plejes og være her.” (interview med afdelingssygeplejerske, Bispebjerg:4).

Oplevelsen af manglende anerkendelse fra politisk hold kommer bl.a. til udtryk blandt sygeplejerskerne, når de taler om, at det kan være svært at forstå, at man på de højprofilerede kræftafdelinger kan være så godt normeret, at man nærmest er 1 sygeplejerske pr. patient, mens man på mave-tarm- og leverafdelingen typisk har 3-4 patienter hver og i pressede situationer kan have op til 7 patienter ad gangen. Det mærkes også, at afdelingen er en del af et økonomisk presset system ved de nedskæringer, der tales om, fx i det interne vikarbureau. Under interviewundersøgelsen blev det også i et nyhedsbrev kendt, at Medicinsk Center, som afdelingen er en del af, skulle spare 5,5 mio. kr. i budgettet for 2006. Til daglig omsætter den trængte økonomi sig bl.a. i et stærkt fokus på ’at komme af med patienterne igen’ og holde øje med belægningsstallene:

”Nogle gange også mere end godt er, fordi det tager jo ressourcer, selvfølgelig, at koncentrere sig så kraftigt hele tiden om, at vi selv skal holde vores belægningsstal på plads... selvfølgelig er det da også nødvendigt, at man er opmærksom på, at man ikke har nogen patientforløb, der slasker, hvor man ikke er effektive. Men det kræver mange ressourcer.” (interview med afdelingssygeplejersken, Bispebjerg:7).

Det bliver således også til en væsentlig ledelsesopgave hele tiden at holde øje med, at stuegangene er effektive nok, og at der er planlagt et tilstrækkeligt antal udskrivelser. Samtidig er det ind i mellem nødvendigt at bryde den planlægning, der måtte være lagt, hvor:

”Nu er presset så stort, altså udefra, hvor vi skal have plads, så de der to, der var planlagt, de er nødt til at blive til fire. Sådan er det også nogle gange, [...] vi havde egentlig ikke planlagt, at det skulle være i morgen, men det bliver det nødt til at være, eller faktisk i dag. Og det er jo ikke en speciel hensigtsmæssig måde at arbejde på.” (interview med afdelingssygeplejersken, Bispebjerg:9).

Samtidig betyder spændvidden i de patienter, der ligger på afdelingen, at sygeplejerskerne kan komme til at stå med lidt af hvert i hænderne. I det daglige er fokus mest på de mere basale sygeplejeting, men ind imellem sker der noget, der stiller andre krav til viden og faglig kunnen:

”Det, som faktisk er svært på vores afsnit, det er, at du skal virkelig have så godt fat om den helt grundlæggende sygepleje med tryksår, mobilisering, hele de der basale ting, samtidig med at du faktisk skal kunne klare akutte, rigtig, rigtig dårlige patienter, som er rigtig syge, som har alt fra nærmest nyresvigt til leversvigt til respirationssvigt. Det synes jeg nok er lidt hårdt, det der med, at du ikke kun er sådan intensiv, hvor du tænker, nu skal vi kun tage os af akut dårlige. Det kan der være nogle af, og så samtidig så skal du altså også have styr på: hvad kommer der ind, hvad

kommer der ud, hvordan ser det ud, er hun oppe?" (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:39).

#### **4.4 Kort diskussion**

På alle tre afdelinger er der et lokalt og afsnitsrelateret fokus. Den primære daglige tilknytning er således til det sygeplejefaglige arbejdsfællesskab på afdelingerne. Ikke til et bredere sygeplejefællesskab på hospitalet, men knyttet til plejearbejdet som udført både af sygeplejersker og andre plejegrupper på afsnittet (i daglig tale: afdelingen). Sygeplejerskerne gav således under interviewene udtryk for, at de primært føler sig som en del af deres afdeling (afsnit) og eksempelvis på hjerteafdelingen i mindre grad som en del af 'Afdeling B' og på mave-tarm- og leverafdelingen i mindre grad som en del af klinik I. Der er i observationsstudiet heller ikke nogen synlig daglig kontakt med de to andre afsnit i klinik I, da disse rent fysisk er placeret en etage højere oppe, og mave-tarm- og leverafdelingens personale bliver primært inden for rammerne af deres afdeling i løbet af dagen. Det samme gør sig gældende på hjerteafdelingen, hvor sygeplejerskerne primært bevæger sig inden for afdelingens grænser, på trods af at de tre hjertemedicinske sengeafsnit B1, B2 og B3 ligger på samme fysiske lokalitet i stueplanet.

Hvad angår tilstedeværelsen af en lokal ideal-faglig identitet, synes denne at være forbundet med speciale og erfaring. Jo mere erfarne og specialiserede sygeplejerskerne reelt er, i jo højere grad har de en afdelingsspecifik ideal-faglig identitet. På hjerteafdelingen er sygeplejerskernes faglighed således præget af, at de arbejder på en højt specialiseret hjerteafdeling. På den endokrinologiske afdeling er dette kun i mindre grad tilfældet, mens mave-tarm- og leverafdelingens sygeplejersker alle er så unge og med så kort tids erfaring, at de kun i mindre grad italesætter en lokal faglighed relateret til specialerne i afdelingerne. De mere uerfarne sygeplejersker trækker derimod mere på den mere generelle sygeplejefaglige identitet, de har med sig fra sygeplejestudiet.

## 5. Hverdagens rytme

I dette kapitel beskrives sygeplejerskernes arbejdsdag, herunder hverdagens aktiviteter, struktur og rytme. Det vil fremgå, at en række aktiviteter går igen på de tre afdelinger, om end der er betydningsfulde forskelle i hverdagen på de tre afdelinger, fx hvad angår plejeform.

### 5.1 Tildelt patientpleje på hjerteafdelingen

Til daglig er der 7-8 sygeplejersker og 1-2 sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter på arbejde i afdelingen. I aftenvagten er der eksempelvis fire sygeplejersker<sup>31</sup> og om natten to sygeplejersker på arbejde. Dagvagterne møder forskudt på arbejde, nogle mellem kl. 7.00 og 15.00, nogle mellem kl. 7.30 og 15.30 og nogle mellem kl. 8.00 og 16.00. Der er således fx ni personer i dagarbejde, hvor de tre er mødt kl. 7.00, de tre er mødt kl. 7.30, og de sidste tre er mødt kl. 8.00. Koordinatoren er en af de tre, der møder kl. 7.00, og kl. 7.30 er to af de fremmødte fx social- og sundhedsassistenter. Hertil kommer de sygeplejestuderende, som enten går med deres kontaktsygeplejerske rundt eller udfører udvalgte selvstændige opgaver, alt efter hvilket semester de er på.

På hjerteafdelingen er arbejdet organiseret omkring princippet 'tildelt patientpleje', hvilket indebærer, at den enkelte sygeplejerske i sin vagt har ansvaret for mellem to og fire patienter hver. Når sygeplejerskerne møder på arbejde, fremgår det af den hvide tavle i sygeplejekontoret, hvilke patienter de er tildelt den pågældende dag. Patienterne er således blevet fordelt mellem sygeplejerskerne før hvert vagtskifte. Nogle gange bytter de selv rundt, hvis der er patienter, de har haft dagen før, men ikke er blevet sat på den efterfølgende dag. Der bliver lagt vægt på en nogenlunde retfærdig fordeling af patienter mellem sygeplejerskerne (hvis man har *"en svær"*, skal man evt. have færre patienter, og på nattevagten sørger de for lige mange at se til). Social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere assisterer i princippet sygeplejerskerne i deres arbejde. Nogle gange varetager de det meste af plejen omkring enkelte patienter. Der er nogle faste daglige aktiviteter, som er med til at strukturere dagligdagen. Disse er journallæsning, medicin, prøvetagning og værdimåling, patienternes måltider, undersøgelser og behandlinger på B-lab, morgenkonference, stuegang, sygeplejekonference, frokost samt dokumentation. Herudover er der en række andre opgaver. Som regel begynder sygeplejerskernes vagt med, at de sætter sig og læser om deres patienter. Enten sidder de alene eller sammen med en sygeplejestuderende, hvis de har en sådan tilknyttet.

Praktiseringen af tildelt patientpleje medfører, at den enkelte sygeplejerske skal varetage en række meget forskelligartede opgaver knyttet til de patienter, hvis pleje hun er ansvarlig for. Disse opgaver spænder fra specialiserede opgaver som løbende at observere patienternes hjerterytme via telemetriens skærbillede, over tovholderfunktion til almindelige oprydning- og rengøringsopgaver. At arbejde med mange jern i ilden på

---

<sup>31</sup> Afdelingen har en social- og sundhedsassistent i fast aftenvagt, men hun var langtidssygemeldt i undersøgelsesperioden.

én gang og samtidig have ansvar for et antal patienter, der også sker mange aktiviteter med, stiller særlige krav til sygeplejerskernes kompetencer.

”Hvis man ikke rimeligt hurtigt lærer, hvordan man håndterer så meget, så er man ikke sådan et sted som her ret lang tid. Så finder man et sted, hvor det er mere forudsigeligt, hvordan hverdagen er.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:19).

Det er således ikke alle sygeplejersker, der begynder på afdelingen, som bliver ved med at arbejde der. Forskellige ting understøtter arbejdet med at holde styr på opgaverne. En af dem er fx den såkaldte ”*hjerne*” – en gul A4-side, som mange bruger til at nedskrive oplysninger om patienterne, fx navn, stuenummer, aktiviteter der skal ske i løbet af dagen, og ting der skal huskes.

”Det er noget, som kommer i løbet af de første år, hvor man lærer, hvordan man arbejder bedst. Og det er meget forskelligt, når man ser på sådan en personalegruppe. De fleste har en seddel med navne på, hvor de skriver sådan nogle hovedting på. Og nogle har en meget udbygget seddel, hvor de sætter krydser og skriver med rødt og grønt og gult og blåt. Og andre skriver nogle få stikord ned, og så tager de den for øvrigt ikke op af lommen mere, fordi bare det de har skrevet det ned, det er nok, så husker de det. Og nogen sørger for at få skrevet løbende på patienterne, dokumenteret hvad de har lavet, og andre samler det hele op sidst på dagen.” (interview med afdelingssygeplejersken:19).

Derudover er der den store hvide tavle og koordinatorfunktionen, som hjælper de enkelte sygeplejersker til at holde styr på dagen.

### 5.1.1 Koordinator

Som sygeplejerske er den enkelte hovedansvarlig for at koordinere de fleste aspekter af patientforløbene for de patienter, man er blevet tildelt den pågældende dag. I dagvagtten på hverdage er sygeplejerskerne dog assisteret af *koordinatoren*. To sygeplejersker er faste koordinatore. For at prioritere, at de kan være der i dagsarbejdstiden, har de kun halvt så mange aften- og nattevagter som de øvrige. Koordinatoren sidder i sygeplejekontoret lige til højre for den store hvide tavle ved et skrivebord med computerskærm. Af skærmen fremgår, hvilke bippenumre sygeplejerskerne har, så koordinatoren løbende kan ringe til dem. Arbejdstidsplanen ligger også fast på skrivebordet.

Koordinatoren holder styr på afdelingens planlægning, tavlen og aktiviteter ud fra tavlen. Programmerne for patienterne er ofte tæt pakkede. Under indlæggelsen får størstedelen af patienterne udført en eller flere af følgende undersøgelser: ultralydundersøgelse af hjertet (ekkokardiografi), røntgenfotografering af hjertets kranspulsårer (KAG), undersøgelse af årsager til og eventuel behandling af hjerterytmeforstyrrelser (elektrofysiologisk undersøgelse), radiofrekvensablation samt undersøgelse af kredsløbet i lungerne (højresidig hjertekateterisation). Andre bliver behandlet med en pacemaker, der kan hjælpe på både for langsom (almindelig pacemaker) og for hurtig hjerterytme (ICD). En del af patienterne bliver efterfølgende fulgt i Skejby Sygehus' hjerteambulatorium, mens andre bliver fulgt på deres lokale sygehus<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup> Skejby Sygehus' hjemmeside, 27. april 2005.



Det er en del af hverdagen, at planlagte undersøgelser må udskydes. Ændringer og uforudsigelige hændelser er en del af det daglige arbejde på afdelingen. At være koordinator er derfor ifølge afdelingssygeplejersken et krævende og betroet arbejde, der kræver en særlig ro:

”Man skal holde tungen lige i munden. Og kunne rumme tre beskeder på én gang, mens alle andre snakker rundt om én og regerer og gør ved.”  
(interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:32).

Koordinatoren styrer også sygeplejesiden af konferencerne. Hun begynder dagen med nattevagtens referat og sørger for koordinationen mellem vagter. Hun sørger også for, at der er sengepladser til patienter, at vagter er dækket ind, og koordinerer hvem der skal have hvilke patienter, og hvilke sygeplejersker der skal have hvilke studerende med rundt. Der er en stor trafik af patienter til og fra andre sygehuse i det meste af Jylland. Det er derfor lidt af et puslespil at få sengepladserne til at gå op. Det er almindeligt at have patienter, der ankommer om morgenen og siden må vente til langt op ad dagen på at få en sengeplads. Samtidig er der også trafik frem og tilbage i forbindelse med behandlinger og undersøgelser andre steder på Skejby Sygehus, og disse tidspunkter skal koordineres. Nogle gange er der ventetid og aflysninger, mens det andre gange bliver hektisk og forhastet, når patienterne skal sendes af sted til noget. Koordinatoren har mange ’at holde øje med’ opgaver. Hun holder således øje med hendes kolleger, med lægerne, med hvor langt stuegangen er og med portøren for på den måde hele tiden at være på forkant med, om der skal bruges en hjælpende hånd, og at ingenting glipper.

”Når de ringer oppe fra fx B-ambulatoriet. Så skal man have fat i sygeplejersken. Skriver til sygeplejersken: Præ til den og den. Og så sidder man og holder øje med – dukker hun op, går hun ind i medicinrummet. Så går der 5-10 minutter, og man har ikke set hende i nærheden endnu. Så skal man så ud og støve hende op og lige tjekke, at hun nu har set beskeden. Altså sådan nogle ting er der hele tiden.” (sygeplejerske, observationsdata, Skejby).

Koordinatoren taler med B1 og B3’s koordinatore to gange i løbet af en dagvagt, hvor de sammen ser på, hvor mange sengepladser de forventer at få i løbet af dagen, hvor patienter eventuelt kan placeres ved pladsmangel, og hvordan aften- og nattevagten er dækket ind. Dette foregår ved, at B2’s koordinator sammen med B3’s afdelingssygeplejerske går hen på B1’s sygeplejerskekontor og stiller sig foran deres hvide tavle<sup>33</sup>. I weekenderne foregår dette lidt på ad hoc manér.

Meget arbejde organiseres/koordineres på baggrund af journalerne. Eksempler på typisk koordinering af aktiviteter i huset er:

---

<sup>33</sup> Eksempel: Afdelingssygeplejersken kommer fra B3. Hun kigger på tavlen: *”Nå det ser ud ligesom hos os. Vi får lige så mange ud som nye ind i dag”*. Hun og B2’s koordinator går sammen ned på B1’s kontor. Her står de sammen foran B1’s tavle og holder et af deres to daglige møder. *”Ja, vi er alle fyldt til randen i dag. Vi må se, hvad de kan gøre”*. B2’s koordinator: *”Vi har fem, der går, men også fem, der kommer”*. *”Vi taler sammen i løbet af dagen. Så må vi tage de skrappe briller på.”* (observationsdata, Skejby).

- ◆ Mellem B2 og B-laboratoriet (tidspunkter, klargøring af patient). Karakteren af dét, der skal ske med patienten, har også betydning for, hvordan sygeplejerskens arbejde skal udføres. Der er forskellige procedurer for, hvorvidt der skal fastes (= stille mad fra til patienten) eller ej, og hvilke former for 'præ' [medicinering], der skal gives. Sygeplejerskerne kan ikke altid disse procedurer i hovedet.
- ◆ mellem B2 og ambulatorier, røntgen mm. (tidspunkter, klargøring af patient).
- ◆ mellem B2 og portøren (bus/seng + tidspunkter).
- ◆ mellem B2 og fysioterapeuter, laboranter og andet personale, der går til og fra (tidspunkter, behandling).
- ◆ mellem B2 og laboratorierne, hvor urin, blod mm. undersøges (kritiske værdier, tidspunkter, mål).

Eksempler på den interne koordination er:

- ◆ Morgenkonference (tidspunkt, alle skal være til stede). Det foregår sådan, at lægerne sidder ved et lille bord i kontoret.
- ◆ Stuegang (hvornår, og hvem går med hvem).
- ◆ Studerende (hvem går med hvem – de studerende skal gerne være med samme patient i flere dage).
- ◆ Flytten på patienter (bestille rene senge, gøre stuer klar, tavlen opdateres, telemetri omprogrammeres... Ofte flere mennesker ind over: koordinator, sygeplejerske, social- og sundhedsassistent/husassistent, sekretær).
- ◆ Medicinophældning (dobbelttjek, dvs. der er to om det, hvis der er mange piller på recepten. Dette så vi dog ikke eksempler på i observationsperioden).
- ◆ Telemetri af og på samt opdatering af computer (her hjælper de ofte hinanden; hvis den ene sygeplejerske har travlt, så kan hun spørge en af de andre).
- ◆ Middagskonference (tidspunkt, tilstedeværelse).
- ◆ Bipperen (koordinator, patient, sygeplejersker, læger).

Det er koordinatoren, der tager turen rundt på afdelingen for at tage stilling til, hvilke patienter der eventuelt kan udskrives fra afdelingen for at skabe plads til de nye. Den ene af B2's koordinatore er derudover under oplæring i at lave løn for at mindske sårbarheden i, at det kun er en person – afdelingssygeplejersken – der kan udfylde denne opgave. Når koordinatoren laver løn, passer afdelingssygeplejersken koordinatorfunktionen imens.

## 5.2 Tildelt patientpleje/gruppepleje på den endokrinologiske afdeling

I en dagvagt er der typisk 14 uddannede plejepersonaler. De møder kl. 7.30, og vagten slutter kl. 15.30. Før personalet møder ind på afdelingen, har de klædt om i garderoben

på 3. sal. Der er der også et antal<sup>34</sup> sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever, som primært hjælper til med at varetage de mest basale plejeopgaver. Ved dagvagtens begyndelse kl. 7.30<sup>35</sup> fordeler plejepersonalet sig i 4 plejegrupper og grupper af studerende og elever (studieunit), som hver især holder til rundt om to sammen-skubbede skriveborde. Over disse skriveborde hænger en rund plasticblomst, der har en særlig farve, afhængig af om det er rød, grøn eller orange gruppes tilholdssted den er placeret over. I hver plejegruppe er der 3-4 personer, hvoraf 1-3 er sygeplejersker, mens resten er assistenter eller sygehjælpere. Hver plejegruppe får tildelt ca. fire stuer eller otte patienter. Sygeplejerskerne har så 2-4 patienter hver.

Rapporten gives enten ved, at de skiftes til at læse op efter, hvem der har stuegang ved de konkrete patienter, eller ved at den i gruppen, som kender den pågældende patient bedst, læser op fra sygeplejeturnalen om patientens forløb og status. På den baggrund tales der i gruppen om patienten, de andre kommer med input, og der stilles afklarende og uddybende spørgsmål vedrørende patientens tilstand, sygepleje, undersøgelser og behandling. Herefter fordeles gruppens patienter mellem plejepersonalet. I denne fordelingsproces tages der fx hensyn til, hvem der kender patienten i forvejen, og om der er tale om en patient med komplekse problemstillinger. Det er også her, der er mulighed for at sige, hvis der er patienter i gruppen, man har svært ved at overskue. Hver person i plejegruppen sidder under morgenrapporten med et fortrykt A4-ark med navne og grunddata på patienterne i gruppen. Arket kaldes for patientoversigten eller i daglig tale "*hjernen*", fordi plejepersonalet i forbindelse med morgenrapporten skriver de ting ned, som de skal huske at gøre i forhold til de patienter, de har fået tildelt.

Når morgenrapporten er færdig, går plejepersonalet i gang med at dosere og uddele medicin, måle blodsukker og uddele morgenmad. Resten af formiddagen går med at sørge for, at patienternes personlige hygiejne er i orden, at mobilisere patienter, gå stuegang og eventuelt modtage nye patienter. Selvom den enkelte er tildelt et antal patienter, foregår meget af dette arbejde som et team, hvor plejepersonalet hele tiden kommunikerer med hinanden, hjælper hinanden og er orienteret om, hvor langt de er nået. De hjælper således typisk hinanden med at give mad til hinandens patienter. Og der kan også være én sygeplejerske, der måler blodsukker på alle gruppens patienter, eller én sygeplejerske der giver morgenmedicin til alle gruppens patienter. Reelt er der således ofte tale om et miks af tildelt patientpleje og gruppepleje<sup>36</sup>.

Efter morgenmaden, hvor der tales en blanding af privat, om patienterne, nyt om afdelingen og kollegerne, og fx om de nye kitler der kommer, er der stuegang med lægerne. Hvis sygeplejersken kommer på først, begynder hun således direkte med stuegang. Hvis hun først har "*tur*" senere, fortsætter hun fx med at bade patienterne, give bækken osv. Imens holder hun sig løbende orienteret om, hvor langt lægen er nået, fx ved at spørge sine kollegaer. Det er forskelligt, om stuegangen begynder med, at lægen

---

<sup>34</sup> Hvor mange studerende og elever der er, flukturerer en del efter tidspunkter for praktik.

<sup>35</sup> Nogle gange begyndes dagvagten med privat hyggesnak, som går på tværs af faggrupperne sygeplejerske og social- og sundhedsassistent, og/eller med at prøve at bytte kommende vagter.

<sup>36</sup> Kl. 8.15 er grupperapporten slut. Social- og sundhedsassistent K foreslår, at hun måler blodsukker på alle patienterne i deres gruppe. Sygeplejerske M går ind og siger godmorgen til sine patienter. Sygeplejerske O foreslår, at hun giver alle patienter morgenmedicin. (Observationsdata, Herlev).

læser om patienterne og eventuelt konfererer med sygeplejersken, eller om de *"bare går"* i gang uden at læse og tale sammen først. Sygeplejersken skubber journalvognen fra stue til stue. Lægen dikterer inde på stuerne efter hver patient. Specielt når der ikke har været forberedelse før stuegangen, kan den udvikle sig til en nogle gange lidt forvirret samtale primært mellem lægen og sygeplejersken<sup>37</sup>. Efter stuegangen bærer sygeplejersken diktafonbåndet ned til et sekretærrum, så lægens ord kan indføres i journalen.

Mellem kl. 12.00 og 13.00 skal patienterne have frokost, og bagefter spiser plejepersonalet frokost – dette sker lidt på skift og i forhold til, hvordan det passer ind i den enkeltes arbejdsdag. Efter frokost arbejder plejepersonalet med at opdatere sygeplejournals, tjekke blodprøvesvar, dosere og give medicin, gennemføre telefonsamtaler eller konferencer med hjemmeplejen, ligesom det også er om eftermiddagen, der afholdes interne møder eller undervisning. Under observationsstudiet er der flere eftermiddage, hvor sygeplejersker og andre medlemmer af plejepersonalet *"går fra"* for at deltage i temaeftermiddage på sygehusniveau. Om eftermiddagen bruger plejepersonalet også en del tid på at dokumentere, efter-stuegang (fx at få lægen til at ændre medicin på baggrund af nye blodprøvesvar), bestille prøver og undersøgelser samt gøre patienter klar til udskrivelser.

Arbejdsgangen er præget af en vis portion uforudsigelighed, dels fordi de har at gøre med akutte patienter, dels fordi der jævnligt opstår opgaver, der skal reageres på. En af sygeplejerskerne siger, at *"deres planlægning aldrig holder, og det griner de tit af"*, men til gengæld synes de, at de er gode til at hjælpe hinanden på afdelingen.

---

<sup>37</sup> Ved patienten på sengeplads 8.1 er det Sygeplejerske J, der løbende giver læge K informationer om patientens tilstand, behandling og forestående undersøgelser. Efter at have vekslet nogle ord med patienten, diskuterer de vedkommendes behandling og effekten af medicinen. De står på hver side af patienten, som ligger i sengen, De henvender sig næsten ikke til patienten, kun med nogle uddybende spørgsmål. De går derefter hen til vognen og taler videre. Læge K går tilbage til patienten med lægejournalen opslået i sine hænder. Han kigger i journalen og konstaterer i en spørgende tone henvendt til patienten: *"Det står skidt til med det ben?"* Patienten: *"Det gør ondt"*. Læge K: *"Men det var også noget med en blodprop, var det ikke noget med det?"* Han kigger spørgende op på sygeplejerske J, som står på den anden side af sengen. Han kigger videre i lægejournalen og fortsætter i en mere mumlende tone: *"Var der ikke også noget med strålebehandling?"* Patienten: *"Nej, det har jeg ikke hørt noget om!"* Læge K læser lavmælt op fra patientens journal: *"...muligvis kan strålebehandling senere komme på tale..."* Han kigger videre i journalen og siger så henvendt til patienten noget om, at det er ham selv, der vrøvler. Går videre til patient 8.2, mens sygeplejerske J veksler nogle få ord med patient 7.1. Patient 8.2 spørger henvendt til Læge K efter noget, som han dog ikke forstår. Adspurgt af sygeplejerske J om, hvad det er, hun gerne vil have, svarer hun stadig noget upræcist. Sygeplejerske J spørger derefter, om det er smertestillende, hun gerne vil have. Dette bekræftes af patienten, hvorefter sygeplejerske J gentager det for læge K. Læge K: *"Jamen får hun ikke allerede noget smertestillende?"* Sygeplejerske J: *"Jo, hun får [præparatnavn] og noget [præparatnavn] som pn, men man kan jo ændre det til fast..."* Dette indvilliger læge K i og informerer patienten. Da de kommer ud på gangen, spørger læge K sygeplejerske J, om hun vil huske at sige til lægesekretærerne, at han vil se journalerne, inden de bliver bragt tilbage til personalekontoret. Sygeplejerske J nikker, mens hun står og noterer noget i sygeplejekardex. Læge K nærmest råber: *"HALLO! HØRER DU?"*, mens han er på vej væk ned af gangen. Sygeplejerske J [irriteret]: *"Ja, ja, det skal jeg nok."* Sygeplejerske J går ned på personalekontoret, hvor læge K spørger efter, hvem den næste er, han skal gå stuegang med. Sygeplejerske J svarer, at det er sygeplejerske L og angiver adspurgt herom, hvor hun tror, sygeplejerske L er. Læge K går ud på gangen. Sygeplejerske L kommer lidt efter forbi og spørger sygeplejerske J, om hun er færdig med stuegang. Sygeplejerske J: *"Ja, han leder forvirret efter dig"*. De griner indforstået til hinanden. (Observationsdata, Herlev).

### 5.3 Gruppepleje på mave-tarm- og leverafdelingen

I observationsperioden har der været mellem 5 og 8 sygeplejersker og 2 social- og sundhedsassistenter eller sygehjælpere på arbejde i dagvagterne. I tilfælde af sygdom trækkes på Bispebjerg Hospitals interne vikarkorps. Derudover er der jævnligt fastvagt til patienter, der er så dårlige, at de kræver konstant overvågning.

Afdelingens patienter er inddelt i tre grupper: A, B og C, hvor en sygeplejerske fra hver gruppe er ansvarlig for stuegang. På gangen over for sygeplejerskekontoret hænger en hvid tavle, hvoraf fremgår, hvem der er/kommer på arbejde i løbet af et døgn, og hvilke grupper de skal være i.

En dagvagt løber fra kl. 7.30-15.00. To af sygeplejerskerne bliver til kl. 15.30, hvor aftenvagten begynder. Da der intet overlap er mellem vagterne, er skriftlig kommunikation et vigtigt bindeled mellem dag- og aftenarbejdet. Sygeplejersken skriver derfor i princippet alt ned om de patienter, hun har plejet – dvs. alt det, hun vurderer, vil være betydningsfuldt at vide for de næste, der kommer. Det sker typisk sidst i dagvagten, og da overarbejde er almindeligt, kan dette dokumentationsarbejde være med til at skabe travlhed i den efterfølgende vagt. Ofte er sygeplejerskerne nemlig ikke færdige med at dokumentere, når dagvagten er slut, og aftenvagterne kan derfor ikke komme i gang med rapportlæsningen, før dokumentationen fra dagvagten er færdig.

Formiddagen på afdelingen er typisk struktureret efter en række faste gøremål: Patienterne skal vejes, have serveret morgenmad, vaskes, og der skal uddeles morgenmedicin samt gås stuegang. Det er forskelligt, om de enkelte holder pauser. Nogle sygeplejersker holder næsten ingen pauser og sidder kun kort tid og spiser frokost. Især på de travle dage er pauserne kortere – ofte som et resultat af, at sygeplejersken rejser sig, hvis fx en kollega eller en læge spørger efter dem. Eftermiddagen går fx med at følge op på stuegang, uddeling af frokost, sondemadning, uddeling af eftermiddagskaffe, mobilisering, kontakt med hjemmeplejen, kontakt med pårørende, koordination af undersøgelser og dokumentation.

Arbejdet på afdelingen er organiseret omkring princippet om gruppepleje. Således er en sygeplejerske fra hver gruppe ansvarlig for stuegang, medicindosering- og uddeling samt administration, mens de andre i gruppen primært er ude på stuerne. At være ude på stuerne kaldes for at være "på gangen", "på gulvet" eller "i plejen". Det er forskelligt, om de enkelte sygeplejersker foretrækker at gå stuegang eller at være på gangen.

#### 5.3.1 Sygeplejersken der går stuegang

Sygeplejerskerne, der går stuegang, har ansvar for medicindosering- og uddeling samt koordination og administration til alle patienter i deres gruppe. Under rapportlæsningen i starten af vagten er det den stuegangsgående sygeplejerske [herefter bare sygeplejersken], der sidder med journalerne og læser op. Oplæsningen begynder med at nævne patientens navn, stuenummer, alder og diagnose. Derefter følger fx observationer om kommunikation med patienterne, om de fx er svære at tale med, om de har smerter eller andre problemer, der skal tages stilling til, om de skal mobiliseres, om dem med væske i kroppen taber sig, som de skal etc. De andre sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere i gruppen supplerer med oplysninger og observationer af de patienter, de haft for nylig. Under rapportlæsningen noterer sygeplejersken i en mappe, de kalder stuegangsbogen. Hun noterer de ting, der skal tages op under stue-

gang. Hun gennemgår derudover, hvor meget hjælp til personlig pleje patienterne skal have, fx om de ligger med ble og *”skal have hjælp til det hele”*, om de mangler at have afføring, skal vejes, have proteindrik, eller om de har smerter. Rapportlæsningen foretages enten i kontoret eller i konferencerummet. Ofte sidder alle tre grupper i kontoret, og de sidder tæt sammen for at kunne høre hinanden og for at forstyrre andre aktiviteter i rummet mindst muligt.

Efter rapportlæsningen går sygeplejersken i gang med at dosere morgenmedicinen. Ofte ordner sygeplejersken dog andre ting, inden hun går i gang hermed, fx at måle en patients blodsukkerniveau, instruere en sygeplejestuderende i at give sondemad, tjekke tid til undersøgelser hos sekretærerne, måle blodtryk på en leverbiopsi patient etc.

I observationsperioden er der normalt tre sygeplejersker dagligt, der går stuegang – én fra hver gruppe, og de er typisk i medicinrummet samtidig og småsludrer imens. De har hver deres mappe med patienternes ordinationsskemaer (’faste ordinationer’), og hver deres bakke med små plasticglas, hvor patienternes navne står på. De bruger pincetter til at tage medicinen op og placere i små pilleglas. Hver gang de har hældt en pille op, slår de en streg ud for ordinationen i ordinationsskemaet. Det er også den ene af de tre stuegangsgående sygeplejersker, der skal sørge for at bestille IV-medicin, som skal nås inden kl. 12.00, hvis de vil undgå selv at stå og blande medicinen.

Der er stor forskel på, hvor hurtigt de forskellige sygeplejersker arbejder, når de doserer medicin. Nogle arbejder hurtigt og hjemmevant – de ved, hvor på hylderne de forskellige piller står, samt hvilke doser de forskellige piller findes i. Andre har ikke det samme overblik over, hvor på hylderne de forskellige piller står, samt hvilke doser de findes i. Ind imellem er der problemer med ordinationerne, fx manglende angivelse af styrken på en pille eller manglende oplysninger om ændringer i ordinationerne, og sygeplejersken bruger tid på at prøve at få klarhed over ordinationen, fx ved at kigge i journalen. Hvis dette ikke løser problemet, kan sygeplejersken tage det op med lægen på stuegangen. Det, at der ikke er *”styr”* på ordinationerne, er jævnlige kilde til irritation.

Når al medicin er hældt op, går sygeplejersken fra stue til stue og deler den ud. Hos de patienter, der skal have insulin, måler sygeplejersken deres blodsukker i øret, og alt efter svaret giver hun dem derefter insulin. Hvis patienten skal til en undersøgelse eller udskrives den pågældende dag, snakker de også om det. Nogle dage foregår medicinuddelingen forholdsvis hurtigt, mens sygeplejersken andre dage tager sig tid til at sludre med patienterne og fx hjælpe dem med at komme op at sidde. Derudover tager medicinuddelingen nogle dage også længere tid, fordi sygeplejersken afbrydes flere gange undervejs. Det kan være, fordi hun henter vand til en patient, som denne skal bruge til at indtage sine piller med, eller på grund af telefonopkald fra pårørende, der gerne vil høre, hvordan det går med en patient. Det kan også være, at sygeplejersken, efterhånden som hun kommer rundt til patienterne og snakker med dem om, hvordan de har det, må tilbage i medicinrummet for at hente smertestillende til en patient. Eller at hun på grund af sygemeldinger blandt personalet må hjælpe det øvrige plejepersonale med ting, fx vende og skifte patienter, lægge kateter, væske etc. Der foregår således ofte mange forskellige småopgaver under medicingivningen. Når sygeplejersken er færdig med uddelingen, er det typisk blevet tid til personalemorgenmad i konferencerummet. Tidspunktet for stuegang er typisk efter morgenmaden og afhængigt af, hvornår både

lægen og sygeplejersken har tid. Nogle gange venter lægen således på sygeplejersken, andre gange er det omvendt.

Når stuegangen er overstået, er der ofte nogle beslutninger, som sygeplejersken fører ud i livet. Det kan være at forberede en udskrivelse, hvor der skal skrives epikrise, sørge for at lægen har skrevet recepter, og at patienten modtager og forstår disse, at bestille kørsel hos sekretærerne, foretage aftaler med hjemmeplejen etc. Det kan også handle om, at der skal bestilles undersøgelser til patienterne på andre afdelinger, snakkes med hjemmeplejen, træffes aftale om hjemmeplejekonference osv. Arbejdet med at effektuere de beslutninger, der blev truffet på stuegangen, fortsætter ud på eftermiddagen. Omkring kl. 12.00 skal der igen doseres medicin, måles blodtryk og deles medicin ud, og hver dag kl. 12.15 er der konference med lægerne.

Efter frokost, eller nogle gange under frokosten, holder sygeplejersken og de øvrige sygeplejersker/social- og sundhedsassistenter/sygehjælpere i gruppen et kort eftermiddagsrapportmøde, hvor de "summer" over, hvad der er sket på stuegang, samt hvad de skal nå resten af dagen. Derefter er det tid til at ordne de resterende ting fra stuegangen samt få dokumenteret omkring de enkelte patienter. Hvis det er en dag med sygdom i gruppen, hjælper sygeplejersken endvidere til ude hos patienterne, og ofte bliver klokken over 14.00, før der er mulighed for at sætte sig ned og dokumentere. Det sker dog også, at der er så mange afbrydelser i løbet af eftermiddagen, at dokumentationsopgaven strækker sig udover det tidspunkt, hvor sygeplejersken har fri.

### 5.3.2 Sygeplejerske "på gangen"

Efter at sygeplejersken 'på gangen' har deltaget i rapportlæsningen på gruppens patienter, går hun i gang på de patientstuer, hun er blevet tildelt ved rapportlæsningen. Hver sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller sygehjælper på gangen har typisk 3-4 patienter. Hvis der er sygdom eller andet fravær, er de dog ind imellem kun to i hver gruppe, og sygeplejersken/assistenten/sygehjælperen på gangen kan så varetage opgaver omkring op til 7 patienter. Sygeplejersken 'på gangen' [herefter sygeplejersken] begynder med at veje de patienter, der skal vejes, måle værdier for disse og servere morgenmad<sup>38</sup>. Sygeplejersken laver selv morgenmadsbakker til patienterne, smører brødet osv. og noterer tillige i patienternes væske- og kostregistreringsskemaer<sup>39</sup>.

Efter uddeling af morgenmad skal patienterne vaskes, enten ved sengebåd eller ved at komme ud på et badeværelse. Det er samtidig på dette tidspunkt, at senge redes og sengetøj skiftes. Sygeplejerskerne og det øvrige plejepersonale hjælper hinanden med

---

<sup>38</sup> Klokken er 8.46, da sygeplejerske F går ind på stue 320: "Godmorgen [fornavn på patient]. Du har ikke været ude at rende. Jeg vil gerne have et blodtryk på dig, og der skal du helst have ligget stille". Patienten er en lidt brovten midaldrende mand med lange tynde ben og tatoveringer på armene. Sygeplejerske F måler puls og blodtryk og siger til ham: "Morgenmad, hvad vil du ha?" Hun får ikke noget klart svar. Sygeplejerske F: "Vil du have...?" Patienten: "NEJ". Sygeplejerske F: "Vil du have...?" Patienten: "NEJ". Sygeplejerske F: "Vil du have...?" "NEJ". Sygeplejerske F: "Måske cornflakes?" Denne gang svarer patienten ikke nej, men ser tænksum ud. Sygeplejerske F: "Tænke, tænke tænke. Hvad med noget te? Du har godt af varm te." "Ja", siger han. Sygeplejerske F: "Sukker?" Patienten: "Ja, fire stykker." Sygeplejerske F: "Det ordner jeg så". (observationsdata, Bispebjerg).

<sup>39</sup> Afhængig af om patienten får registreret væske- og kostindtag, serveres maden på henholdsvis blå og røde bakker. Mad, der skal registreres, serveres på blå bakker, som sygeplejerskerne selv er ansvarlige for at tage ud. Mad, der ikke skal registreres, serveres derimod på røde bakker, som efterfølgende tages ud af rengøringspersonalet.

de af patienterne, de skal være to om. De henter håndklæder og rent tøj – også til de patienter, der er selvhjulpne. Når det er blevet tid til frokost, henter sygeplejersken den til sine patienter. Nogle gange står én af de andre plejepersonaler og øser mad op på tallerkenerne, andre gange øser den enkelte sygeplejerske selv mad op til sine patienter.

På travle dage er sygeplejerskernes egen frokost en af de ting, den enkelte bruger til at 'købe' sig mere tid med ved at udskyde den eller springe den helt over. Frokosten er derudover generelt præget af arbejdsrelateret snak.

Et fast indslag efter frokost er 'summemøde' i gruppen. Den sygeplejerske, der har gået stuegang, ridser op, hvad der er blevet besluttet, og der snakkes kort om, hvad der mangler i løbet af eftermiddagen, fx dokumentation. Andre ting, der skal nås i løbet af eftermiddagen, kan fx være: Modtagelse af nye patienter (læse journal, tage imod dem og måle deres værdier, ordne journalen ved fx at sætte navnelabels på alle papirer), oprette og udfylde væske- og ernæringsskemaer, måling af saturationsværdier og blodtryk, udtagning af frokostbakkerne, klargøring af eftermiddagskaffe, fx smøre boller, uddele eftermiddagskaffe, rokere rundt på hvilke patienter der ligger på hvilke stuer, hjælpe til i gruppen eller i en af de andre grupper, oprydning i skyllerum, tømning af skraldespande på stuer og badeværelser, opfyldning i skabe på stuerne, 'tage klokker' – dvs. når patienterne rykker i snoren, samt svare på henvendelser fra patienter, pårørende eller kolleger.

Hertil kommer forhandlinger med patienter om at få dem til at spise og blive vasket, skiftet etc., løbende observation af den enkelte patients tilstand, at sætte sig ind i nye patienter ved at læse deres journal, snakke med pårørende, tjekke med sekretærerne hvornår patienter skal til undersøgelse, sørge for bestilling af kørsel til patienter samt rykke for den hos sekretærerne, ordne forhold omkring udskrivelse (fx pakke for patienten hvis denne ikke kan gøre det selv), hjemmeplejekonference, snakke med pårørende, ordne stuer efter udskrivelser (køre seng ud, spritte sengebord af, køre ny seng og sengebord ind etc.), tjekke væske hos patienterne, tømme kateter, hente bækkenstole og kolber til patienterne, tømme disse og starte bækkenkoger, hente drikkevarer til patienterne, give sondemad, tage telefoner osv.

Samtidig med at sygeplejerskerne udfører det arbejde, der skal nås i løbet af dagen, forholder de sig løbende til andre ting, der sker på afdelingen (uanset om man er 'på gulvet' eller man har stuegang). Det kan være at hjælpe en anden sygeplejerske/social- og sundhedsassistent/sygehjælper med at vende en patient, tale med fysioterapeuten, med pårørende, med læger der har været på tilsyn hos en af patienterne, besvare telefonopkald etc. Samtidig med dette konfronteres de jævnligt med situationer, hvor der er anledning til at tolke på patienternes fysiske og psykiske behov (at de er sultne, tørstige, skal tisse, vil rykkes op i sengen, er forvirrede, søgende, usammenhængende, snerrende, højtråbende eller måske ensomme, angste, depressive etc.).

#### **5.4 Afbrydelser**

Afbrydelser fyldte meget på alle tre afdelinger, men nok allermest på afdelingen i Skejby, hvor der løbende skulle finde mange aktiviteter sted og gives beskeder fra fx koordinatoren til sygeplejerskerne. I løbet af observationsstudierne tegnede der sig på alle tre afdelinger hurtigt et billede af, at konstante afbrydelser snarere er en norm end en und-



tagelse, ligesom de mange sammenflettede opgaver bidrager til afbrydelserne<sup>40</sup>. Sygeplejersken er således ofte i gang med noget andet, når hun afbrydes af:

- ◆ Spørgsmål fra kolleger
- ◆ Spørgsmål fra studerende
- ◆ Spørgsmål fra læger
- ◆ Spørgsmål fra fysioterapeuter
- ◆ Spørgsmål fra patienter
- ◆ Ting der mangler i skabene
- ◆ Alarmer (hjerterytme og hjertestop)
- ◆ Patient klokker
- ◆ Telefoniske henvendelser.

Selvom afbrydelser er en integreret del af hverdagen, og tendensen var, at sygeplejerskerne indordner sig under dette vilkår og måske endda ind imellem selv dyrker afbrydelser, når de gerne vil 'slippe væk fra en situation', så bidrager afbrydelserne til, at man glemmer ting, fordi *"man nemt bliver afledt fra dét, man lige var i gang med."* Ting der skulle være hentet i depotrummet, en urinprøve glemt på et patientbadeværelse, patientinformationspjecer der skulle være hentet, oprydning i skyllerummet, rengøring på en sengestue, opfyldning i skabene, en "hjerne" der blev forladt i medicinrummet, en tråd der blev tabt med småfrustration til følge: *"Hvad var det nu jeg skulle?"*

"Det er ikke kun travlheden – for mig er det meget de afbrudte arbejds-gange, der gør, at jeg så tit glemmer noget... at jeg... jamen, jeg kan nogle gange gå på gangen, og når jeg er på vej ned til noget, så bliver jeg afbrudt, og så... jamen jeg kan ikke engang huske, hvad det var jeg var på vej nedefter. Så står jeg med patienten: Nå, men du var faktisk på vej ned efter et plaster... nå!" (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:22).

Nogle af forglemmelserne kan senere kan blive til ærgrelser og afbrydelser for kolleger<sup>41</sup>. Det er ikke kun patienter, sekretærer, læger eller de pårørende, der afbryder, de

---

<sup>40</sup> Sygeplejerske J går ind og tager blodtryk på patient 8.1. Hun tager sig god tid til at besvare patientens spørgsmål. Der kommer en anden patient ind på stuen fra toilettet og spørger, om hun kan få noget for hård mave. Sygeplejerske J foreslår at hente et mikrolax til patienten. Patienten tager imod tilbuddet, og Sygeplejerske J går ud for at hente det i skabet på gangen. Her stopper social- og sundhedsassistent M fra grøn gruppe og spørger Sygeplejerske J, om der igen ikke er målt værdier inde hos dem. Sygeplejerske J svarer, at det er der ved nogle og ikke ved andre. Hun spørger social- og sundhedsassistent M, om der heller ikke er målt værdier i M's gruppe. Social- og sundhedsassistent M siger, at det ved hun ikke, men at det ikke virker, som om nattevagterne har haft susende travlt. Sygeplejerske J går tilbage til stue 8 med det mikrolax, hun har lovet den ene patient. Hun spørger herefter social- og sundhedsassistentelev N om, hvilke af patienterne der har fået morgenmad. Da ingen har fået endnu, går hun derefter ind og spørger en patient, hvad hun ønsker, henter det og går ind og serverer det for patienten. (observationsdata, Herlev).

afbryder også hinanden for lige at høre om noget, for lige at give en besked videre, eller for lige at vende noget. Afbrydelserne bidrager også til, at det kan være svært at opnå en kontinuitet med patienterne i løbet af dagen:

”Patienterne ved jo slet ikke, alt det vi laver ved siden af. Nogle gange spørger de om noget, og så går der lang tid, før vi kommer tilbage. Og så kan patienterne jo tro, de bliver glemt.” (observationsdata, Skejby).

#### 5.4.1 Samarbejdet med hjemmeplejen

En anden kilde til afbrydelser og ventetid er samarbejdet med hjemmeplejen i sygehuse-sets optageområde på den endokrinologiske afdeling og på mave-tarm- og leverafdelingen, idet der her er mange ældre patienter indlagt på afdelingen. Samarbejdet med hjemmeplejen er noget:

”...der fylder rigtig meget” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:4).

På mave-tarm- og leverafdelingen er der også patienter, som venter på plejehjemsplads, og afdelingen har derfor megen kontakt til primærsektoren. Denne kontakt skal koordineres inden for dagvagten, og dagvagten er derfor ofte mere hektiske end aften- og nattevagterne, der i højere grad følger en bestemt rytme:

”I dagvagten er du lidt mere prisgivet. Hvis du fx skal have fat i primærsektoren, de sidder kun klar ved telefonen mellem 13 og 14, så dem kan du kun få fat i der.” (observationsdata, Bispebjerg).

Kontakten til hjemmeplejen kan være forbundet med meget ventetid og forgæves opkald, og på dage med mange opkald hertil kan det beslaglægge meget af sygeplejerskens tid og opmærksomhed<sup>42</sup>. Sygeplejerskerne giver ofte udtryk for at føle et ansvar over for patientens pleje, behandling og videre færd i sundhedssystemet. De giver således også udtryk for at søge indflydelse på, hvad der skal ske med patienten, når denne bliver udskrevet og er afhængig af hjælp fra primærsektoren. I forbindelse med samarbejdet med hjemmeplejen opfatter sygeplejerskerne sig selv som forhandlere af patienten-

---

<sup>41</sup> Sygeplejerske X går sammen med sin studerende ind til en patient, som skal barberes i lysken før en undersøgelse. X ser i skabet inde på stuen, at der ikke er mere barbergrej, og hun bliver tydeligt utilfreds: *”Det her er bare så irriterende.”* Vi går ud af stuen og hen på depotet, og X fortæller sin studerende om, at det er folks eget ansvar at fylde op igen, når de tømmer noget. Også på depotet. Hun viser systemet, hvordan man rykker tingene frem i skabet, når man har taget noget derfra. Hun siger, at når hun har tømt en hylde eller lignende: *”så er det mit ansvar.”* (observationsdata, Skejby).

<sup>42</sup> Klokkeren er 11.05: Stuegangen er overstået, og sygeplejerske A skal ringe til hjemmeplejen for 4 patienter. Hun ringer op til en hjemmepleje 2 gange med 10 minutters mellemrum, men får ikke forbindelse nogen af gangene. Senere i løbet af eftermiddagen prøver hun igen at komme igennem til hjemmeplejen. Klokkeren er nu blevet 13.30: Sygeplejerske A ringer til hjemmeplejen. Der er ventetid, så hun sidder og dokumenterer i sygeplejekardex, mens hun venter på at komme igennem. Klokkeren 13.50: Hun opgiver at komme igennem til den pågældende hjemmepleje. Sætter sig hen til computeren for at skrive videre på en udskrivningsrapport og for at søge information om hjemmeplejen. Ringer til en ny hjemmepleje og kommer igennem. Hun forhandler med hjemmeplejen om udskrivelse af en kvindelig patient. [...] Ringer til en ny hjemmepleje, hvor det ikke lykkes at komme igennem. I stedet dokumenterer hun i sygeplejekardex. Ringer igen til hjemmeplejen, kommer igennem og får ordnet det, der skal ordnes. Ringer en ny hjemmepleje op, men der er igen ventetid. Hun skriver imens på udskrivningsrapporter for 2 patienter. (observationsdata, Bispebjerg).

tens rettigheder og behov i dennes videre forløb. De taler om sig selv som nogle, der kæmper for patientens sag videre i plejesystemet.

Hvis der er sket ændringer i patientens tilstand i forbindelse med indlæggelsen, holdes en hjemmeplejekonference før udskrivelsen, hvor patienten, dennes pårørende, hjemmeplejen og personalet mødes og diskuterer, hvilken hjælp patienten får brug for, når vedkommende kommer hjem.

”Det geniale ved det er, at man kan etablere hjemmeplejekonferencer. Der kan man give patienten tid til at snakke om, hvad det egentlig er, man ønsker, hvis det er fremtiden, det handler om. Det kan måske være et problem i dagligdagen at sætte sig ned og tale med fru Hansen om de problemer, der er nu og her. Men sådanne hjemmeplejekonferencer er altid en god ting, hvor patienten kan få lov til at komme til orde.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:4).

Plejekonferencerne afholdes ikke pr. automatik. Fx er der ressourceovervejelser forbundet hermed:

”Vi holder det kun, hvis der er sket nogle ændringer, når patienten bliver udskrevet. Hvis det er en patient, som bliver udskrevet til vanlig hjælp, altså der ikke lige er nogle ændringer, så holder man det selvfølgelig ikke. Det ville være spild af ressourcer.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:4).

Sygeplejerskerne siger ofte, at de finder det svært at samarbejde med hjemmeplejen. De synes selv, de prøver at få løst tingene for patienterne på bedst mulig måde, men oplever, at de på et tidspunkt når til, at:

”...nu er det hjemmeplejens bord, det er dem, der skal tage over, det er dem, der skal tage sit ansvar på sig, og man føler ligesom man kører panden imod muren, fordi de ikke kan se, at der skal det og det til.” (interview med sygeplejersker, Herlev 2:10).

Samarbejdet med hjemmeplejen taler de derfor om som noget, der ind imellem kan gøre dem opgivende og frustrerede og lede til en følelse af afmagt. De giver udtryk for, at det er for dårligt, at ældre borgere i et velfærdssamfund ikke kan få den pleje, de har behov for.

”Jeg synes ikke altid, at det er så positivt og sjovt at have så meget kontakt med primærsektoren. Fordi sygeplejerskerne, der arbejder inden for den sekundære sundhedssektor, og så dem der arbejder i hjemmeplejen, det er, som om det er vidt forskellige synspunkter, de har. Så derfor havde jeg i starten meget svært ved at ringe til dem, fordi det var ikke altid, de var så positive, og det undrede mig lidt: 'Hvordan kan det være. Det er jo også deres borgere, og vi er jo nødt til at finde en løsning på det her'. Men de havde det lidt sådan, at: 'Det vi siger, det er det, der passer, og det er sådan, vi har oplevet patienten'. Man tænker ikke så meget over, jamen altså patienten kan have ændret sig på sygehuset. Det kan have blevet værre, eller det kan have blevet bedre.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:4-5).

De oplever, at det er meget forskelligt fra kommune til kommune. Hvor der er nogle kommuner:

"...man bestemt ikke har lyst til at tage telefonen og ringe til [...], og så er der andre kommuner, jamen der kører det bare. Der bliver patienten udskrevet, og så kører de bare fanerne frem og hjælper til." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:5).

Disse forskellige synspunkter handler nogle gange om ting, der har ressourcemæssige konsekvenser.

"Det kan være, hvis for eksempel at patientens tilstand har ændret sig herinde, og vi så mener, at der skal lidt mere hjemmepleje til. Så vil de måske have en hjemmeplejekonference, og så synes vi: 'Nej, er det nu nødvendigt, kan vi ikke aftale det over telefonen. Det handler måske om et enkelt besøg mere eller to'. 'Nej, så synes de'. Så begynder vi sådan en diskussion i telefonen, og den er ikke altid lige rar." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:5).

I diskussionerne kobles patienternes formåen således op på tanker om, hvad ændringer vil koste, og hvilken del af 'systemet' der skal betale hvad.

"Der er jo også meget økonomi i det, man skal tænke på. Det er også det, der ligger i bagtankerne. At hvis en patient er færdigbehandlet og kræver at komme på et plejehjem, men de kan simpelthen ikke finde et plejehjem. Så er vi nødt til her fra hospitalet at færdigfaxe dem. Det vil sige, at vi faxer dem, og så efter en uge så skal de selv betale for indlæggelsen. Og der bliver de sådan meget: 'Nej, hvordan kan I det?', og det ene og det andet. Selvom de ved, at vi har ret. Men alligevel, der er penge og købmandsbutik i det her. Et andet eksempel er, at der er patienter, når de bliver indlagt, så har en del nedsat funktionsniveau, kan ikke rigtig gå og stå og har brug for noget fysioterapi, og hvor man så ringer til dem og siger: 'Jamen der er sådan et problem' – 'Nå, men det er et problem, der er opstået hos jer'. Og det er det ikke altid, men de gerne vil have, at vi skal betale for fysioterapien. At det skal indgå i vores regi, at det ikke foregår i deres regi." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:5).

Afdelingssygeplejersken træder nogle gange hjælpende til, når der er problemer med hjemmeplejen:

"Jeg siger til dem, at hvis de har konflikter med hjemmeplejen, så må de ringe til mig, fordi det skal de ikke sidde med selv. Hvis de synes, at de har gjort, hvad de kunne, og de ikke kan komme igennem med tingene, eller at der er nogen, der taler grimt til dem, og de ikke har fået det sagt, så må de ringe til mig. Jeg har præsteret at ringe nogle hjemmeplejer op en gang, fordi de simpelthen talte så grimt til en af mine unge sygeplejersker og havde svinet hende til og fortalt hende over telefonen, at hun ikke kunne noget. Så der ringede jeg op og sagde, at det vil jeg simpelthen ikke have." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:5).

Sygeplejerskerne ser det dog også sådan, at man skal huske at tænke på, at de er ligeså belastede ude i hjemmeplejen og i kommunen. De har derfor forståelse for, at de bruger nogle andre argumenter for, at patienterne skal forblive indlagt. Og de har også forståelse for, at der er tale om en forhandling, og at der ligger en økonomisk tangent i forhandlingerne. (interview med sygeplejersker, Herlev 1:5).

## 5.5 Pres på sengepladserne

Da hjerteafdelingen har landsdelsfunktion, foregår der en flittig udveksling af patienter mellem afdelingen og andre hjerteafdelinger på de jyske sygehuse. 'Systemet presser på for at få så mange patienter igennem så hurtigt som muligt. Da undersøgelsen fandt sted i 2004, var gennemsnitsindlæggelsestiden for hjerteafdelingens patienter nede på 2,3 døgn. Dette tal dækker over, at der både er "langtidsliggere" og "korttidsliggere." En del patienter er således indlagt i meget kort tid (1-2 dage). Afdelingens arbejde var da også præget af den konstante udskiftning af patienter som led i den produktion, hjerteafdeling B2 er en del af. Lægernes produktion af specialiserede undersøgelser og behandlinger betød således, at mange patienter kun kortvarigt kommer ind og bliver behandlet, hvorefter de sendes tilbage til deres eget sygehus. Set fra lægernes perspektiv er hjerteafdelingen derfor en produktionsafdeling:

"Det er en meget fokuseret produktionsafdeling, fordi der er et patientpres, der er et pres fra amtet, der er et pres fra regeringen – vi skal have ventelisterne hakket ned." (interview med læge, Skejby:9).

Set fra sygeplejerskernes perspektiv medfører dette pres på sengene nogle gange problemer i dagligdagen:

"Hverdagen er jo bestemt ikke uproblematisk, sådan et sted som her, hvor tingene går så hurtigt, og der er så mange mennesker. Hvor det hele skal op i en højere enhed. Det giver da nogle gnidninger ind imellem, fordi lægerne vil meget gerne køre det som ekspeditionsafdeling. Og så er det nogle gange vores opgave at trække den anden vej. Og sørge for at patienten også er klar og har forstået, hvad der foregår, i den udstrækning det nu kan lade sig gøre." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:2-3).

Der ligger et pres på sygeplejerskerne om at nå at informere inden for den korte indlæggelsestid. De nævner selv information til patienter, som netop har fået indopereret en pacemaker, som eksempel herpå. Tidligere havde de disse patienter 3-4 dage i afdelingen; nu har de dem i maksimalt 2 dage. Og den første af dagene har de været i lokalbedøvelse og fået stesolid, så det er stærkt begrænset, hvad de kan høre og forstå og senere huske. Og dette er patienter, hvor det er meget vigtigt, de bliver informeret om, hvordan de skal reagere, hvis pacemakeren støder dem. Så nogle gange er det et "vældigt diskussionsemne", om patienterne kan få lov til at blive en dag længere. Her er det sygeplejerskens rolle at argumentere over for lægerne, fx til morgenkonferencen:

"I de tilfælde, hvor de vurderer, at der er en patient, der er nødt til at blive for eksempel et døgn mere. De skal virkelig have deres argumenter i orden. Og for de gamle piger er det ikke noget problem, men er man rimelig ny i afdelingen, så skal man i hvert fald have noget opbakning ét eller andet sted fra – fx fra koordinatoren. Når man skal til morgenkonference og ud og sælge den." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:4).

Samtidig er der også en del af overlægerne, som prioriterer at have forskellige patienter indlagt længere, fx patienter med betændelse på hjerteklapperne, fordi der kan støde komplikationer til. For andre læger med andre subspecialer er det andre patientkategorier. Og nogle gange "ringer de og siger, at vi skal finde en seng til en patient, og det

*kan give diskussioner, fordi vi har kun de senge, vi har".* I disse tilfælde ligger presset på koordinatoren og afdelingssygeplejersken, da de er ansvarlige for at skaffe sengepladser, og det bliver således deres rolle at tage diskussionen med overlægerne, om hvilke patienter der kan udskrives, og hvilke der bør blive i afdelingen.

Der kan opstå situationer, hvor patienter, der har været til ambulans undersøgelse, pludselig står og skal indlægges på afdelingen. Dette kan naturligvis blive et problem, når der i forvejen ofte er pladsmangel. Bare det at få placeret de indkommende patienter i senge er i sig selv en stor opgave, og det kan tage det meste af en dagvagt at skabe plads til de patienter, der er indkaldt fra morgenstunden. Mange bliver således placeret "i hjørnet" i den ene side af hesteskoens bund, hvor der står nogle borde og stole, som patienter og pårørende kan sidde på. At have patienter til at vente på gangen, uanset om det er i forbindelse med indlæggelse eller udskrivning, italesættes som noget, der går sygeplejerskerne på.

"Hver gang, man runder hjørnet, kan man se de lange øjne, de sender efter en." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:19).

Det er et tilbagevendende tema, der omtales med ubehag, at det er meget utilfredsstillende, når patienten ikke kan få en seng og en stue at være i.

"Nogle gange har patienterne stået op kl. 5 om morgenen fra steder i Jylland for at komme her og få taget prøver osv. Og så kan vi først give dem en seng kl. 15, når de er så trætte, at de næsten falder ned fra stolen." (sygeplejerske, observationsdata, Skejby).

Grundet presset på afdelingens sengepladser er det ofte nødvendigt at sende patienter 'på gangen' i forbindelse med deres udskrivelse. Patienten venter så på gangen et stykke tid, indtil vedkommende bliver afhentet af en pårørende, en taxachauffør eller bliver kørt til et andet sygehus. Imens gøres stuen klar til en ny patient. Der kommer således nemt til at herske en lidt stresset stemning omkring udskrivelsen og hjemsendelsen af patienten, og det er ikke altid, der bliver sagt ordentligt farvel<sup>43</sup>.

For det andet medfører det produktionsorienterede fokus, hvor systemet ikke bare er fuldt booket, men ofte ender med at være overbooket med aflysninger af undersøgelser til følge, at det på mange måder bliver sygeplejerskerne, der står med konsekvenserne af den stramme planlægning i det daglige. Usikkerheder om og hvornår en patient måtte få mad, skulle have præmedicin, hvornår portøren skulle bestilles til og den løbende kontakt med denne, samt opgaven at forklare patienter om aflyste undersøgelser mm. – en opgave der italesættes som ubehagelig.

På mave-tarm- og leverafdelingen består udfordringen med sengepladserne i, at der – oveni at mænd og kvinder ikke skal dele stue – også skal tages højde for isolation af patienter med smitsomme sygdomme. Patienterne bliver kørt ind på de stuer, der står ledige, og da størstedelen af stuerne er flersengsstuer, hænder det, at en isolationspati-

---

<sup>43</sup> Q til Z [koordinator]: "Har du sagt farvel til [patient navn]?" Z: "Nej." Q går en tur til opholdshjørnet og spejder efter patienten. Så går hun tilbage til tavlerummet og siger til Z: "Jeg tror måske, [patientens navn] er taget afsted." Z: "Jamen hun havde også ringet efter manden." Q holder en lille pause og siger så: "Nå, ja, sådan er der jo så meget." (observationsdata, Skejby).

ent bliver kørt ind på en dobbeltstue, og patienten optager på denne måde to pladser og ikke bare én. Hvis flere patienter så også skal have hver deres isolationsstue, kan det være svært at få puslespillet til at gå op.

”Det er væltet, fordi vi har to på isolationsstuer, og de kan ikke ligge sammen, fordi vi ikke ved, om det er den samme bakterie.” (social- og sundhedsassistent, observationsdata, Bispebjerg).

Andre gange, hvor en smitsom mavevirus hos en patient først opdages senere, kan det medføre, at samtlige patienter på stuen må isoleres. Så sættes der en rød A4-seddel op på døren med ordene: Isolation.

Enestuerne bruges ofte til de meget dårlige patienter og døende patienter. Ofte er der ikke enestuer nok, og den sygeplejerske eller assistent, der passer patienten, må forhandle med de andre sygeplejersker og assistenter om, hvis patient der har mest brug for en enestue. Ofte tages mave-tarm- og leverafdelingens patientdagligstue også i brug. Fordelingen af patienter og stuer ændrer sig hele tiden i løbet af dagen: En udskrevet patient betyder en ledig plads, men hvis den ledige plads er på en 4-sengs mandestue, så er det et problem, hvis den næste patient er en kvinde eller en patient med behov for enestue.

## 5.6 Uforudsigelighed og travlhed

Elementet af uforudsigelighed i sygeplejerskernes arbejdsdag gør det vanskeligt at overholde den plan, sygeplejersken lægger for sin dag. Og sygeplejerskerne oplever det, at det er vanskeligt at planlægge og strukturere hverdagen, som en stressfaktor i sig selv:

”Det er også det der med, at vi får at vide, at vi skal prøve at planlægge vores dag, og vi prøver at tænke meget planlægningsmæssigt og... lave faste tidspunkter for, hvornår vi gør det ene og det andet. Så er der knageme en patient, der falder på gulvet og slår sig, og vi skal lige have fat i det ene og det andet. Så er der en anden, der pludselig har ondt der og der, og så står lægen der lige pludselig: ”Jeg har tid nu, hvornår har du tid?” Der er mange ting, vi ikke kan planlægge, og mange ting der er uforudsigelige...” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:20-21)

Det uforudsigelige i hverdagen omtales på hjerteafdelingen også som noget positivt og som noget, der giver afveksling. Det, at der nogle dage er tid til kaffe og snak, mens man andre dage ikke engang når på toilettet, fordi der sker så meget hele tiden, at man glemmer det. *”Det er det spændende ved at være her”* (sygeplejerske, observationsdata, Skejby).

Det var specielt i dagens første timer frem til frokost, at der var travlt på afdelingerne. Senere om eftermiddagen kunne der være lidt mere roligt, når alle morgenrutinerne var overstået. Mandage anses for at være specielt travle på hjerteafdelingen, fordi der typisk kommer mange nye patienter. Nogle gange kunne travlheden aflæses på sygeplejerskernes kropssprog i form af fysiske tegn som kroppe, der bevæger sig uroligt rundt og gør praktiske ting, mens patienterne taler til dem; kroppe der signalerer at være på vej ud af døren fx ved at stille sig hen til døren; fødder der vipper utålmodigt, mens de sidder og lytter til en patient. Det var også almindeligt at benytte sig af en række vendinger, som signalerede samtalens afslutning. *”Så går jeg ud og henter...”, ”Ja, jeg går ind og ordner de ting der, vi snakkede om.”*

Travlheden synes både at blive opfattet som noget negativt og positivt. Negativt fordi der nogle gange er for meget pres på og kan være svært at nå opgaverne – fx at informere patienter nok eller gå ind i de samtalebehov, den enkelte oplever, at patienterne kan have.

”Det kan være et signal, en patient sender, som man bliver nødt til at overhøre, fordi man ved godt, at hvis man får stillet det rigtige spørgsmål, så kommer man ikke derfra den første time. [...] man stiller sig helt hen til døren, selvom patienten snakker i en lind strøm. Det er jo egentlig for at fortælle patienten, at jeg er faktisk på vej ud. Og det kan da nogle gange være vel vidende, at de måske har brug for at snakke noget mere, men det har man altså bare ikke tid til.” (interview med sygeplejersker, Skejby:39).

Travlheden bevirker også, at det på den ene side kan være svært at nå at blive færdig med arbejdet, før man går hjem; på den anden side at sygeplejerskerne nogle gange oplever en stærk træthed, når de kommer hjem fra arbejde:

”De der dage, hvor det er rigtig heftigt. Der er jeg bare bombet, når jeg kommer hjem. Der går et par timer, inden jeg sådan hører efter: ‘Øh, hvad var det lige du sagde?’ ‘Moar, du har lige sagt ja’. ‘Gud, har jeg sagt ja til det?’. Det kommer mere bagefter, når jeg kommer hjem [pause]. At så kan jeg godt mærke, at puh, det var vist egentlig en travl dag i dag.” (interview med sygeplejersker, Skejby:28).

Der er ifølge hjerteafdelingens afdelingssygeplejerske en sammenhæng mellem længe-revarende travlhed og sygefravær, fordi den stress, der er forbundet hermed, bl.a. har en negativ effekt på immunforsvaret:

”Når vi har de der perioder, hvor vi har meget travlt, hvis de strækker sig mere, end – hvad skal man sige – en 3-4 uger, hvor der virkelig er knald på. Så er det helt sikkert. Jeg kan næsten gå ind i vores sygedage og se, den der periode, der har vi haft enormt travlt. Fordi det begynder at give bagslag. Ikke fordi folk melder sig syge, fordi de trænger til at holde en fridag, men fordi de simpelthen bliver modtagelige for alting. De, der har tendens til migræne, de får migræne, og man bliver forkølet, man får diarré og simpelthen hiver det hele til sig, fordi man er brugt ned til sokkeholderne.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:10).

Samtidig opfattes en vis travlhed også som noget attraktivt og som noget, der hænger sammen med den handlingsorientering, som præger specielt hjerteafdelingen:

”Når der er gået et par dage med fred og ro, så begynder de sådan: ‘Nå, skal der ikke snart ske noget?’ Så begynder de at synes, det er kedeligt. Der skal ske noget igen. Og det er jo godt nok.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:10).

På de mere stille dage, når man ikke har travlt hele tiden, oplever sygeplejerskerne det, som om man ikke laver noget:

”Det er helt mærkeligt. Så render man rundt og spørger: ‘Kan jeg hjælpe med noget? Kan jeg hjælpe med noget?’ Og så føler man sig rigtig sløv, som om man ikke laver noget.” (observationsdata, Bispebjerg).



På de stille dage kan sygeplejerskerne sidde med følelsen af ikke at udrette det samme som på de travle dage. Og der synes at være en tendens til, at der glemmes mindst lige så mange småting i løbet af dagen på de stille dage som på de travle.

”Vi snakker tit om det faktisk. Jeg oplever tit, at jeg glemmer mere på stille dage. Altså, det er vel også, rent hormonelt... sådan tænker jeg på, nå, men alting er indstillet på, nu skal jeg bare... ding-da-ding-da-ding, sådan en maskine der bare skal angribe problemerne, og så tager vi det... man opper sig lidt og er mere på, lige så snart man falder sådan lidt ned, så ja... så bliver det sådan lidt mere... altså, jeg trænger egentlig til at sidde lidt her. Jeg ved ikke, om det er sådan en reaktion på at have travlt og så lige pludselig have tid. Det kan man slet ikke administrere. Jeg ved det faktisk ikke. Det er lidt interessant, at man ikke får den der: Okay, i dag skal jeg bare gøre det ordentligt.” (interview sygeplejersker, Bispebjerg:22).

For mange stille dage i træk kan også give en vis rastløshed. Det tyder på, at travlheden for mange af sygeplejerskerne er blevet en del af rutinen:

”Men når man så har haft sådan en dag som i går [en stille dag], så bliver man lidt rastløs i dag... nu må der godt snart ske noget.” (observationsdata, Bispebjerg).

## 5.7 Kort diskussion

Som det fremgår af dette kapitel, er der udover plejeformen en række aktiviteter, der er med til at strukturere dagligdagen: tidspunkter for mad til patienterne, medicin og aktiviteter med lægerne. På hjerteafdelingen er der endvidere tidspunkter for undersøgelser og behandlinger, der foregår uden for sengeafsnittet. Disse har en stor indvirkning på hverdagens rytme – ikke qua faste tidspunkter, som der fx er omgivet mad til patienterne, medicin og journallæsning, men ved den uforudsigelighed der er forbundet med at skulle holde sig orienteret om udmeldinger om og ændringer i tider. Hvad angår hverdagens rytme er pulsen på de fleste dage højst om formiddagen, hvor mange aktiviteter finder sted. Afbrydelser fylder hele dagen. De bidrager til en her og nu orientering, hvor sygeplejerskerne konstant reagerer på omgivelserne. Dette kan være årsag til, at sygeplejerskerne – når de har god tid – synes at være uvant med at prioritere den og aktivt tage stilling til, hvad den skal bruges til.

Forskelle i plejeformer medfører forskelle i personalets kommunikation. Således arbejder sygeplejerskerne på hjerteafdelingen med deres tildelte patientpleje mere alene end på de andre to afdelinger, hvor de indgår i en gruppepleje. På alle tre afdelinger spørger de dog jævnligt hinanden til råds.



## 6. Sygeplejerskernes kerneopgaver

”Hvis man har det godt med at komme på arbejde, så har man meget at give, og det er jo det, at man gør, når man er sygeplejerske. Man giver en masse.” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:28).

I kapitel seks præsenteres sygeplejerskernes egne bud på deres vigtigste arbejdsopgaver, og hvordan de mener at omsætte disse i hverdagen.

### 6.1 De vigtigste opgaver

Ved samtlige af interviewene blev der spurgt om, hvilke opgaver der er de tre vigtigste for sygeplejersker på de tre undersøgte afdelinger. På hjerteafdelingen svarede afdelingssygeplejersken: *”De vigtigste opgaver er at give patienterne den bedste sygepleje, de overhovedet kan ud fra de præmisser og ressourcer, de har.”* Heri ligger ifølge afdelingssygeplejersken bl.a. *”at være ajour med specialet, sådan at de kan noget med alle patienterne”* og *”tage udgangspunkt i, hvor patienterne er”* (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:6). Ved gruppeinterviewet med hjerteafdelingens sygeplejersker fremhævede de, at deres vigtigste opgaver var at give information – specielt om de indgreb patienterne er kommet for at få udført. De nævner også vigtigheden af at skabe nogle trygge rammer for patienterne og vigtigheden af at lytte til dem og finde ud af, *”hvad der egentlig fylder i deres hoved, fordi ellers så hører de i hvert fald slet ikke, hvad man har at fortælle dem”* (interview med sygeplejersker, Skejby:5). Om de patienter, der kommer *”igen og igen”*, nævner de, at der også kan være et vigtigt behov for at opdatere, hvordan det går, og hvordan de har det. Sygeplejerskerne ser principielt deres informationsopgaver som værende af en anden karakter end den information, som lægen giver. I deres hverdagspraksis er det således ofte sådan, at sygeplejerskerne følger op, efter lægen har været der og har informeret patienten.

Set med ”lægeøjne” er de vigtigste opgaver for sygeplejerskerne på hjerteafdelingen, at de får givet patienten en god information om, hvad der skal foregå; at de hurtigt finder ud af, hvad patientens problem er, og om det er det samme, som da de blev henvist, hvis patienten ikke er akut indlagt; at de giver lægerne nogle tilbagemeldinger om, hvordan det går med patienten, fx i form af blodtryk, hjerterefrekvens og temperatur, samt meldinger om hvorvidt de har ondt, om de har det godt, om de er oppe, og om de er klar til at blive udskrevet. (interview med læge, Skejby:3). I denne informationsgivning gør sygeplejersken set fra lægens perspektiv et stort *”forarbejde”* for lægen.

Ifølge den interviewede afdelingssygeplejerske er de vigtigste opgaver for sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling den direkte patientkontakt, at have overblik og kunne prioritere arbejdsopgaverne, samt kontinuitet. I interviewene med sygeplejerskerne nævner de i det første gruppeinterview følgende opgaver som deres vigtigste: At danne sig et overblik og uddelegere arbejdet, at informere patienterne og have god kontakt med patienter og pårørende. I det andet gruppeinterview nævner de: personlig pleje og omsorg ud fra hvor patienterne er, at informere og medinddrage patienten samt behandling (herunder medicinadministration) og observation. Mange af sygeple-

jerskerne fandt det svært at svare på spørgsmålet, fordi de oplever deres opgaver som værende meget sammenflettede. Set med lægens øjne er de vigtigste opgaver for sygeplejerskerne at yde omsorg og pleje til patienterne, uddele medicin, samt deltage i stuegangen sammen med lægen.

På spørgsmålet om, hvad de tre vigtigste arbejdsopgaver på mave-tarm- og leverafdelingen er, svarer sygeplejerskerne: 'Grundlæggende sygepleje', herunder at være hos patienterne og få dem til at føle sig trygge, 'observation' og at man kan argumentere for og dokumentere det man gør, herunder kvalitetssikring. Som en tredje ting nævner de 'koordination og overblik over patientforløbene' som to meget vigtige opgaver. Afdelingssygeplejersken nævner 'direkte patientpleje', 'planlægning og koordination af patientforløbene', 'dokumentation', samt 'medicinuddeling' som de vigtigste opgaver (interview med afdelingssygeplejerske, Bispebjerg:16). Den interviewede læge nævner 'overblik over patienterne', 'supervision af nyt personale' og 'videreuddannelse' som de vigtigste sygeplejerskeopgaver (interview med læge, Bispebjerg:2).

### 6.1.1 Informationsgiver

Det er sygeplejersken, der på baggrund af patientjournalen og patientens indlæggelsesprogram skal føre en informativ modtagelsessamtale med den nye patient. Mandage, hvor der som regel er en del nye indlæggelser, betegnes af flere sygeplejersker på hjerteafdelingen som nogle dage, det kan være hårdt at komme igennem, fordi der skal gives så mange informationer. Det er imidlertid ikke blot modtagelsessamtalerne, der kræver megen information. Når en patient skal til en undersøgelse eller behandling, som er ny for den pågældende patient, stiller denne ofte spørgsmål til sygeplejersken om, hvad det er for nogle indgreb, der skal udføres. I forbindelse med lægernes visit hos patienterne er der desuden ifølge sygeplejerskerne ind imellem behov for, at sygeplejersken virker som en form for 'oversætter', som på den ene side kan fortælle, hvad lægens diagnose og behandlingsforslag kommer til at betyde for patientens hverdagspraksis, på den anden side kan aktivere patientens egne fortællinger i vurderingen af dennes tilstand<sup>44</sup>.

Især for en sygeplejerske, der er ny på hjerteafdelingen, virker kravene om informationsgivning omfattende og fylder meget i dagligdagen:

"Jeg synes, der er meget information, jeg kommer fra en anden afdeling. [...] Det har jeg i hvert fald brugt meget tid på, og det skal man lære, før man kan gå ind og yde den." (interview med sygeplejersker, Skejby:4).

Men også mere erfarne sygeplejersker støder relativt tit på patientforløb eller behandlingstiltag, som de ikke kan køre på rutinen, og hvor de må opdatere deres viden. Sygeplejerskerne bruger i første omgang hinanden som kilder til viden, men de spørger også

---

<sup>44</sup> Følgende eksempel er fra observationsdata, hvor en sygeplejerske forklarer en sygeplejestuderende, hvordan hun synes den studerende bør gribe en samtale med patienten an: Sygeplejestuderende Å spørger: "Hvad er sygeplejeproblemet?" De taler om hans sygdomshistorie. Å taler om, at hun vil interviewe ham, og få ham til at vurdere nogle af sine symptomer på en form for skala, fra ét til ti. Det mener sygeplejerske Æ ikke er en god ide. Hun peger på patientens egen måde at vurdere sin tilstand på, eksempelvis, når han har vand i maven: "Når han ikke kan nå ned at tage sokker på, så synes han, den er gal." "Eller om han kan gå ud i modtagelsen", foreslår Æ som en af patientens egne vurderinger, eller: "er han frisk nok til at sætte kartofler, som han gerne vil?" (observationsdata, Skejby).

lægerne til råds, og de benytter Internettet eller slår op i den omfattende faglitteratur, der findes i afdelingen. I praksis opleves informationsgivning ofte også af de erfarne sygeplejersker som svær, dels fordi liggetiderne bliver kortere, og der derved kommer flere patienter igennem, dels fordi de oplever, at de også får mere syge og ældre patienter igennem. Samtidig skal patienterne som regel igennem et stramt program i den periode, de er indlagt, hvor det kan være knapt med lejlighed til at informere dem om alt det nye, de skal forholde sig til.

”Hvor vi tidligere havde fx dem, der får en ICD-pacemaker. Dem havde vi 3-4 dage i afdelingen. Nu har vi dem max. 2. Og den dag, hvor de får selve ICD'en, hvor de har været lokalbedøvet og har fået stesolid, der er det begrænset, hvor meget de forstår og hører, de kan ikke huske det bagefter i hvert fald. Så vi har meget lidt tid til at få banket de ting ind i hovedet på dem, fordi netop ved de patienter er der nogen ting, de skal bare vide, hvordan de skal reagere, hvis den støder dem og sådan nogen ting. Så det bliver meget komprimeret. Det gør det virkelig.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:3).

Sygeplejerskernes oplevelse er, at nogle patienter ofte bare siger ja til tingene, selvom de ikke har opfattet, hvad det går ud på – fordi de måske er bange og har svært ved at samle tankerne om lange samtaler. For at løse noget af problemet arbejder sygeplejerskerne derfor på at udarbejde et system med telefoniske opfølgningssamtaler fx til patienter, der aldrig før har fejlet noget og så pludselig er faldet om med hjertestop:

”Det er meget bombastisk for dem, og de er i krise, og de hører ikke det, vi siger. Og de er her 2, max. 3 dage langt de fleste af dem. Og der er vi så begyndt med, at der er to af mine sygeplejersker, som simpelthen samler deres navne op, og så ringer de til dem ca. 1 måned efter de har været indlagt og får en snak telefonisk med dem, og hvis de er helt ude i skoven, så bliver de tilbudt at komme herind sammen med noget familie og få en samtale for at få samlet op på nogle af alle de der ting. Nogen af dem har vældig meget styr på det, og andre har ikke hørt en pind af, hvad der er blevet sagt, og der tegner sig nok et billede af, at det faktisk er de pårørende, der har det værst. De er hunde hamrende bange for at lægge sig til at sove om natten, fordi ligger han nu ved siden af mig og dør, eller hvad sker der.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby: 9).

Dels kan der på de travle dage være dårlig tid til de lidt svære samtaler, dels er endnu en komplicerende faktor ved informationsgivning: manglen på samtalerum. I forbindelse med modtagelser, samtalerne med de pårørende og de til tider alvorlige snakke, der kan opstå behov for at føre med patienterne undervejs i deres ophold på afdelingen, er det ofte et problem, at der ikke er et samtalerum på afdelingen, hvor man kan tage patienten eller de pårørende hen. Nogle gange bruger man afdelingssygeplejerskens kontor til de svære samtaler, eksempelvis i forbindelse med dødsfald, hvor de pårørende har brug for et sted at opholde sig. Men modtagelsessamtaler foregår som oftest på gangen, mens patienten endnu venter på at få en seng, og samtalerne med de pårørende fore-

går ligeledes her<sup>45</sup>. Sygeplejerskerne kan være nødt til at gå på kompromis med etikken og informere patienter, der er stærkt følelsesmæssigt påvirkede, midt i dette offentlige rum, hvor der tit er andre personer til stede. Sygeplejerskerne er således overladt til at tackle problematikken omkring rammerne for den svære informationsgivning ved enten at se stort på hensynet til patienternes eller de pårørendes eventuelle behov for privat-hed eller ved simpelthen at undlade at begynde på de følsomme samtaler<sup>46</sup>.

På den endokrinologiske afdeling lægger de også vægt på informationsgivning som en vigtig opgave – også for at kunne lægge en god plan.

”Vi går meget op i afdelingen som en helhed, at alle patienterne i det store og hele har nogle rigtig gode forløb, hvor de føler sig dels godt behandlere, men også velinformerede om, hvad der skal ske, og at de løbende bliver informerede under indlæggelsen” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:2).

Information handler også om at oversætte det, der er sket på stuegangen, når det nogle gange er gået lidt stærkt, og få medinddraget patienten i hvad der skal ske (interview med sygeplejersker, Herlev 2:5).

### 6.1.2 At danne sig et overblik og uddelegere

Med at danne sig et overblik mener sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling fx at varetage gruppelederfunktionen i de teams, de til daglig er inddelt i. De sørger således for, at de ting, der skal gøres ude hos patienterne, bliver gjort tilfredsstillende (interview med sygeplejersker, Herlev 1:2). De nævner også det at gå stuegang og få lagt en plan for patienterne, herunder at få orienteret patienterne om, hvad der skal ske.

---

<sup>45</sup> Følgende eksempel er fra observationsdata i forbindelse med modtagelsen af en yngre kvindelig patient, der for nylig har haft et hjertestop og er blevet genoplivet af sin mand. Ved ankomsten er hverken patienten eller hendes mand klar over, at hun med stor sandsynlighed skal have indopereret en ICD-pacemaker. De giver udtryk for, at de mest regner med et par undersøgelser og en hurtig udskrivning. Og så skal de ellers bare videre i livet. Det er derfor en vanskelig opgave for den modtagende sygeplejerske at skulle informere patienten og hendes mand om udsigten til et liv som hjertepatient og om den forandring af hverdagen, dette medfører, mens de sidder på gangen og endnu ikke har en stue. I første omgang giver sygeplejersken parret en række informationspjecer, de kan læse i, mens hun selv udfører formiddagens øvrige arbejde. Da hun senere vender tilbage til dem, finder hun patienten opløst i gråd og sætter sig ned hos parret og tager den svære samtale dér på gangen. Det er tydeligvis en ubehagelig situation for alle parter. Sygeplejersken presser efterfølgende flere gange i løbet af formiddagen på overfor sin koordinator for at få en seng til patienten, så hun kan komme på plads og der kan blive mere ro omkring hende. Først efter hun har siddet længe og grædt på gangen, får hun en stue og en seng. (observationsdata, Skejby).

<sup>46</sup> Da vi kommer hen til opholdshjørnet, sidder X, som er den kvindelige patients stuekammerat, og læser avis på en stol lige over for den kvindelige patients mand. Det er ikke noget oplagt sted at sætte sig ned for at snakke. X bliver siddende, da sygeplejerske Q kommer hen og sætter sig på hug ved manden. Q spørger ham om praktiske oplysninger, såsom forskellige telefonnumre: hjem til, på mobilen og på arbejdet. Så rejser hun sig op igen og står lidt akavet og kigger ned på ham, mens de snakker sammen. [udeladt] Q siger noget opmuntrende og går derfra. Da vi går ind i personalerummet, siger hun [til observatøren], at hun gerne ville have talt med ham om, hvordan han har det. Nu hvor han har genoplivet sin egen kone og det... ”Men der sad jo en patient overfor, og så var det ikke lige stedet ’at få ham til at krænge sin sjæl ud’, siger hun. ”Jeg kunne jo ikke bare verfe hende væk.” (observationsdata, Skejby).

Sygeplejerskerne på mave-tarm- og leverafdelingen fremhæver overblik over den enkelte patients forløb:

"Jeg vil så også sige overblikket, fordi jeg synes, det tit er os, der følger patienterne tættest og kan holde øje med, hvor de startede, hvad kom de ind med, hvor er de nu, og hvor er de på vej hen. At have overblikket over det, så de ikke drukner i et forløb... og de kom egentlig ind med, at de havde diarré, og nu er det blevet noget helt andet, jamen har de diarré stadigvæk, og, altså... er der kommet styr på det. Det overblik over patientforløbene, det synes jeg ikke er vores ansvar alene, men jeg synes, som det er nu, så er det vores vigtige opgave, en af vores vigtigste opgaver, fordi at det er tit det sker" (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 30).

Rollen som "tovholder" på patientforløbene handler for sygeplejerskerne om at bevare et overblik over den enkelte patients forløb, dvs. hvordan deres tilstand var, da de blev indlagt, hvordan den har udviklet sig, og om de er blevet behandlet for det, de blev indlagt for. Dette anses som nødvendigt, da der i koordinationen af den enkelte patients forløb er mange ting, som skal gå op i en højere enhed. Derudover handler det også om at have kontakten til pårørende og til en eventuel hjemmepleje. For at patienterne ikke skal "drukne" i deres forløb, er det sygeplejerskernes oplevelse, at der er et stort behov for, at de påtager sig ansvaret som tovholdere. Og selvom sygeplejerskerne ikke mener, ansvaret alene hviler på dem, men også på lægerne, så har de forståelse for, at de i kraft af deres tilknytning til afdelingen har bedre forudsætninger for at fungere som tovholdere sammenlignet med lægerne:

"... de [lægerne] har også andre steder, de skal være. Det er derfor, det er okay, at det tit er os, der er tovholder på patientforløbene." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:28).

Evnen til at planlægge dagen og bevare overblikket beskriver sygeplejerskerne som noget, man lærer efterhånden. De mener, det typisk tager et års tid eller to at lære, og selvom den første lange tid som sygeplejerske kan opleves som frustrerende og kaotisk, så giver det mere overskud, når man først har lært det. Der er dog stadigvæk dage, også for sygeplejersker med et par års erfaring, hvor det samlede overblik over dagen og om alle detaljer blev nået udebliver. Sygeplejerskerne fortæller, de har dage, hvor de oplever at gå hjem med følelsen af, at de har haft rigtig travlt, og at de har nået rigtig mange ting, men at overblikket over, hvad de har nået, og om de har nået alt dét, som var planen de skulle nå, røg undervejs. På disse dage oplever de det som utilfredsstillende at gå hjem fra arbejde:

"Man kan ikke engang rigtig finde ud af, hvad det er, man synes, der mangler, hvad man ikke har fået gjort. Man har bare sådan en fornemmelse af – og det gik stærkt, jo, jeg lavede noget, men hvad var det egentlig?" (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 12).

Andre dage er der bedre tid til at nå det hele, og det føles bedre at kunne gå med bevidstheden om, at man har nået de ting, man skulle:

"Men når man går ud af døren og har det sådan, at der kan godt møde en ind i morgen og overtage mit arbejde uden problemer, så jeg har fået rundet de ting af, jeg skulle have rundet af, og lavet de planer jeg skulle

have lavet. Det synes jeg er rart." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 12).

Selvom sygeplejerskerne anerkender administration og koordination som nødvendige, føles det ikke helt som 'rigtigt sygeplejerske arbejde':

"Man kan godt sidde efter en dag og: 'Hvad gik tiden med?' Fordi jeg synes egentlig ikke jeg var så meget ude hos den og den patient, og... hvad øh, pum pum, og så snakkede jeg lidt i telefon, og okay jeg snakkede faktisk rigtig meget i telefon og ringede og rykkede for dit og dat og – altså sådan... rigtig utilfredsstillende at gå hjem efter sådan en dag. Du har knoklet, men du har fornemmelsen af, du ikke har lavet en skid." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:11).

### **6.1.3 God patientkontakt**

God patientkontakt indebærer ifølge sygeplejerskerne, dels at patienterne informeres om, hvad der skal ske med dem, dvs. om planer for undersøgelser og behandling, at de bliver holdt ajour med deres forløb, og at sygeplejerskerne eventuelt oversætter det, som lægen har sagt til dem under stuegangen, dels at sygeplejerskerne lytter til, hvad patienterne siger, og at patienterne har medbestemmelse på deres forløb. Følgende uddrag handler om, hvad sygeplejersker mener det vil sige at lytte til patienterne:

"For eksempel når man skal i gang med at have sat noget hjemmepleje i gang: hvad er det de vil, og hvor realistisk er deres syn på deres egen kunnen på det område, (...) så man faktisk sidder og diskuterer med patienten, hvor man ikke bare siger: nå men du skal have det og det og så bare presser det ned over hovedet på dem." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:3).

Mangel på tid opleves som en barriere for at opnå denne gode patientkontakt. Sygeplejerskerne erkender, at de langt fra altid har tid til at etablere en god, tæt kontakt med patienterne, og at de er nødt til at prioritere deres tid. Hjemmeplejekonferencer ses som en måde at give patienterne tid til at udtrykke sig – som et forum, hvor der er afsat tid til at tale med patienten.

### **6.1.4 Medicin, behandling og observation**

Behandling drejer sig for sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling bl.a. om at give patienterne deres medicin, gå stuegang, sørge for at lægerne ser alle prøvesvar samt at der bliver lagt en god plan for patientens udrednings- og behandlingsforløb. For at kunne effektuere behandlingen kræver det bl.a., at sygeplejerskerne skaber sig et overblik over alle de ting, der skal gøres med patienterne, så arbejdet kan blive uddelegeret på bedst mulig vis. Dette overblik er indirekte med til at sikre en effektiv pleje og behandling. At lægge en god plan for patientens behandlings- og udredningsforløb ses også som en vigtig brik i sygeplejerskernes mulighed for bedst muligt at effektuere behandlingen. Uddeling af medicin til patienterne er tillige en del af effektueringen af behandlingen, og denne opgave er ligeledes et vigtigt led i en effektiv udredning og behandling.

Endnu en vigtig arbejdsopgave forbundet med at effektuere behandling er at observere patienterne. Sygeplejerskerne oplever, at deres observationer fører til behandling,



for hvis observationerne mangler, kan der ikke lægges den rette plan for patientens udrednings- og behandlingsforløb. Det at observere patienter indebærer flere ting. På et helt basalt plan handler det om at se på patienterne og være opmærksom på deres fysiske og psykiske tilstand. Får de nok ernæring, ser de triste ud, ser de meget blege ud, og er de blå om læberne er eksempler på noget af det, som sygeplejerskerne lægger mærke til i deres observationer af patienterne.

”Nogle af de ting, som jeg synes, at sygeplejersker er uovertrufne til, det er jo at observere. Deres evne til at se alt på 5 minutter, den er udpræget (...). Jeg tænker for eksempel på en travl aftenvagt, og sygeplejerskerne går rundt, og de ser alt, de ser om droppet lige fungerede, om der lige var noget i urinposen, om hvordan han sad, om han lige gik ud på toiletet, om sengen var ren – altså de ser alt, de har et røntgenblik; hvad sker der herinde, hvordan ser patienten ud, trak han vejret normalt, eller hvordan så han ud i forhold til i går – det kan de se på 5 minutter.” (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev: 15).

Sygeplejerskerne taler om, at de udfører ’kritisk’ eller ’opsøgende’ observation af patienterne. På dette observationsniveau handler det om at finde ud af, hvad der er på spil hos den enkelte patient i forhold til dennes sygdomssituation. Det handler også om at fremskynde behandlingsforløbet ved ud fra de konkrete observationer af patienten at argumentere for fx at få lavet en akut CT-scanning.

”Vi prøver måske i virkeligheden at stille vores små diagnoser inde i hovedet, inden de egentlig er kommet på bordet, og vi vil måske gerne have tingene går lidt hurtigere, end de i virkeligheden gør, fordi systemet er tungt: Denne her patient skal have noget væske. Ja okay, men patienten har ingen venflon, så vi skal vente på, at der kommer en og lægger den her... Eller patienten går og tilter til den ene side, men vi bliver nødt til at vente på en CT-scanning, selvom den burde være her nu. Og vi ved, når vi tænker den tanke, jamen hvis vi ikke kan få den igennem akut, jamen så går der 3-4 dage, inden den bliver lavet. Og så skal man til at tænke argumenter for, at den kan blive lavet akut.” (interview med sygeplejersker, Herlev 2:7).

Mave-tarm- og leverafdelingens sygeplejersker fremhæver også observation som en vigtig sygeplejerskeopgave og som noget af det, de som sygeplejersker er rigtig gode til: *”... vi er gode til at kigge på patienterne, og vi er gode til at se, hvad der ikke er normalt, eller hvad der ikke er godt for patienten.”* (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:7). At observere patienten handler ifølge sygeplejerskerne om at se, hvordan patienten har det og være opmærksom på ændringer i patientens tilstand. En stor del af deres observationer handler om at registrere, hvad der kommer *”ind”* og *”ud”* af henholdsvis mad, væske, opkast, urin og afføring<sup>47</sup>:

”Hvad kommer der ind, hvad kommer der ud, hvordan ser det ud?” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 40).

---

<sup>47</sup> Rapportlæsning: Sygeplejerske G og sygeplejerskestuderende A snakker om en patients afføring. Sygeplejerskestuderende A fortæller at hun har haft patienten i bad dagen før, og at der havde været lidt blod. Sygeplejerske G lytter, nikker og spørger ind til, om det var kitfarvet, hvortil A svarer nej. (observationsdata, Bispebjerg).

Sygeplejerskernes observationer kan også handle om at notere sig, hvorvidt patienten er oppegående eller har smerter, samt patientens mere psykiske tilstand, fx om patienten er glad, velbefindende, depressiv etc. Sygeplejerskerne bruger også deres observationer af patienterne til at give hinanden gode råd i forbindelse med rapportlæsningen om, hvordan man kan gå til de forskellige patienter.

Udover at sygeplejerskerne fremhæver observation som en af deres vigtigste opgaver, fremhæver de det også som en opgave, de som sygeplejersker er gode til. De mener, at de gennem deres uddannelse er socialiseret til at være opmærksomme på nogle andre ting end lægerne, fx ernæringsmæssige spørgsmål, og de fremhæver derfor deres observationer som et vigtigt led i patientforløbet. Forskellen på deres og lægernes observationer beskriver de som, at de som sygeplejersker nogle gange observerer de symptomer, lægen kan forklare. Fordi de som sygeplejersker "ser" ting, lægen ikke nødvendigvis ser. Derfor har de svært ved at forestille sig en stuegang, hvor lægen selv skal stå for det hele, og hvor der ikke er en sygeplejerske involveret.

### 6.1.5 Grundlæggende sygepleje

Med personlig pleje mener sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling at sørge for, at patienternes personlige hygiejne er i orden ved fx at hjælpe dem med at vaske sig, børste tænder, rede hår, smøre dem ind i creme mv. Der er imidlertid uenighed blandt nogle af sygeplejerskerne om, hvor vigtig varetagelsen af patienternes personlige pleje er. En sygeplejerske giver fx udtryk for, at hun synes, at behandlingen er vigtigere end den personlige pleje. En anden og mere erfaren sygeplejerske finder, at den personlige pleje er ligeså vigtig at udføre som behandlingen, fordi det er vigtigt, at patienterne føler sig veltilpasse.

"Selvfølgelig skal tingene udføres, men jeg synes, at patientens velbefindende er lige så vigtigt i et patientforløb som at blive behandlet." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:7).

På mave-tarm- og leverafdelingen handler en del af den grundlæggende sygepleje om at mobilisere patienterne, således at de ikke mister evnen til at klare sig selv efter udskrivelsen. Sygeplejerskernes bestræbelser på at mobilisere patienterne kommer fx til udtryk, når de opfordrer en patient til selv at hjælpe til med at vende sig i sengen, til selv at hjælpe til med at vaske sig, eller til selv at holde fx deres proteindrik<sup>48</sup>.

Hvad der for patienten umiddelbart kan virke som mangel på hjælp, kan derfor set fra sygeplejerskens side være et led i en bevidst strategi om mobilisering. Det er dog sygeplejerskernes egen oplevelse, at mobilisering er én af de opgaver, de nedprioriterer på de dage, hvor der ikke er personaleressourcer nok. Det betyder fx, at patienterne ikke kommer op at gangtræne, eller at det er sygeplejersken, der vasker patienten, i stedet for at patienten selv inddrages i vasken:

---

<sup>48</sup> Sygeplejerske D er ved at hilse på en patient, der er blevet overflyttet til afdelingen. Hun spørger patienten, om hun kan lide de proteindrikke, de har her på hospitalet, og om hun bedst kan lide noget med syrlig eller sød smag. Sygeplejerske D henter en proteindrik til patienten, som hun sætter på det lille bord, patienten har på skødet. Patienten tager ikke proteindrikken, men kigger blot på den. Sygeplejersken siger med bestemt stemme: "Jeg kan ikke holde den for dig, du skal selv holde den". (observationsdata, Bispebjerg).

"... hvis man havde en time, så kunne de måske klare at vaske sig selv langsomt, men nu har nursen altså kun lige 20 minutter, så bliver det nok lige hende, der klarer det hurtigt." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:13).

Ernæring er et andet element, som fylder meget i den grundlæggende sygepleje, der udføres på afdelingen:

"Der er meget ernæring, man er tvunget til – ret hurtigt – at få styr på. Både med sondemad og også grundlæggende ernæringsterapi, altså der skal man bare have styr på." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 39).

Der foregår en del registrering af patienters indtagelse af mad og drikke (væske- og kostregistrering). Det er målet, at der registreres i tre dage, hvorefter der skal der foretages tiltag, men i praksis foregår registreringen ofte længere, da registreringerne ofte er mangelfulde eller forkert udfyldt, og man må derfor registrere yderligere for at få et tre dages billede.

Mave-tarm- og leverafdelingens sygeplejersker anser selv afdelingen – i kraft af patienttyperne – for at være et sted med gode muligheder for at lære grundlæggende sygepleje, fx hvordan man sengebader, mobiliserer, ernærer eller behandler tryksår. Selvom grundlæggende sygepleje og fx sengebading ikke altid opleves som værende specielt prestigefyldt, så giver mange af mave-tarm- og leverafdelingens sygeplejersker udtryk for, at de finder det mere meningsfuldt at være hos patienterne frem for kun at have med koordination og dokumentation at gøre:

"Da jeg var færdig, der havde jeg det sådan lidt: Ej, jeg skal altså bare ikke gå og vaske røv resten af livet. Nu har jeg det sådan, at jeg foretrækker absolut at være ude ved patienterne." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:7).

En anden sygeplejerske taler om, at den nærkontakt med patienten, som fx et sengebading involverer, opbygger en vis tillid mellem sygeplejersken og patienten:

"Når du har været inde hos en patient, og vasket dem i måsen. Det er godt nok noget personligt og meget privat. Når du først har brudt den barriere, så bryder man altså også en masse andre personlige barrierer, som gør, at det er nemt at snakke sammen. Man får mange ting at vide, når man står og er hos dem og hjælper med det ene og det andet." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:7).

Det er dog langt fra altid, at sygeplejerskerne oplever, at der er tid til at være så meget inde hos den enkelte patient. Sygdom blandt personalet eller andre uforudsete hændelser kan eksempelvis bidrage til oplevelsen af, at:

"...normalt er der ikke så meget tid til at pusse-nusse, så skal det gå mere tjept." (sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

I perioder er der mange "*tunge*" patienter, dvs. patienter der skal have hjælp til de fleste basale funktioner og derfor er meget plejkrævende. Disse patienter skal sygeplejerskerne typisk være to om, fx for at kunne vaske og skifte ble. I perioder med mange af disse patienter kan den direkte patientkontakt føles mere som "*samlebåndsarbejde*":

”Så føler jeg, det bliver meget samlebåndsarbejde, der er ikke så meget – hvad skal man kalde det – så meget social kontakt til patienterne.” (sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

Derudover var der i observationsstudiet også nogen forskel på, hvor meget de enkelte sygeplejersker snakkede med patienterne, når de var inde hos dem. Mens nogle sygeplejersker er meget sludrende og pjatter med patienterne, er andre mere fåmælte i deres kontakt til patienterne.

### 6.1.6 Pleje og omsorg ud fra ”hvor patienterne er”

”Det er meget vigtigt, at de tager udgangspunkt i, hvor patienten er. For det er der stor forskel på, om man er 80 år, eller man er 26. Der er en verden til forskel.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:8).

At have et ideal om at tage udgangspunkt i den enkelte patient og møde patienten der, hvor vedkommende ’er’, er ikke et særegent fagligt ideal for nogen af de tre afdelinger. Det er snarere en del af den bredere sygeplejefaglige diskurs om, hvad god sygepleje bør være. Men diskursen italesættes som en del af arbejdet og bliver dermed til en del af afdelingernes ideal-faglighed. Spørgsmålet er så, hvorledes den enkelte sygeplejerske finder ud af, hvor patienten ’er’?

Afdelingssygeplejersken: ”Det kan man ikke, mener jeg, lige når man er nyuddannet. Det er noget, der kommer sådan i løbet af de første år, hvor man får en fornemmelse af, når man modtager patienten og sidder og snakker med dem, så får man sådan en eller anden fornemmelse af, jamen bare sådan rent – deres sprog, de spørgsmål de stiller, hvad de fortæller om deres sygdom. Er de totalt fornægtende og mener, det er noget pjat det her, eller er det helt modsat, at de får det til at lyde af mere, end det er, eller – altså alle de der ting, der ligger i det, når man snakker med en patient. Det er simpelthen det første møde, det er så vigtigt, at man forsøger at skyde sig ind på, hvad det er for en person, jeg sidder over for. Fordi der er jo personer – vi har jo bredt fra hele Jylland, og der er en verden til forskel på vestjyder og en århusianer for eksempel, ikke.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:8).

Sygeplejerskerne synes, at de kontinuerligt vurderer patienternes behov. Dette mener de at gøre ved at tale med patienterne, aflæse deres kropssprog og bruge deres egen intuition. Det er en opgave, som sygeplejerskerne ikke finder særlig svær. En sygeplejerske fortæller, at det er nemt at finde ud af, hvilke behov patienterne har, og hvad det er for nogle krav de stiller og ikke stiller til dem. Denne viden opnås ved fx at spørge til, hvad de oplever lige nu og grunden til deres indlæggelse. Patienternes behov vurderes også ud fra den måde, de taler til sygeplejerskerne, og ud fra hvilke forventninger de har til at være indlagt (interview med sygeplejersker, Herlev 2:3).

”Det er jo ikke så svært at vide, hvad patienterne har brug for. Fordi vi ved, at vi har nogle grundlæggende behov som mennesker, og det har vi alle sammen. [...] Vi har behov for at vi får noget at drikke, noget at spise, at vi kommer op og rører os lidt, at vi bliver vasket og føler os veltilpasse. [...] Så må man vurdere i hver enkelt situation, jamen hvor syg og dårlig er den her patient, hvor meget kan patienten magte.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:22).

Vurderingen af, hvor meget patienterne kan magte, foregår ved hjælp af det billede, sygeplejerskerne har af deres funktionsniveau. Der går ofte nogle dage, før de finder ud af, hvad det er for nogle vaner, patienten har. Nogle gange taler de med de pårørende om, hvad patienten er vant til, og på den måde får de informationer om patienten, der kan hjælpe dem til at vurdere patientens behov. Sygeplejerskernes vurderinger af, hvad patienten kan og ikke kan, og hvad patienten vil have godt af og ikke godt af, får i nogle situationer et maternalistisk udtryk [autoritær moderlighed]. Det kommer fx til udtryk ved, at sygeplejerskens spørgsmål til patienten fremstår retoriske, dvs. ikke er reelle spørgsmål<sup>49</sup>. Maternalismen viser sig altså ved, at sygeplejerskerne i nogle situationer påtager sig rollen som dem, der ved bedst. Det er også sygeplejerskerne, der vurderer, om patienten har behov for at etablere en tæt emotionel kontakt med en sygeplejerske. Eksempelvis når sygeplejersken vurderer, at en patient er angst for at dø, og at patienten har behov for at tale herom:

"Vi havde for nylig en yngre kvinde med en thyreoidea-cancer, som var noget overfladisk. Der var faktisk en af pigerne, som sagde: "Nu går jeg ind og prikker hul på ballonen, for det her går ikke", og hun er smadder dygtig til det, så hun gik ind og satte sig en halv eller en hel time på sengekanten og fik snakket med patienten. (...) Hun havde ikke erkendt sin sygdom, hun havde ikke erkendt, at den var progredierende, og hun havde slet ikke tænkt på, hvad hun skulle, når hun skulle ud af sygehuset. "Jamen hvor skal du leve din sidste tid" og alle de ting, der nu skal snakkes om. Og det viste sig faktisk, at patienten havde et rimeligt stort behov for at tale om de ting, men havde heller ikke selv turde tage hul på dem." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev: 29).

At yde omsorg over for patienterne indebærer ifølge sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling at hjælpe dem med at klare deres personlige pleje, at spise, mobilisere dem, holde kontakt med deres pårørende og ordne forhold i forbindelse med hjemmepleje mv. Omsorg handler også om at være i stand til at observere, hvilke ressourcer og muligheder patienten har for dermed at kunne give (vedkommende) individuel pleje. Til dette bruger sygeplejerskerne deres kliniske blik, og ved at se på personen får de hurtigt en fornemmelse af, hvad det er for en type patient, de har med at gøre. Desuden forstås omsorg også som det, at sygeplejerskerne skal være gode til deres arbejde, således at patienterne kan føle sig trygge ved, at de rent faktisk får den rigtige medicin eller de rigtige undersøgelser.

Omsorg er for afdelingssygeplejersken lig med at have direkte patientkontakt. Her handler det om at kommunikere med patienten om vidt forskellige emner, at være hos patienten og give basisydelser omkring det fysiske, at være der, hvis patienten har lyst eller brug for at tale om noget, og at give patienten information om sit kliniske forløb. Med andre ord italesættes omsorg som det at kunne se patienten som en helhed (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:28-29).

---

<sup>49</sup> "Har du mod på at komme op og sidde i en stol?" spørger sygeplejersken. "Nej", afviser patienten. Du ville have godt af det. Det behøver ikke være mere end 1 time, så kan du komme op i sengen igen. Vil du have stolen herhen? Sygeplejersken hjælper patienten op at sidde i stolen. Patienten er tydeligvis ikke fornøjet ved at skulle sidde op. (observationsdata, Herlev).

## 6.2 At være en 'rigtig' sygeplejerske

Der blev også i interviewene spurgt til, hvornår sygeplejerskerne føler sig som 'rigtige sygeplejersker'. En sådan situation er, når patienterne bliver glade for at se dem. De føler sig også som 'rigtige' sygeplejersker, når de får patienter og pårørende til at føle sig bedre tilpas, på trods af at de er indlagt. Dette er i tråd med, hvad der gør dem stolte af at være sygeplejersker: at gøre en forskel for patienterne, at få dem til at få det bedre, at være i tæt kontakt med dem, at hjælpe dem med at tage deres medicin og dermed at gennemføre deres behandling. Omvendt giver de udtryk for ikke at føle sig særlig stolte, når de kommer hjem efter en travl dag, hvor de ikke har haft tid til at være ude hos patienterne, men i stedet har tilbragt størstedelen af deres tid inde på kontoret. Det giver dårlig samvittighed, fordi de synes, at de negligerer patientens problemer.

En anden situation, hvor sygeplejerskerne føler sig som 'rigtige' sygeplejersker, er, når de har gjort sig visse observationer angående en patient og det viser sig, at de er rigtige – forstået som at patienten faktisk fejler det, sygeplejersken gennem sine observationer er kommet frem til. Dette opleves som et skulderklap; som at sygeplejersken har *"gjort et eller andet rigtigt"*. Det samme gør sig gældende, når sygeplejersken via sine observationer er i stand til at forudsige en potentiel diagnose eller akut situation og handler på dette ved at gøre de ting, som afdelingen plejer at sætte i værk i forbindelse med en sådan diagnose eller akut situation.

"Også det der med at man kan forudsige nogle ting. At man kan se: hold da op, det kunne være vi lige skulle måle et blodtryk, når man så ringer til lægen, siger denne: Har I?, vi har også taget EKG, og vi har målt blodtryk, og vi har lagt en nitroglycerin ind under tungen, og vi har næsten også ringet til kardiologerne.(...) Vi har gjort alle de observationer, vi skal, og vi har tænkt i den rigtige retning, og det så viser sig at: jamen den her patient havde faktisk optræk til et AMI eller..." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:34).

En af sygeplejerskerne føler sig som en 'rigtig' sygeplejerske, når hun står fast på de observationer, hun har om patienten og med dem i baghovedet forholder sig kritisk til lægens diagnosticering ved her at insistere på endnu et lægetilsyn af patienten.

"Selv om der havde været en læge inde og se på patienten, så sagde jeg: Jamen det er ikke godt nok, [...] de måtte komme og se på patienten igen. Patienten havde faktisk tarmslyng. Og der havde de været inde og sige: Der var naturlige tarmlyde. Ja, men det kunne bare ikke passe med de observationer jeg gjorde. [...] Der synes man måske også, man gjorde en forskel." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:35-36).

Det, der fylder mest i sygeplejerskerne identitetsarbejde, er deres bidrag til behandlingen. Helt konkret vil det sige deres observationer af patienterne og effektueringen af de medicinske beslutninger. Sygeplejerskerne reflekterer på baggrund af deres observationer over patienternes patologiske udviklingsforløb og stiller for sig selv tentative medicinske diagnoser. Når disse diagnoser viser sig at være korrekte, føler de sig som 'rigtige' sygeplejersker. Men også den nære patientkontakt fylder meget. Sygeplejerskerne oplever dog ofte, at betingelserne for at opnå en nær patientkontakt er vanskelige på

grund af eksempelvis den uforudsigelige hverdag, arbejdspress og manglende personligt overskud til at være tæt på patienten.

### 6.3 Diskussion: Den lokal-faglige identitet

Der er både en række ligheder og forskelle i sygeplejerskernes svar på, hvad deres vigtigste arbejdsopgaver er de tre afdelinger imellem. På to af afdelingerne nævnes information (hjerter og endokrinologisk) og at få patienterne til at føle sig trygge (hjerter og mave-tarm- og lever). På den endokrinologiske afdeling er forestillingen om tryghed formuleret som henholdsvis en god kontakt og omsorg og pleje ud fra, hvor patienterne er. Overblik og observation nævnes også på to af afdelingerne (endokrinologisk og mave-tarm- og lever). Det var kendetegnende, at spørgsmålet var svært at svare på for sygeplejerskerne – specielt på den endokrinologiske afdeling og mave-tarm- og leverafdelingen, hvor sygeplejerskerne generelt har en lavere anciennitet end på hjerteafdelingen. Dette kan selvfølgelig hænge sammen med, at det er svært at prioritere sit svar, når så mange typer opgaver varetages. Samtidig tyder sygeplejerskernes mere klare svar på hjerteafdelingen på, at det også er et spørgsmål om faglig modenhed at kunne prioritere sit svar. De har nemlig ikke har færre typer af arbejdsopgaver på hjerteafdelingen.

Spørgsmålet er, om sygeplejerskernes definition af deres vigtigste opgaver afspejler en lokal ideal-faglig identitet. Der synes delvist at kunne argumenteres herfor. Der kan således argumenteres for, at jo mere fagligt specialiseret den praktiserede sygepleje er, jo mere kommer der vægt på information som en central opgave. At overblik ikke nævnes på hjerteafdelingen, men på de to øvrige afdelinger, kan ses som en lokal forskel, der hænger sammen med plejeformen, da sygeplejerskerne her i modsætning til de to øvrige afdelinger ikke har gruppelederfunktion. Omvendt fylder vigtigheden af en god kontakt med patienterne i svarene på alle tre afdelinger og må således anses for at være en del af den mere generelle sygepleje ideal-faglighed.

Der kan også argumenteres for, at der afspejles et skisma mellem på den ene side at definere sygeplejerskernes vigtigste opgaver og dermed deres faglighed som et selvstændigt fagligt område, hvor de fx giver en indholdsmæssigt anden information end lægerne. Skismaet forstærkes af arbejdets organisering, der dels gør, at sygeplejersken fungerer som lægens forlængede arm, dels gør at sygeplejersken fungerer som tovholder. Pleje- og omsorgsidentiteten synes således primært at være oversat til at holde patienterne rene, mætte og velinformerede. Den selvstændige sygeplejeidentitet (der kan noget andet end lægerne) synes derudover at medføre fokus på ernæring (oversat til brugen af proteindrikke), afføring (frekvens og farve) og vurdering af behov for fysioterapi.

I næste kapitel diskuteres sygeplejerskernes arbejdsopgaver i hverdagen under observations- og tidsregistreringsstudiet.





## 7. Sygeplejerskernes arbejdsopgaver og tidsanvendelse

I dette kapitel diskuteres sygeplejerskernes arbejdsopgaver og tidsanvendelse på tværs af de tre undersøgte afdelinger, og hvilken betydning opgaverne har for sygeplejerskernes fagidentitet. Det skal indledningsvis understreges, at hvor observationsstudiet bygger på observation af samlet set 30 fortrinsvis dagvagter, så bygger tids- og opgaveregistreringsstudiet på et mindre studie af 9 dagvagter.

### 7.1 Sygeplejerskernes tidsanvendelse

At registrere sygeplejerskernes anvendelse af deres komplette arbejdstid i løbet af en dagvagt er et forholdsvis uopdyrket område og har derfor indebåret en del udviklingsarbejde. I den forbindelse er der taget udgangspunkt i erfaringer og opgavekategorier fra to andre gennemførte tidsregistreringsstudier. Disse vil indledningsvis blive præsenteret.

#### 7.1.1 'Discovering what nurses do'

På universitetet i Missouri-Columbias afdeling for sygeplejeforskning gennemførte en gruppe i 1987 et tidsregistreringsstudie af sygeplejerskers arbejde. Resultaterne af studiet er publiceret i en artikel i tidsskriftet *Nursing Management*. Artiklen argumenterer for, at man i studiet af, hvad sygeplejersker laver, skal bruge forskellige typer af teknikker, da mange ting påvirker sygeplejerskers måde at udfylde deres rolle på (Watson 1991:38). Studiet har haft fokus på at observere følgende fænomener: 1) typer af funktioner, 2) mundtlig og skriftlig kommunikation, 3) aktiviteter, 4) tid brugt på de forskellige adskilte funktioner samt 5) kontekstmæssige karakteristika (Watson 1991: 38). Observationerne blev gennemført af to erfarne sygeplejersker ('master's-prepared, experienced nurses')<sup>50</sup>. Der blev i alt gennemført 208 observationer af hver tre timers varighed (Watson 1991:38).

Det at registrere, hvor lang tid hver aktivitet tager, samt hvor mange gange aktiviteten forekommer, har gjort det muligt at få et billede af, hvor opsplittet sygeplejerskernes hverdag er, da det har været muligt at se, hvor lang tid, dvs. hvor meget uafbrudt tid, der har været anvendt på de enkelte aktiviteter.

Ifølge undersøgelsen optog direkte patient pleje den største andel af arbejdstiden, nemlig 26 %. Pauser optog 12 % af arbejdstiden, mens de øvrige aktiviteter alle optog under 10 % af arbejdstiden, fx aktiviteter vedrørende medicinsk behandling (9 %), supervision eller assisterende af kolleger (6 %) eller psykoemotionel support til patienter (4 %).

De observerede sygeplejersker brugte over en tre timers periode i gennemsnit 20,89 minutter på fysisk pleje af patienterne (en underkategori af kategorien direkte pleje). I gennemsnit udførte de dog denne aktivitet 14,56 gange i løbet af en tre timers periode.

---

<sup>50</sup> De to sygeplejersker gennemgik et 10 dages introduktionsforløb til projektets problemstillinger før gennemførelsen af observationerne (Watson 1991:38).

Dette betyder, at når den fysiske pleje blev udført, så varede den i gennemsnit kun 1,39 minutter af gangen, før den blev afbrudt af en anden aktivitet. Så selvom den fysiske pleje er en af de aktiviteter, sygeplejerskerne bruger mest tid på, så udføres aktiviteten på en meget opsplittet måde (Watson 1991:39). Omvendt ligger mødeaktiviteter på 1. pladsen (12,77 minutter) over aktiviteter, der udføres længst tid af gangen uden afbrydelser. '24 chart check' ligger på 2. pladsen (12,13 minutter) og transport af udskrevne patienter på 3. pladsen.

### 7.1.2 Stykevis og helt

Det norske SINTEF har gennemført et tids- og opgaveregistreringsstudie baseret på skandinaviske forhold. I dette studie har sygeplejerskerne registreret deres tids- og opgaveforbrug i 763 vagter efter et udleveret skema.

Dette tids- og opgaveregistreringsstudie viste bl.a., at sygeplejerskerne opgiver i gennemsnit at bruge 82 % af deres tid på patientbehandling, som dækker såvel direkte patientkontakt, forberedelser, efterarbejde samt patientadministration. Heraf har sygeplejerskerne registreret i gennemsnit 56 % af tiden på direkte patientkontakt og i gennemsnit 26 % på patientadministration. Omkring 40 % af arbejdstiden har sygeplejerskerne registreret, at de bruger tid på sygeplejetiltag, medicinering, prøvetagning eller rapport. Det viste også, at sygeplejerskerne bruger næsten lige så meget tid på deres egen faglige udvikling som på undervisning og vejledning af andre (ca. 5-6 %), og at omkring 3 % af arbejdstiden anvendes på personalearbejde. Omkring 7 % af arbejdstiden går til det, forfatterne kalder 'husholdningsopgaver'.

Det skal nævnes, at sygeplejerskerne i en relativ stor del af vagterne ikke har registreret tid anvendt til 'pauser og beredskab' (Vareide 2001:34). Rapportens forfattere tilskriver dette en systematisk underregistrering af denne form for aktiviteter. Efter følge-observationer af sygeplejerskerne er det samtidig forfatterne indtryk, at sygeplejerskernes hverdag var meget opsplittet og med mange afbrydelser. Dels fordi de ofte svarede på spørgsmål fra patienter, pårørende og kolleger, dels fordi de måtte ændre på rækkefølgen af deres arbejdsopgaver på grund af ændringer andre steder – og ikke mindst fordi nye behov opstod eller blev afdækket, efterhånden som rækkefølgen ændredes. Det er også forfatterne indtryk, at sygeplejerskerne brugte mere tid på koordination, end det fremgik af tids- og opgaveregistreringen, idet der i en stor del af tiden foregik en, hvad forfatterne beskriver som *"kontinuerlig udveksling av informasjon og beskjeder, både av sykepleiefaglig og mer administrativ art."* (Vareide 2001:33). Det samme gør sig gældende for observation og husholdningsopgaver, idet også disse typer handlinger udføres kontinuerligt og ind imellem de øvrige opgaver. Sygeplejerskerne observerer således ikke kun patienterne, men bruger også deres observationer til at danne sig et overblik over, hvem der gør hvad og hvornår på afsnittet.

## 7.2 Hvilke opgaver varetager sygeplejerskerne?

Kendetegnende for de opgaver, sygeplejerskerne udfører på de tre undersøgte medicinske afdelinger, er, at der er tale om en bred variation i opgavetyper. I SINTEF-rapporten konkluderede forfatterne, at den brede sygeplejerskerolle kan give anledning til stress og psykisk belastning i arbejdet, idet sygeplejerskerne oplever, at deres arbejdsopgaver er meget fragmenterede, og at de skal udføre mange funktioner samtidig. Eller sagt på

en anden måde: "*når man skal gøre alt, går det utover alt man skal gøre.*" (Vareide 2001:71). Ifølge rapporten fremhæver sygeplejerskerne selv, at den brede sygeplejerskerolle er en styrke, og at den giver positiv variation i arbejdet, men samtidig at den bevirker, at der ikke er tid nok til at varetage patienternes behov for pleje. Der eksisterer ifølge rapporten en kløft mellem på den ene side sygeplejerskernes egne ønsker og forventninger om at udføre psykosocial omsorg til patienterne og en helhedsorienteret sygepleje og på den anden side deres muligheder for at udføre denne type arbejde på sygehuset. Forfatterne sammenfattede de opgaver, sygeplejerskerne udfører i tre funktioner (Vareide 2001:72), der består af: pleje og psykosocial omsorg, administration og koordinering samt medicinsk behandling. Og det er altså pleje og psykosocial omsorg, sygeplejerskerne ikke oplever at have tid nok til.

Dette er genkendeligt på de tre afdelinger, der indgår i denne undersøgelse. Vores formodning er, at det hænger sammen med det daglige arbejdspress, som sygeplejerskerne oplever at have. Vi formoder samtidig også, at det hænger sammen med sygeplejerskernes dagligdags klassifikation af, hvad der er rigtige og mindre rigtige sygeplejerskeopgaver. Klassifikationer, som tydeligt hænger sammen med sygeplejerskernes generelle ideal-faglige identitet, hvor det er plejen og omsorgen, der er sygeplejens kerneområder og ikke behandlingen, som jo er noget, sygeplejerskerne delvist gør for lægerne, og heller ikke administration og koordinering, som er noget, de delvis gør for 'systemet', fordi der ikke er andre, der gør det.

### 7.2.1 Mangefacetterede opgaver

Realiteten på sygehusafdelinger som de tre undersøgte er dog, at disse andre typer af opgaver er blevet meget centrale i sygeplejerskernes daglige arbejde, og ikke kun pleje og omsorg fylder i sygeplejerskernes refleksioner over deres vigtigste arbejdsopgaver. Sygeplejerskerne opfatter således deres bidrag til behandlingen som central og anser deres rolle i forbindelse med overblikket over patientforløbet for at være vigtig (se kapitel 6).

Sygeplejerskerne varetager dog også andre former for opgaver. Ifølge udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet har sygeplejersker fire hovedgrupper af funktioner: 1) at udføre sygepleje, 2) at lede og koordinere sygepleje, 3) at formidle sygepleje og 4) at udvikle sygeplejen (Udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet inden for sundheds- og plejesektoren 1995). Er fokus på sygeplejerskernes daglige praksis, folder der sig en vifte af opgavetyper ud. Overordnet set mener vi således på baggrund af observationsstudierne, at sygeplejerskerne varetager opgaver, der spænder over følgende opgavetyper:

- ◆ **Behandlings- og medicinopgaver.** Deltage i behandlingskonferencer med lægerne og eventuelt andre faggrupper. Ophældning af medicin, givning af medicin, IV- (intra venøs) medicin, slå op i lægemiddelkatalog, tjekke ordinationer, afklare ordinationer med læge, udfylde medicinskema ved udskrivelse. Lægge og aftage venflon (kanyle i hånden til drop).
- ◆ **Overvågningsopgaver.** Observation af patienters ansigts- og kropskulører, observation af generel tilstand, måling af patienters temperatur og blodtryk, saturation (iltmætning i blodet), blodsukker, hjerterytme og vejning af patienter.

- ◆ **Personlig pleje og hygiejneopgaver.** Sengevaske patienter, hjælpe patienter med at bade på badeværelset, hjælpe på toilettet. Skifte ble. Bringe og tømme bækkener, skifte sengetøj, redde seng. Hente håndklæder og rent tøj til patienterne. Vurdere behov for pleje eller madras, der forebygger liggesår.
- ◆ **Sårplejeopgaver.** Skifte forbindinger.
- ◆ **Mobiliseringsopgaver.** Hjælpe patienter med at komme op at sidde, hjælpe patienter med at komme op og gå, hjælpe patienter med at gøre ting selv, bestille portørhjælp, vurdere behov for fysioterapi eller ergoterapi.
- ◆ **Tovholderopgaver.** Koordinere samarbejdet med læger, fysioterapeuter og andre, deltage i stuegang, vente på læger. Bestille portører til interne kørsler, tjekke at det lægerne har besluttet også er blevet bestilt, bestille blodprøver, bestille rene senge, skaffe sengepladser til patienter. Flytte rundt på patienter fra en sengestue til en anden. Samarbejde med hjemmeplejen, andre afdelinger på sygehuset og andre sygehuse. Bestille madpakke til ældre patienter, der udskrives.
- ◆ **Informationsopgaver.** Informere læger om deres observationer og overvågningsresultater, informere andre samarbejdspartnere. Informere patienter om deres diagnose(r) eller mulige diagnoser, om forestående undersøgelser og behandlinger, om planlagt udskrivelse, om kommende egen vurdering eller behandling i hjemmet.
- ◆ **Ernæringsopgaver.** Ernæringscreening af patienter, kost- og væskeregistrering, tilbyde proteindrikke, give sondemad, saltvands- og sukkervandsdrop.
- ◆ **Lytte- og lindreopgaver.** Indgå i samtaler med patienter og pårørende om ting der bekymrer, smerter, lytte til patienter og pårørende fortælle om deres angst.
- ◆ **Patientadministrationsopgaver.** Udfylde skemaer, papirarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse af patienter, færdigmelde patienter.
- ◆ **Dokumentationsopgaver.** Opdatere sygeplejeturnalen.
- ◆ **Værtindeopgaver.** Modtage og tage afsked med patienter og pårørende. Hjælpe patienter på plads på sengestuen. Hyggesnakke med patienter og pårørende. Hjælpe patienter med at telefonere. Vise rundt på afdelingen. Tilbyde og finde videofilm til patienter, sørge for hjemtransport.
- ◆ **Serviceopgaver.** Komme når patienter kalder. Hente drikkevarer. Hente mad. Fylde op i skabene på patientstuerne. Klargøring af buffetvogn til måltider.
- ◆ **Rengøringsopgaver.** Rengøring og klargøring af sengepladser, oprydning i skylle- rum, tømning af skraldespande.
- ◆ **Uddannelsesopgaver.** Oplære sygeplejerskestuderende.

Hvor mange af ovennævnte arbejdsopgaver, den enkelte sygeplejerske konkret varetager i løbet af en dagvagt, afhænger af forhold som organiseringen af plejeformen, arbejdsdeling med andre faggrupper, og de patienter hun har den pågældende dag. Om hun fx skal modtage og/eller udskrive patienter, om hun har patienter, der skal af sted til undersøgelser eller behandlinger, og om hun vurderer, at hendes patienter har behov for omsorg i form af at sætte sig ned og lytte mv. I observationsstudierne var det dog almindeligt, at sygeplejerskerne varetog en bred vifte af opgaverne i løbet af en dag-

vagt. Og alle opgavetyper praktiseres på alle tre afdelinger. Inden for kategorierne er der dog forskel på, hvor meget de enkelte opgaver fylder. Således var det kun på hjer-teafdelingen, at overvågning af hjerterytme var en almindelig opgave, og vejning af patienterne var mest udbredt på mave-tarm- og leverafdelingen og på hjer-teafdelingen, hvor mange patienter var i behandling med vanddrivende medicin. Bleskift og forebyg-gelse af liggesår var mest udbredt på endokrinologisk afdeling og på mave-tarm- og leverafdelingen, hvor der var indlagt flest svage ældre patienter. Her handler det meget af tiden om at hjælpe patienterne med det, de ikke selv kan gøre<sup>51</sup> i forbindelse med deres basale fysiske funktioner såsom at blive vasket, få skiftet ble, komme på toilettet, få noget mad, få skiftet sengetøj etc. Hvor meget sygeplejersken skal hjælpe med, afhænger af, hvor selvhjulpnen patienten er, dvs. hvor mange af de fysiske funktioner han eller hun selv kan udføre.

### 7.2.2 Arbejdet med at være kollega og ansat

Udover de mere såkaldt patientrettede opgaver varetager sygeplejerskerne også andre former for arbejde. Der er fx det interkollegiale arbejde, som eksempelvis består i føl-gende:

- 1) Erfaringsudveksling om procedurer, måder at gøre og bestille ting på, om oplevelser med patienter, om oplevelser med læger og andre faggrupper.
- 2) Løbende orientering om, hvor kollegaerne er opgavemæssigt og følelsesmæssigt. Gensidig løbende orientering om familie- og privatliv.
- 3) Fælles spisepauser når dette er muligt.

Disse former for arbejde er med til at få hverdagen til at glide og bidrager ofte til isce-nesættelsen af plejegruppen som et afdelings 'vi' og som et 'socialt fællesskab', der handler om andet og mere end at udføre konkrete arbejdsopgaver. Ind imellem giver det interkollegiale samarbejde dog også anledning til en intern differentiering i gruppen, eksempelvis når social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere diskuterer, hvorfor *"sygeplejersker ikke kan finde ud af at rydde op efter sig"*. I sådanne situationer omtaler social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere sig selv som et 'vi', der er anderledes end sygeplejerskerne.

Hertil kommer det arbejde, der er forbundet med at være ansat på afdelingen og med at holde sig selv fagligt ajour. Arbejde, som eksempelvis består i at:

- ◆ Deltage i personalemøder (plejepersonalet på afdelingen).
- ◆ Deltage i bredere medarbejdermøder.
- ◆ Deltage i medarbejderudviklingssamtaler.
- ◆ Deltage i afdelingsrelateret undervisning.
- ◆ Deltage i sygehusrelateret undervisning eller temadage.
- ◆ Deltage i eksterne kurser og konferencer.
- ◆ Læse i mapper og tidsskrifter.

---

<sup>51</sup> Eller som antropologen Jenny Littlewood udtrykker det: *"the doing for others who are not able to do for themselves."* (Littlewood 1991:177).

Generelt fyldte disse sidstnævnte opgavetyper ikke så meget i observations- og tidsregistreringsstudierne, bl.a. fordi vi havde valgt at følge 'almindelige arbejdsdage'. Afdelingerne fremstod dog som forskellige i observationsstudierne, hvad angik disse aktiviteter. På hjerteafdelingen var der således dagligt små personalemøder i forbindelse med frokosten, og på den endokrinologiske afdeling var der en del, der om eftermiddagen "gik fra" for at deltage i temamøder.

### 7.3 Hvilke opgaver varetager afdelingssygeplejerskerne?

Afdelingssygeplejerskerne på alle tre afdelinger er ansvarlige for den daglige drift, herunder at der ikke er overforbrug af personaleressourcer i forhold til personalenormeringen. Afdelingssygeplejersken er derudover ansvarlig for personaleledelse. Hun udarbejder vagtplaner, "kører løn", ajourfører lønsystemet med oplysninger om ændringer i form af fx flyttede fridage, overarbejde eller sygdom. Der er ikke "fast rulleplan", og der er fx kun én af personalet, der kører i en helt fast plan – fast aftenvagt på mave-tarm- og leverafdelingen, så det tager ca. 7 timer at udarbejde tjenestetidsplanen. I dette arbejde skal der bl.a. tages højde for erfaring, hvem der endnu ikke går stuegang, hvilke dage personalet ikke kan være i aftenvagter, fordi de fx er til faglig vejledning om eftermiddagen, hvilke temadage de har og deres arbejdsmæssige og personlige forhold samt ønsker om konkrete fridage. At udarbejde tjenestetidsplanen er en opgave, hvor det også handler om at "prøve at sidde og dele sol og vind sådan lidt lige" (interview med afdelingssygeplejersken, Bispebjerg:16).

På den endokrinologiske afdeling er der tre afdelingssygeplejersker. De har delt de forskellige arbejdsopgaver og ansvarsområder op imellem sig. Den ene har et halvt afsnit på den ene side med ca. 14 patienter og ansvar for alt omkring vagtplaner, løn, fremmøde, kvalitetssikring, akkreditering og KOL-patienter. Den anden har ansvar for studieenheden, dvs. alt omkring de sygeplejestuderende, praktik, ernæring og afdelingssygeplejerskerådet. Den tredje afdelingssygeplejerske er den, vi har interviewet. Hun har ansvar for den side af afdelingen, hvor de endokrinologiske patienter ligger, det endokrinologiske og diabetesambulatorium samt dagshospitalet<sup>52</sup>. Fordelingen af opgaver imellem de tre afdelingssygeplejersker betyder, at plejepersonalet har måttet vænne sig til, hvem de skal gå til med hvad. De har sat sedler op og udleveret sedler til personalet om, hvem der varetager hvad. Ind i mellem må afdelingssygeplejerskerne dog stadig henvise til hinanden. Fx henviser afdelingssygeplejerske 3 til afdelingssygeplejerske 1, hvis der kommer et spørgsmål om vagtplanen. Afdelingssygeplejerske 3 har 26 medarbejdere, hvoraf de 7 er ansat i ambulatorie- og daghospitalsfunktioner. Hun står for al intern undervisning i afdelingen, og hun afholder MUS-samtaler. Afdelingssygeplejerskerne har to faste møder om ugen med hinanden. Hver 14. dag mødes de også med deres oversygeplejerske. Afdelingssygeplejerske 3 er ansat på deltid på den endokrinologiske afdeling (30 timer om ugen). De resterende 7 timer (op til en fuldtidsstilling) er hun ansat i sygehusets udviklingsafdeling, hvor hun står for KICK-kurserne. KICK står

---

<sup>52</sup> Fra 1. marts 2005 er konstruktionen ændret således, at der er ansat en afdelingssygeplejerske til at lede diabetesambulatoriet og dagshospitalet. Der er derfor nu i alt 4 afdelingssygeplejersker i Afdeling J.

for Kvalitet, Introduktion, Coaching og Kompetence og er kurser for alle nyuddannede sygeplejersker på Amtssygehuset i Herlev<sup>53</sup>.

Personaleledelse praktiseres på lidt forskellig måde på de tre afdelinger. På alle afdelinger yder afdelingssygeplejersken ind mellem supervision af personalet og gennemfører årlige medarbejderudviklingssamtaler med alle i personalegruppen, der har været der 1 år eller mere. Afdelingssygeplejersken på hjerteafdelingen gør meget ud af løbende at interessere sig for sine medarbejdere. Hun ved, hvor mange børn de har og kender deres navne. Hun holder sig også orienteret om deres familiemæssige situation og deres betydning for fx vagtarbejde, således at hun kan tage individuelle hensyn, når hun lægger vagtplaner. Hun har også ugentlig kontakt med dem, der er sygemeldt over længere tid.

Hendes primære arbejdsopgaver anser hun for at være, at patienten i bund og grund har det godt. Dette gør hun ved at sørge for, at personalet er veluddannet, velinformerede og glade for at gå på arbejde. Hermed mener hun, at patienten får den bedste sygepleje. Når man er glad for at gå på arbejde, synes man får brugt sine kompetencer, sin faglige viden og har backup både hos sin chef og sine kolleger, så smitter det gode engagement også af til patienten:

"Jeg mener sagtens, at man kan udføre nogle basisfunktioner, selvom man har en dårlig dag, og man er træt af at være på arbejde. Patienter er jo ikke dumme, de hører også alt, hvad der foregår i krogene og skylle-rummene. De kan sagtens høre, hvad der foregår. At få sådan en sur madamme ind, så spørger patienten heller ikke så meget, fordi de ved godt, at man 'uha' skal sandelig ikke spørge om noget her. Hvorimod kommer der en glad medarbejder ind: "Goddag Fru Olsen, hvad kan jeg gøre for dig", jamen så har man lyst til at fortælle, hvordan man reelt har det, og man har måske også nemmere ved at komme ud af sengen." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:3).

Hendes hverdag handler også ifølge hende selv om meget socialt. Om at få spurgt ind til, hvordan den enkelte medarbejder har det, om der er noget, de skal gennemgå i dag, og om der er nogle ting, hun skal hjælpe med.

"Vi gør meget ud af at sige til pigerne: "Hvis der er noget, du ikke kan, eller hvis du får lavet en fejl, så kom og sig det. Der er ikke nogen, der får hugget hovedet af, men vi kan ikke gøre det bedre næste gang, vi kan ikke lære, vi kan ikke hjælpe dig, hvis du ikke kommer og siger, der er noget, du ikke kan." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:3).

Afdelingssygeplejersken på mave-tarm- og leverafdelingen ser det at holde overblik over patientforløbene og holde øje med, at der er styr på det sygeplejemæssige i behandlingen som noget, hun prioriterer højt. Og hun ses i observationsperioden ofte i gang med konkrete patientrettede opgaver. Overlægen har kun været et år på afdelingen. Udover afsnitsledelsesarbejde og stuegang på afdelingen, som han går ca. tre gange om ugen,

---

<sup>53</sup> Kurset består af 10 kursusdage og 9 formiddage med sygeplejefaglig vejledning. Nyuddannede social- og sundhedsassistenter kommer på et lignende, men mindre omfattende kursus.

har han også ambulatoriepatienter, og en gang om ugen skoperer han patienter både fra mave-tarm- og leverafdelingen og fra andre afdelinger.

Derudover er der en række andre ledelsesmæssige opgaver. Afdelingssygeplejersken på hjerteafdelingen har tæt kontakt med den uddannelsesansvarlige, den kliniske vejleder (som har *”styr på de studerende”*) og de dokumentationsansvarlige. Nogle gange fungerer hun også som ’koordinator’ af dagens aktuelle aktiviteter. Hun mødes mindst en gang om ugen med sin oversygeplejerske, og hun deltager i de ugentlige afdelings-sygeplejerskemøder. Det månedlige møde med rengøringsfirmaet ISS, hvortil rengøring er udliciteret, deltager hun også i. Hun sidder i styregruppen på projektet om at indføre elektronisk patientjournal på afdelingen og arbejder med balanceret målstyring, ligesom hun deltager i møder i det sygeplejefaglige råd, i afdeling B's fokusområde om sygeplejeforskning og en række andre møder. Der er ingen souschef-funktion, men til daglig fungerer en sygeplejerske som koordinator af patientarbejdet.

#### **7.4 Resultaterne af tids- og opgaveregistreringsstudiet**

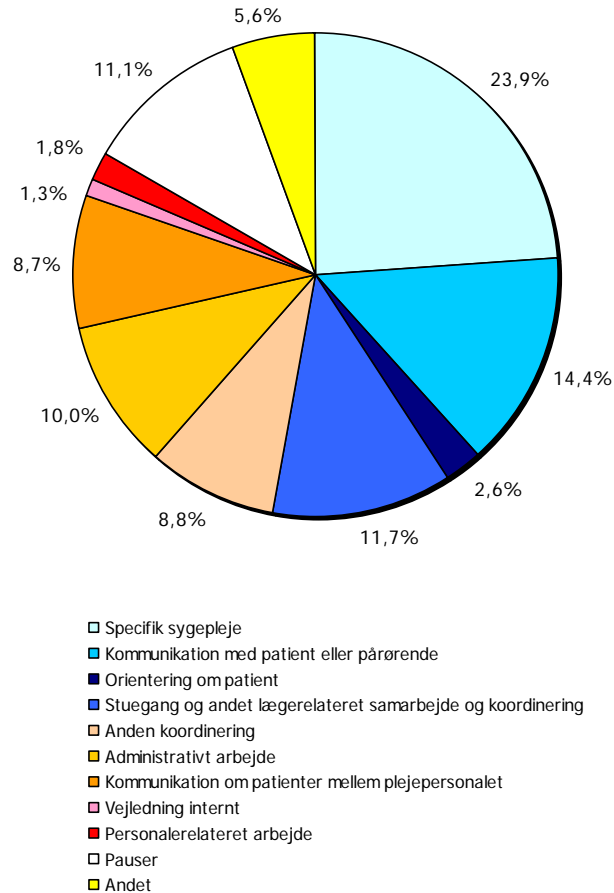
I tids- og opgaveregistreringsstudiet er opgavetyper operationaliseret, som det fremgår af Figur 7.1. Der skal indledningsvist gøres opmærksom på, at om end der er tale om et detaljeret materiale, så er det lille af omfang (9 dagvagter). Resultaterne af undersøgelsens tids- og opgaveregistreringsstudie bør derfor blot betragtes som et pejlemærke for sygeplejerskernes anvendelse af deres (dag-)arbejdstid på ’almindelige hverdage’. En række aktiviteter vil her være uden for registrering. Det drejer sig eksempelvis om en række uddannelsesopgaver, ledelsesopgaver, personalemøder og deltagelse i kurser og temaeftermiddage.

Opgørelsen på tværs af de tre afdelinger dækker også over lokale variationer, hvor det i overvejende grad er den specialiserede hjerteafdeling, der adskiller sig fra de to andre afdelinger (se Appendiks A for en oversigt over resultaterne samlet og hver for sig). På hjerteafdelingen anvender sygeplejerskerne således mere tid på kategorien kommunikation med patient og pårørende, end de gør på specifik sygepleje. Det er specielt oplæring og information til og fra patienterne, der fylder her (17 % mod 6 % i mave-tarm- og leverafdelingen). Samarbejdet med lægerne er også mindre tidskrævende på denne afdeling såvel som plejepersonalets interne kommunikation om patienterne. Til gengæld anvender de mere tid på at læse om patienterne og på anden koordinering. Mave-tarm- og leverafdelingen er den afdeling, hvor sygeplejerskerne anvender mest tid på stuegang og andet lægerelateret samarbejde (16 % mod 8 % på hjerteafdelingen).



Med disse forbehold in mente så viser det gennemførte tids- og opgaveregistreringsstudie, at sygeplejerskernes aktiviteter fordeler sig på følgende opgavetyper i løbet af dagvagten<sup>54</sup>:

Figur 7.1 Sygeplejerskernes arbejdsdag fordelt på hovedkategorier



Som det fremgår, anvender sygeplejerskerne set på tværs af de tre afdelinger i undersøgelsen mest tid på **specifik sygepleje**. Denne type af aktiviteter fylder 24 % af arbejdsdagen. Kun godt og vel en fjerdedel af tiden anvendt på specifik sygepleje (7 %)

<sup>54</sup> I den totale summering af de forskellige typer af opgaver er resultaterne opgjort på tre forskellige måder: 1) i faktuelle antal minutter, 2) som procentvise andele af det samlede antal registrerede minutter (angivet som "reg."), og endelig 3) som procentvise andele af det reelle antal minutter, som de observerede sygeplejerskers arbejdsdag har været (angivet som "reel"). Da det netop har været muligt at registrere mere end én opgave ad gangen, eksempelvis hvis sygeplejersken taler med en patient, samtidig med at han/hun skifter en forbindelse på vedkommende, har det for alle afdelinger været tilfældet, at det registrerede antal minutter overstiger det reelle antal minutter, som arbejdsdagen har været (således udgør det samlede antal registrerede minutter i hele studiet 104,6 % af det reelle antal minutter). På baggrund heraf er det i beregningen af opgavernes tidsmæssige tyngde vurderet mere korrekt at anvende det reelle antal minutter frem for det registrerede antal minutter. I modsat fald ville de enkelte opgavers procentvise andel blive systematisk underestimeret i analysen.

bliver brugt på opgaver omhandlende "Pleje, personlig hygiejne og almindelig ernæring", som kan siges at udgøre den grundlæggende sygepleje, der også ofte varetages af andre faggrupper blandt plejepersonalet. Disse sidstnævnte gennemsnitlige betragtninger dækker dog over en betydelig variation de enkelte afdelinger imellem. Således skiller hjerteafdelingen sig ud fra de to øvrige afdelinger ved, at sygeplejerskerne på denne afdeling kun brugte gennemsnitligt knap 2 % på den pågældende opgavekategori mod henholdsvis 8 % på den endokrinologiske afdeling og 11 % på mave-tarm- og leverafdelingen.

Medicinering og prøvetagning fylder 16 % af sygeplejerskerne arbejdsdag, heraf kun 6 % af tiden sammen med patienten. Resten af tiden anvendes eksempelvis i medicinrummet. Observation og overvågning hos patienten som primær aktivitet fylder 1 % af tiden.

Efter specifik sygepleje kommer **kommunikation med patienter og pårørende**, der fylder 14 % af dagarbejdstiden. Også denne opgørelse dækker over forskelle de enkelte afdelinger imellem. Hvor igen den endokrinologiske og mave-tarm- og leverafdelingen ligger tæt på hinanden med en andel af denne opgavekategori på henholdsvis 11 % og 10 %, så er andelen betydeligt større for de observerede sygeplejersker på den hjerte-medicinske afdeling. Her udgør den nævnte andel hele 22 %, hvilket vil sige mere end dobbelt så meget som for de observerede sygeplejersker fra de to førstnævnte afdelinger. Det er særligt "oplæring/information til og fra patient", der i højere grad har fundet sted på hjerteafdelingen frem for på de to øvrige afdelinger. Denne opgavekategori har således gennemsnitligt fyldt hele 16 % af den samlede arbejdstid på denne afdeling. På den endokrinologiske afdeling fylder aktiviteten 8 %, og på mave-tarm- og leverafdelingen er 6 % anvendt hertil. Gennemsnitligt er anvendt 10 % på oplæring og information til og fra patient. Psykoemotionel samtale med patienter fylder 1 %. Denne fyldte 4 % i den amerikanske undersøgelse. På hjerteafdelingen fylder den 2 %.

**Stuegang og andet lægerelateret arbejde** fylder 12 % af dagarbejdstiden. Dette dækker dog over en forskel de tre afdelinger imellem rangerende fra henholdsvis 8 % (hjerteafdelingen) over 12 % (den endokrinologiske afdeling) til 15 % (mave-tarm- og leverafdelingen). Det interessante i denne sammenhæng er, at der er stor forskel på, hvordan det lægefaglige samarbejde er organiseret. Hvor tiden i nævnte kategori for hjerteafdelingens vedkommende hovedsagelig bruges til "stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)", så anvendes en betydelig del af tiden i de to andre afdelinger også på "stuegang (hos patienten)". For begge disse afdelinger fylder denne opgave endda mere end "stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)"<sup>55</sup>.

Hvad angår samarbejdet med lægerne på hjerteafdelingen, anvender sygeplejerskerne 7 % af deres arbejdstid på stuegang, heraf 2 % af tiden inde hos patienten. Resten af tiden (5 %) går til forberedelse og opfølgning med lægen. På den endokrinologiske afdeling anvender sygeplejerskerne 11 % af deres arbejdstid på stuegang, heraf 7 % af tiden inde hos patienten. Resten af tiden (4 %) bruges på forberedelse og opfølgning med lægen. Sommetider oplever sygeplejerskerne, at de bruger uforholds-

---

<sup>55</sup> Se i øvrigt DSI rapport 2006.02 "Stuegang – en medicinsk teknologivurdering med fokus på vidensproduktion" for en analyse af forskellige stuegangsformer på medicinske afdelinger.

mæssigt meget tid på stuegang. Det sker bl.a., fordi der ud over den faste stuegang om formiddagen også om eftermiddagen er en opfølgning på formiddagens stuegang, fordi der er kommet friske blodprøvesvar, og disse skal ses af lægen. Dette kan sommetider udvikle sig til en helt ny stuegang, dels fordi der skal sættes nye ting i værk, dels fordi sygeplejerskerne kan have brug for at tale med en "stor" læge, som de nogle gange oplever det kan tage hele eftermiddagen at få fat på. Dvs. hvor de udfører andre opgaver, men også går og venter på lægen og har dette i tankerne, når de vælger, hvilke opgaver de skal give sig i kast med. I de enkelte afdelinger kan der dog også forekomme betydelige variationer. Således varierer den anvendte tid på nævnte kategori på mave- tarm- og leverafdelingen fra 25 % og 21 % for de observerede sygeplejersker med gruppelederfunktion til 1 % for den observerede sygeplejerske uden gruppelederfunktion.

**Pauser** fylder 11 % af dagarbejdstiden (i den amerikanske undersøgelse fyldte pauser 12 %). I 7 % af tiden holdes pauser i frokoststuen eller uden for afdelingen frem og tilbage til kantinen<sup>56</sup>. Når sygeplejerskerne sidder i frokostrummet<sup>57</sup>, er de også tilgængelige for spørgsmål om plejen. I 4 % af tiden anvendt på pauser befinder sygeplejerskerne sig på steder som på gangen og i skyllerummet. Samtidig med, at de holder disse småpauser, er de således også i 'beredskab' og tilgængelige for andre.

**Administrativt arbejde** fylder 10 % (heraf 9 % på sygeplejedokumentation og skriftlig rapport og 1 % på andet administrativt arbejde). Her er der ingen nævneværdige forskelle på afdelingerne.

**Anden koordinering** fylder 9 %. Her er der heller ingen nævneværdige forskelle på afdelingerne. Slås kategorierne administrativt arbejde, anden koordinering og rapport sammen, fylder disse aktiviteter 24 % og kan sammenlignes de 26 %, som de norske sygeplejersker angav at anvende på patientadministration.

**Kommunikation om patienter mellem personale** fylder gennemsnitlig 9 %. Dette er den tid, plejepersonalet anvender på at udveksle erfaringer om sygepleje til konkrete patienter, spørge hinanden til råds og give mundtlig rapport til hinanden. Her skiller den hjertemedicinske afdeling sig igen ud ved kun at anvende 4 % af arbejdsdagen herpå, mens de andre to afdelinger bruger henholdsvis 11 og 12 %. Mundtlig rapport fylder gennemsnitligt 5 % af dagarbejdstiden (kun godt 1 % på hjerteafdelingen). Løbende kommunikation om sygepleje til patienter plejepersonalet imellem fylder knap 4 % (kun 2 % på hjerteafdelingen).

Kategorien **Andet**, som bl.a. dækker over diverse 'husholdningsopgaver', fylder 6 %, og herunder blev knap 3 % af tiden anvendt på at tale med den observatør, der forestod tidsregistreringen. 2 % blev anvendt på 'Andet'. At hente og bringe udstyr og gå ud efter en patient eller tilbage efter at have bragt en patient et sted hen fylder 1 %. Ren-

---

<sup>56</sup> Der var i observationsstudierne ikke kutyme for, at sygeplejerskerne spiste i kantinen. Og mange anvendte ikke kantinen.

gøring af sengestuer og lignende forefaldende arbejde fylder 1 % af dagarbejdstiden. I den norske undersøgelse var det 7 %, sygeplejerskerne angav at anvende på husholdningsopgaver.

Kategorien **Orienter sig i skriftligt materiale om patienter** såsom journaler fylder 3 %. Her skiller hjerteafdelingen sig ud fra de to andre afdelinger ved, at sygeplejerskerne læser mere om patienterne (5 % mod 1 %).

**Det personalerelaterede arbejde** fylder gennemsnitligt 2 % af dagarbejdstiden. Der blev ikke registreret tid anvendt på personalemøder, da disse ikke fandt sted under tidsregistreringsstudiet.

**Vejledning internt** fylder 1 %<sup>58</sup>.

## 7.5 Andelen af tid anvendt sammen med patienterne

Ca. 30 % af tiden anvendes i direkte kontakt med patienterne<sup>59</sup>. Denne andel er i overensstemmelse med resultaterne af den amerikanske undersøgelse, men skiller sig ud fra den norske undersøgelse, hvor sygeplejerskerne selv registrerede at anvende 56 % af arbejdstiden på direkte patientkontakt. Forskellen skyldes sandsynligvis, at de norske sygeplejersker i deres retrospektive registrering har overvurderet det reelle tidsforbrug sammen med patienterne.

### 7.5.1 Sammenflettede opgaver

Mange af de opgaver, der udføres i løbet af dagen, er sammenflettede. Fx kan det at hente noget at drikke til en patient være en del af ernæringsplejen – dette i tilfælde, hvor patienten væskerestrigeres, er på væskerestriktion eller bør foreslås en proteindrik. I andre sammenhænge vil opgaven mere have karakter af en serviceopgave. Ofte taler sygeplejerskerne også med hinanden og patienter eller pårørende, mens de udfører andre opgaver. Ud over at mange af opgaverne indholdsmæssigt set kan være sammenflettede, bliver mange af opgaverne således også ofte konkret sammenflettede, enten fordi det er nærliggende at kombinere dem, når man nu alligevel står der, eller også fordi afbrydelser skaber anledning til sammenfletninger.

---

<sup>57</sup> På hjerteafdelingen spiser personalet i deres arbejdsrum med arbejdspladser rundt om det fælles bord.

<sup>58</sup> Det skal her bemærkes, at der har været tidsregistreret sygeplejersker, der ikke har haft studerende med rundt som 'føl' på de pågældende dage.

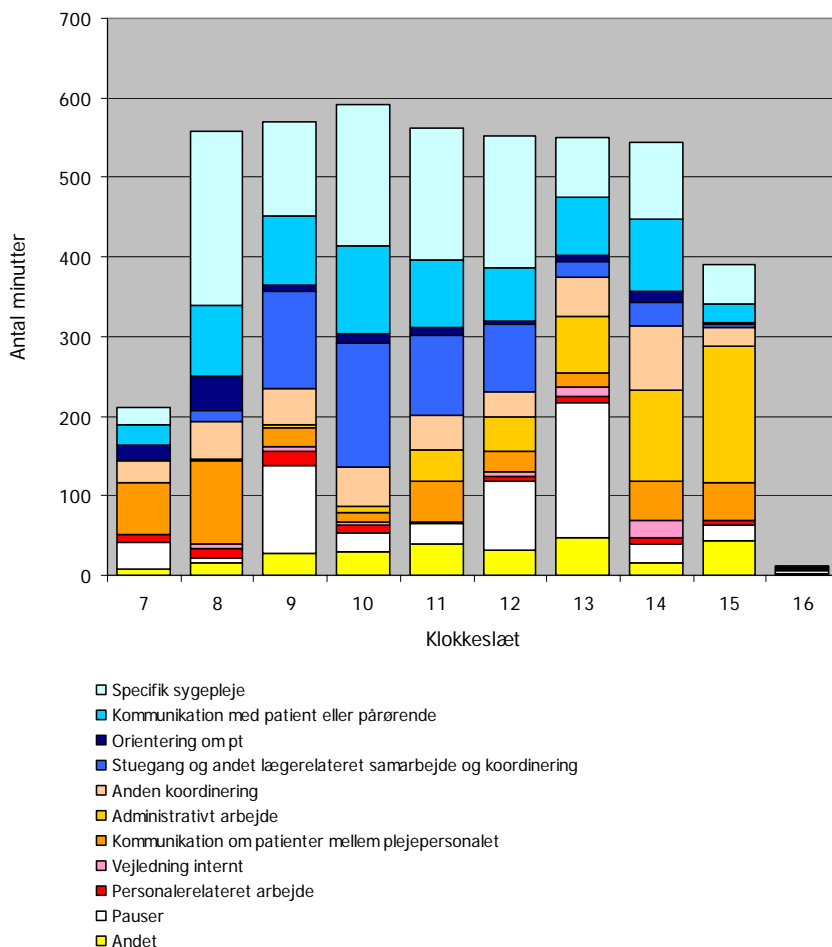
<sup>59</sup> Der i tids- og opgaveregistreringen foretaget en differentiering mellem opgaverne, ud fra om de indebærer direkte patientkontakt eller ej. På trods heraf har det dog ikke været muligt at foretage en helt nøjagtig opgørelse af "tid brugt sammen med patienten". Dette skyldes netop det forhold, at der ofte er blevet registreret flere opgaver på samme tid. Da der er blevet registreret overlap for kategorierne omhandlende direkte patientkontakt, jævnfør ovennævnte eksempel med samtidig samtale og forbindingsskifte, ville en summering af opgaverne tilhørende disse kategorier indebære en risiko for overestimering af "tid brugt sammen med patienterne". Ud fra en fornemmelse af, at der er registreret betydeligt færre overlap for opgavekategorier, som ikke indebærer direkte patientkontakt, er "tid brugt sammen med patienten" i stedet opgjort som differencen mellem "den reelle arbejdstid" og disse sidstnævnte typer af "opgavekategorier uden patient". Således er der en forskel på henholdsvis 33 % til 28 % på de to alternative måder at opgøre andelen på.

## 7.6 Opgavernes fordeling i løbet af dagvagten

I det følgende vil blive illustreret, hvordan de forskellige aktiviteter fylder tidsmæssigt i løbet af arbejdsdagen.

Stuegang og andet samarbejde med lægerne fylder mest om formiddagen, men der er også spredt aktivitet om eftermiddagen. Ikke overraskende fremgår det, at det administrative arbejde fylder mest sidst på dagen. Plejepersonalets kommunikation om patienterne er spredt ud over hele dagen, men har klar overvægt i begyndelsen af dagvagten. Dette gælder dog ikke på den hjertemedicinske afdeling. Her fylder plejepersonalets kommunikation om patienterne mest om eftermiddagen.

Figur 7.2 Den tidsmæssige fordeling af opgaver inden for dagvagten



## 7.7 Diskussion: Hvad fylder i hverdagen?

På alle tre afdelinger varetager sygeplejerskerne en vifte af meget forskelligartede opgaver, der spænder over behandlings- og medicinopgaver, tovholderopgaver til værtinde- og rengøringsopgaver. Der er en række ligheder og forskelle på afdelingerne, som

afspejler sig i resultaterne af tids- og opgaveregistreringsstudiet. Således skiller hjerteafdelingen, som er den mest fagligt specialiserede af de tre afdelinger, sig ud ved, at sygeplejerskerne anvender mindre tid på personlig pleje, hygiejne og almindelig ernæring til patienterne. Dette er både et spejl af, at hjerteafdelingens patienter er mere fysisk selvhjulpne, og af forskelle i plejeform og arbejdsdeling plejegrupperne imellem på de tre afdelinger. Hjerteafdelingen er således den afdeling, der arbejder mest efter princippet om tildelt patientpleje. Sygeplejerskerne anvender dermed mere tid på selv at læse om patienterne og mindre tid på gennemgang af patienterne i en gruppe. Sygeplejerskerne på hjerteafdelingen anvender til gengæld væsentligt mere tid på at informere patienterne.

Der er derimod ingen nævneværdige forskelle på afdelingerne, hvad angår tid anvendt på pauser (11 %) og tid anvendt på administration og anden koordinering, der tilsammen fylder knap 19 % af dagarbejdstiden.

Sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling gav i interviewene udtryk for, at de oplever at bruge mest tid på arbejdsopgaver som medicin, dokumentation, koordination med hjemmeplejen og på at tale med pårørende. De finder, at det administrative fylder meget. Flere af sygeplejerskerne giver udtryk for, at de godt kunne tænke sig, at det administrative arbejde fyldte mindre, så de i stedet kunne være mere ude ved patienterne. Ifølge tids- og opgaveregistreringsstudiet tilbringer sygeplejerskerne ca. 30 % af deres arbejdsdag sammen med patienterne.

Det at yde omsorg for patienterne<sup>60</sup> er en væsentlig del af sygeplejerskernes italesættelse af deres (ideal-) faglige identitet som sygeplejersker. Samtidig fremgik det af interviewene, at omsorg også er en opgave, nogle tager mere på sig end andre – og en opgave der kan nedprioriteres, når der er travlt. Denne mere hverdagspragmatiske holdning til omsorg blev også afspejlet i observationsstudiet. Her viser observationerne nemlig, at sygeplejerskernes omsorg for patienterne på den endokrinologiske afdeling overvejende udtrykkes i form af at holde dem rene, mætte og informerede. Og en stor del af arbejdet med at vurdere patientens behov synes at foregå inde på sygeplejekontoret ud fra viden om, hvor selvhjulpne patienterne er. Selvom sygeplejerskerne udtrykker et ideal om også at være der for patienterne på et emotionelt plan, idet de fremhæver tæt kontakt med patienten som noget centralt, så praktiseredes denne form for omsorg ikke i særligt stort omfang de dage, hvor henholdsvis observationsstudiet og tidsregistreringsstudiet fandt sted – hverken på den endokrinologiske eller de to andre afdelinger.

---

<sup>60</sup> Sygeplejeforskeren Tine Rask Eriksen beskriver bl.a. omsorg som en form for hverdagskundskab, der handler om at nære og give liv (Eriksen 1999). Betina Dybbroe omtaler omsorgskompetence som lysten til at engagere sig i den anden og evnen til at relatere sig til den anden (Dybbroe 2001), og den norske sygeplejeforsker Torunn Hamran beskriver omsorg som en grundlæggende social relation, dvs. som noget, der opstår imellem minimum to personer (Hamran 1987:97), og som noget, der handler om at forholde sig til den anden (patienten) som en særegen person og ikke et tilfælde, dvs. se de specielle og individuelle træk i netop denne patients situation (Hamran 1987:66). At yde omsorg for et andet menneske kan altså forstås som noget, der indebærer en lyst til og evne til at engagere sig i den anden, i patienten og til at leve sig ind i at forstå, hvilke behov patienten har.

Tid anvendt på psykoemotional samtale androg således blot (1,2 %) af arbejdsdagen<sup>61</sup>. Dette giver et potentielt skisma mellem sygeplejerskernes ideal-faglighed og hverdag. Et skisma der vil blive taget op i kapitlerne 11 og 13.

---

<sup>61</sup> Kristian Larsen har i forbindelse med sin ph.d.-afhandling foretaget en tids- og aktivitetsregistrering af sygeplejestuderendes arbejde og læring, når de er i praktik. Han viser her, at der sker en gradvis aflæring, hvor de studerende primært lærer at agere som forvaltere af et medicinsk system frem for som i tidlige praktikforløb at agere som patientorienterede omsorgsgivere (Larsen 1999: 268).





## 8. Arbejdsdeling med social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere

Som nævnt i kapitlet om sygeplejerskers opgaver spiller flere forhold ind på, hvilke opgaver sygeplejerskerne varetager i løbet af dagen, og hvor meget de enkelte opgaver fylder tidsmæssigt. Arbejdsdelingen med sygehjælperne og social- og sundhedsassistenterne spiller her en central rolle. Flere elementer spiller dog ind: a) fordelingen af personale. På hjerteafdelingen er der fx 30 sygeplejersker og 6, der er enten sygehjælpere eller social- og sundhedsassistenter, mens der på den endokrinologiske afdeling er en mere ligelig fordeling med 25 sygeplejersker, 16 social- og sundhedsassistenter og 6 sygehjælpere; b) den formelle arbejdsdeling, som varierer på afdelingerne, og c) den uformelle arbejdsdeling, som fylder meget på alle tre afdelinger.

### 8.1 Den formelle arbejdsdeling

Hvad angår den formelle arbejdsdeling med social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, skiller den endokrinologiske afdeling sig ud fra de to andre. Her er langt de fleste sygehjælpere blevet opskolet til social- og sundhedsassistenter, som hver især har fået tilrettelagt et kompetenceprogram, der betyder, at de må varetage mange af de opgaver, som traditionelt set er sygeplejerskeopgaver. Det drejer sig fx om at gå stuegang og uddele medicin. På den hjertemedicinske afdeling og mave-tarm- og leverafdelingen fungerer social- og sundhedsassistenterne snarere i en blanding af at være sygeplejerskernes hjælpere og have særlige specielle opgaveområder som fx at varetage opgaver omkring ernæring og bestilling af mad. I forhold til sygeplejerskerne har social- og sundhedsassistenterne og sygehjælperne her flere opgaver med personlig pleje af patienterne med vask af disse og hjælp til personlig hygiejne. De måler også værdier på patienterne ved at tage blodtryk, måle temperatur og at veje dem. Sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter ses også oftere i køkkenet og skyllerummet, hvor de varetager forskellige praktiske opgaver. Sygeplejerskerne er omvendt ofte at se i medicinrummet, i kontakt med lægerne i forbindelse med stuegang, samt i kontoret hvor de fører telefonsamtaler og dokumenterer. Der har i observationsstudiet været observeret tre forskellige samarbejdsformer på de tre afdelinger.

#### 8.1.1 Fuld uddelegering

Det særlige ved den endokrinologiske afdeling er, at social- og sundhedsassistenterne på mange områder arbejder med de samme arbejdsopgaver som sygeplejerskerne. Den traditionelle arbejdsdeling mellem sygeplejersker og assistenter, hvor assistenterne 'render på gangen', dvs. forestår alle de praktiske plejeopgaver hos patienter, og hvor sygeplejerskerne primært varetager administrative opgaver, stuegang og medicin, er således blevet transformeret til en arbejdsdeling, hvor sygeplejerskerne og assistenterne i udgangspunktet laver de samme opgaver med visse undtagelser.

"Det er jo sådan på vores afdeling, og det har du selv set, at assistenterne laver mange af de ting, som sygeplejerskerne traditionelt har lavet.

Det gør de på forskellige niveauer alt efter hvor meget de kan." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:13).

Samtidig arbejder afdelingen med tildelt patientpleje eller helhedspleje, hvor det tilstræbes, at det er den samme person, som gennem en vagt sørger for at varetage (de fleste af) de opgaver, der er forbundet med de 2-4 patienter, som personen har fået tildelt. På den endokrinologiske afdeling varetager social- og sundhedsassistenterne således ligesom sygeplejerskerne selvstændig pleje af et mindre antal patienter. Plejepersonalet er dog stadig opdelt i grupper (teams), fordi sygeplejeledelsen mener, at gruppestrukturen bedre giver mulighed for at sparre med hinanden og dermed opnå læring.

"Vi er jo ikke så adskilte, som man måske kan opleve på andre afdelinger, hvor sygeplejersker og assistenter de faktisk laver hver deres arbejde. Men der er vi mere sammenblandet." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:3).

Arbejdsdelingen mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter organiseres på baggrund af: 1) faggruppernes forskellige formelle kompetencer, 2) den enkeltes erfaringsniveau, 3) vurderingen af den enkeltes erfaringsniveau og 4) sygeplejerskens ansvar. Flere sygeplejersker giver udtryk for, at de er glade for den relativt nye plejeform, fordi "det giver en bedre primærpleje. Altså vi kommer tættere på den enkelte patient. (...) I 'gamle dage' så man patienten, når man gav medicin, og når man gik stuegang." (interview med sygeplejersker 2:23). Sygeplejerskerne føler, at deres arbejdspress er blevet mindre med indførelsen af denne plejeform, fordi den bl.a. indebærer, at de ikke skal gå stuegang på 12 patienter på en dag, men i stedet kun på 2-3 patienter, dvs. har ansvar for færre patienter ad gangen. Desuden giver plejeformen dem mulighed for at få en mere tæt patientkontakt, hvilket de også er glade for. Sygeplejerskerne oplever derfor, at arbejdsdelingen giver dem en tættere kontakt med patienterne i forhold til afdelinger med mere traditionel arbejdsdeling blandt plejepersonalet. Afdelingssygeplejersken opfatter dette som et gode:

"At få lov til at være på gangen så meget som muligt; det kan de enormt godt lide. Så jeg tror, at sygeplejersker, der ikke kan lide at se patienter, de overlever ikke i den her afdeling." (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:13).

Social- og sundhedsassistenternes kompetenceprogram tilrettelægges individuelt, dvs. der kan være store interne forskelle på de enkeltes kompetencer i assistentgruppen. Fx skal en nytilkommen eller nyuddannet assistent oplæres i at gå stuegang og have nogle medicinkurser for at kunne dele medicin ud.

På mave-tarm- og leverafdelingen overvejes det i et vist omfang, om social- og sundhedsassistenterne kunne varetage selvstændig pleje for udvalgte patientgrupper. Denne form for arbejdsdeling anses ikke for at være en mulighed på den hjertemedicinske afdeling, hvor:

"Langt hen ad vejen fungerer de stadigvæk som sygehjælpere. Og det er ikke tilfredsstillende for dem. Det, der så er problemet i det, er, at i deres kompetence ligger, at de må varetage selvstændig pleje hos stabile patienter. Og er der noget, vi under ingen omstændigheder har, så er det stabile patienter." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:21).

### 8.1.2 'Parløb'

Den anden samarbejdsform er 'parløbet', hvor sygeplejersken og social- og sundhedsassistenten eller sygehjælperen sammen har én eller flere patienter og så fordeler arbejdet mellem sig og løbende hjælper hinanden. Denne form praktiseres i vid udstrækning på mave-tarm- og leverafdelingen, delvis på hjerteafdelingen og til dels på den endokrinologiske afdeling.

"Så laver vi en aftale med dem fra morgenstunden om, hvad de tager sig af, og hvad man selv tager sig af." (interview med sygeplejersker, Skejby: 32).

I parløbet har social- og sundhedsassistenterne ikke selvstændigt ansvar for patienter. De fungerer snarere i en blanding af at være sygeplejerskernes hjælpere og have særlige specielle opgaveområder som fx at varetage det meste, der vedrører det praktiske omkring mad. Deres bevægelsesmønster er heller ikke ens. Sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter bruger megen tid ved køkkenet og inde hos patienter, der har brug for hjælp til personlig pleje. Omvendt bruger sygeplejerskerne en del tid i medicinrummet, på kontakten med lægerne ved morgenkonferencen og ved stuegang samt på telefonsamtaler og dokumentation.

Social- og sundhedsassistenterne varetager så de – ifølge sygeplejerskerne – mere grundlæggende sygeplejeopgaver som personhygiejne. Ved patienter, hvor en del personlig pleje er nødvendig, er der således ofte sat en social- og sundhedsassistent eller sygehjælper på en patient sammen med sygeplejersken. De måler også værdier på patienterne. Social- og sundhedsassistenterne har derudover en del opgaver, som sygeplejerskerne kalder "*praktiske gøremål*". De sørger således for at få sat maden på buffeten og få den ryddet væk igen.

Arbejdet på mave-tarm- og leverafdelingen var i observationsperioden organiseret omkring princippet om gruppepleje. Dette består i, at en sygeplejerske fra hver af de tre grupper, som plejepersonalet er inddelt i, er ansvarlig for stuegang, medicindosering og -uddeling samt administration, mens de øvrige i gruppen – sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter eller sygehjælpere – primært varetager den mere basale patientpleje<sup>62</sup>. På mave-tarm- og leverafdelingen er personalet således hver dag delt op i grupper – ofte med en social- og sundhedsassistent eller sygehjælper i gruppen, som så varetager hovedparten af opgaver omkring personlig pleje og ernæring. Dette arbejde kaldes også at "*være på gulvet*". Når der ikke er en social- og sundhedsassistent eller sygehjælper i gruppen, varetages opgaverne som regel af de mest nyuddannede sygeplejersker.

---

<sup>62</sup> Mellem observationsperioden og interviewperioden er afdelingen overgået fra gruppepleje til tildelt patientpleje. Det betyder, at hver sygeplejerske nu har 4 patienter, som hun varetager alle funktioner omkring, dvs. pleje, observation, medicin og stuegang, i stedet for den opdeling der tidligere var, hvor man som sygeplejerske enten var 'på gulvet' eller havde ansvar for medicin og stuegang. Under den nye plejeform er det endvidere tanken, at social- og sundhedsassistenterne skal oplæres til at gå stuegang og håndtere medicin, altså de samme opgaver som hidtil har været defineret som sygeplejerskernes ansvarsområder. Indførelsen af den nye plejeform kommer således til at ligne den formelle ligestilling i forhold til arbejdsopgaver som praktiseres på den endokrinologiske afdeling.

På hjerteafdelingen praktiseres parløbet, når en sygeplejerske og en social- og sundhedsassistent eller sygehjælper sammen er sat på til at *"have"* en patient. I dette tilfælde vil det være social- og sundhedsassistenten eller sygehjælperen, der varetager hovedparten af de opgaver, som ikke omhandler medicin, stuegang og anden koordination med lægerne.

På den endokrinologiske afdeling har de samtidig med tildelt patientpleje, hvor både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter har hver deres patienter, også en gruppeinddeling, som betyder, at de orienterer sig mod hinanden i gruppen og hjælper hinanden. Social- og sundhedsassistenter har her mulighed for at fralægge sig ansvaret for opgaver, de ikke mener sig kompetente til, ligesom sygeplejerskerne har mulighed for at spørge de erfarne social- og sundhedsassistenter til råds eller bede om hjælp til konkrete opgaver.

### 8.1.3 Ad hoc-hjælp - blæksprutte

Den tredje, mere ad hoc-prægede samarbejdsform består i, at sygeplejerskerne beder social- og sundhedsassistenter eller sygehjælper om hjælp til ting i løbet af dagen med deres patienter. Denne form har fyldt en del på hjerteafdelingen i Skejby, hvor den til dels stadig praktiseres. Her taler de dog om, at ad hoc-måden ikke altid er ønskværdig, fordi den kan virke frustrerende – specielt for social- og sundhedsassistenter og de sygehjælper, der er opskolet til social- og sundhedsassistenter:

"Vi har prøvet på at lave nogle andre arbejdsgange for dem, fordi det må være træls, at man måske er ved 4 patienter, og alligevel er man ingen steder, fordi man bliver kastet lidt fra den ene til den anden, det er da ikke særlig tilfredsstillende. Fordi man får måske heller ikke set resultatet af det, man er med i, for den næste dag er man altså pludselig sat på ved nogle andre. Så jeg kan godt forstå deres frustration, fordi de er jo egentlig omskølet til noget andet." (interview med sygeplejersker, Skejby:35).

Ifølge afdelingssygeplejersken er det fx tanken, at de oftere skal være koblet sammen med en sygeplejerske, hvor der er lidt *"tungere patienter"* – patienter der kræver megen pleje. Dette for at undgå, at sygehjælper og social- og sundhedsassistenter skal fungere som blæksprutter, alle hiver i. Samtidig oplever sygeplejerskerne dog, at begge parter har været med til at fastholde social- og sundhedsassistenterne i sygehjælperrollen:

"Jeg synes både de selv og vi er med til at holde dem fast i den her lidt gamle sygehjælperrolle." (interview med sygeplejersker, Skejby:35).

Sygeplejerskerne peger på, at dette hænger sammen med, at social- og sundhedsassistenterne ikke altid har været gode til at tage et ansvar på sig, når dette er blevet tilbudt.

"Nogle af dem påberåber sig meget, at de gerne vil have noget mere ansvar. Og der er så nogle gange, hvor de så får ansvaret, måske for nogle patienter, som har ligget her i lang tid og egentlig mere eller mindre er på vej ud af døren, hvor det faktisk er dem, der er hovedansvarlige. Og så er der så alligevel nogle ting, som de så ikke påtager sig ansvaret for 100%. Og hvad det så er, der gør det? Er det fordi, det er de ikke helt vant til? Eller hvad det kan være?" (interview med sygeplejersker, Skejby:32).

## 8.2 Den uformelle arbejdsdeling

En stor del af den daglige arbejdsdeling mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere er uskreven. Det er således til en vis grad individuelt, hvilke opgaver sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter påtager sig, og det er individuelt, hvilke opgaver sygeplejerskerne vælger at uddelegere til dem i det daglige. Hvem der gør hvad, indeholder også et element af løbende forhandlinger. Dette synes at give anledning til flertydighed og en form for 'dobbelt-kultur', hvor sygeplejerskerne på den ene side er dem, der er højere i hierarkiet end sygehjælperne og social- og sundhedsassistenterne – de må (og skal) udføre mange flere af de opgaver, der anses for at være fagligt svære og ansvarsfulde – og på den anden side er der samtidig et kollegialt betonet billede af, at vi alle er lige.

### 8.2.1 En fortælling om lighed

En somatisk sygehusafdelings plejepersonale består som udgangspunkt af såvel sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere. Det kan så variere, hvordan gruppen er sammensat, men disse udgør tilsammen 'personalet'. De refererer alle til samme leder – afdelingssygeplejersken/erne. Sådan er det også på de tre undersøgte afdelinger. Her er sygeplejerskerne således en del af den samlede plejegruppe med alt, hvad det indebærer i form af at spise sammen, tale sammen, holde møder sammen og anse sig for at være et 'vi', der er anderledes end eksempelvis lægerne eller personalet på andre afdelinger. Dette 'vi' løser de daglige opgaver i fællesskab. Inden for fællesskabet er de afhængige af hinanden til at dække vagterne, ligesom de løbende bekræfter hinanden i, at de deler samme opfattelser af deres arbejdsvilkår, arbejdspress, tvister med lægerne, tvister med hjemmeplejen, oplevelser med patienterne og oplevelser med de pårørende.

På alle tre afdelinger er dette 'vi' noget fælles, hvor alle ideelt set er lige. Det kollegiale fællesskab er et 'vi', som både sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere er en del af. I nogle situationer er sekretærer og læger også en del heraf, eksempelvis når man hygger sig sammen eller i nogle tilfælde danner en enig front over for patienterne. På to af afdelingerne er påklædningen også næsten ens på nær det emblem, man har på brystlommen af kittlen, som viser, om den enkelte er sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller sygehjælper. På hjerteafdelingen derimod er der synlig forskel på påklædningen. Her har sygeplejerskerne hvide tunikauniformer med bukser. På tunikaen er der blå kantbånd, der symboliserer, at de er sygeplejersker. Social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere har lignende uniformer, men med grønne kantbånd.

Særligt på den endokrinologiske afdeling konstrueres i det daglige arbejde en fortælling om lighed mellem sygeplejersker og assistenter. Fortællingen handler om, hvor ens de to faggrupper arbejder, at forskellene er i fåtal, at man betragter hinanden som ligebyrdige, og at sygeplejerskerne ikke føler sig truede af denne lighed. Assistenterne er de mest ivrige fortællere af denne fortælling. Sygeplejerskerne bidrager dog også til fortællingen om lighed, men på en mere indirekte måde, fordi de har svært ved umiddelbart at sætte ord på forskellene. Dette hænger sandsynligvis sammen med, at mange af sygeplejerskerne er relativt uerfarne og derfor oplever, at de erfarne assistenter er på niveau med dem fagligt. I praksis trækker begge faggrupper på denne fortælling eller undlader at gøre det afhængig af, hvilken situation der er tale om. Når assistenter-

ne overdrager ansvar for en patient til sygeplejerskerne, træder de ud af lighedsfortællingen. Tilsvarende træder sygeplejerskerne ud af lighedsfortællingen, når de beder en assistent om at tage et sengebåd for dem, fordi de har travlt med administrative opgaver.

Lighedsfortællingen har betydning for samarbejdet mellem de to faggrupper, idet den gør det svært for begge parter at uddelegere arbejdsopgaver til hinanden, fordi faggrænserne ikke er skarpt trukket op. Forhandlinger om faggrænser er således særdeles komplekse på den endokrinologiske afdeling, fordi det er en proces, hvor parterne kontinuerligt navigerer i forhold individuelle markører for faglighed – dvs. kompetencer, ansvar, erfaring – som hele tiden er i udvikling.

På den anden side har plejegrupperne tre forskellige uddannelser bag sig med forskellige formelle kompetencer. Forskellene kommer bl.a. til syne i den daglige arbejdsdeling. I situationer, hvor det handler om at rydde op efter sit eget arbejde, italesættes der på alle tre afdelinger en forskel, i og med at de andre plejegrupper taler om og til sygeplejerskerne som nogle, der ikke kan finde ud af at rydde op efter sig. Oprydning er et område, hvor der nogle gange kan opstå en dårlig stemning.

”Det er også det, at social- og sundhedsassistenterne måske nogle gange tænker: Hvorfor kan sygeplejerskerne ikke [...]. Hvorfor har sygeplejerskerne ikke tømt snavsetøjskurven? Og [...] der kommer det der kollegiale – vi er lige, vi har alle sammen ansvar for, at det hele det fungerer. Og det kan jeg da egentlig også godt gøre, fordi i dag, der har jeg lige måske tid. Så er der andre dage, hvor jeg tænker: Det har jeg ikke tid til i dag, det er der nogle andre, der må gøre. Og så kan det godt ske, de mukker lidt over det.” (interview med sygeplejersker, Skejby:34).

### 8.2.2 Kan jeg bede om hjælp til det?

Det er på de tre afdelinger individuelt, hvilke opgaver sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter påtager sig, og det er individuelt, hvilke opgaver sygeplejerskerne vælger at uddelegere. Principielt får nye sygeplejersker ved introduktionen at vide, hvad denne 'gruppe' kan og må. Men i det daglige er der meget, der er op til fortolkning og forhandling. Og det er ikke altid klart for de nye sygeplejersker, hvordan de skal samarbejde med gruppen:

”Jeg kan ikke helt finde ud af det, fordi der er ikke rigtig nogen, der har præsenteret mig helt for, hvordan vi skal samarbejde med dem. [...] For eksempel når de ikke står på min patient. Om jeg så også godt må trække på dem, eller er det meningen, at jeg absolut ikke må det? Det kan jeg da også være lidt i tvivl om. Om man bare skal spørge?” (interview med sygeplejersker, Skejby: 34).

Det, at det kan være svært for nye sygeplejersker at finde ud af, hvem de kan bede om hvad, kan nogle gange godt føre til situationer, der er *”træls”*. Selv på den endokrinologiske afdeling, hvor arbejdsdelingen formelt set er mere tydelig og gennemdiskuteret, synes sygeplejerskerne også, det er svært at uddelegere arbejdet, dels fordi de gerne vil kunne klare det hele selv, dels fordi de ikke vil virke, som om de bare sætter assistenterne til at gøre alt det kedelige. Desuden spiller social- og sundhedsassistenternes competenceudvikling en rolle for, at sygeplejerskerne har svært ved at uddelegere.

"Efterhånden som de assistenter, de bliver kompetenceudviklet, så gider de slet ikke at lave noget på gangen. Så vil de lave det, som sygeplejerskerne laver. Hvis du oplever en assistent, som virkelig føler, som siger: 'Jamen jeg er på lige fod med dig. Hvis du ikke skal tage et sengebåd, så tager jeg det heller ikke.' Og så er det selvfølgelig klart, at man har svært ved at uddelegere det." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:14-15).

Ovenstående citat indikerer, at der i praksis stadig er noget, der kategoriseres som henholdsvis sygeplejerskearbejde og social- og sundhedsassistentarbejde. Sygeplejerskerne giver samtidig udtryk for, at der godt kan opstå spændinger omkring at uddelegere opgaver til assistenterne, og at de kan være bange for blive mobbet af de garvede assistenter med højt kompetenceniveau, som ikke vil finde sig i kun at varetage traditionelle assistentopgaver. Den relative kompetenceudligning, der er mellem sygeplejersker og assistenter, gør forhandlingen om faggrænserne i form af organisering af arbejdsopgaver mere kompliceret, fordi det i afdelingens kultur ikke er legitimt at uddelegere de praktiske plejeopgaver til assistenterne, fordi de er kompetenceudviklet og dermed oplever, at de står på lige fod med sygeplejerskerne.

"Nogle gange så har jeg rigtig svært ved at sige: 'Jamen jeg har rigtig mange administrative opgaver. Altså kan I ikke tage det sengebåd?' Altså, det er svært. Det er utroligt svært. Fordi så vil de sige: 'Jamen hvorfor kan vi som assistenter nå det ene og det andet, hvorfor kan du ikke nå det begge dele?' Det er der mange sygeplejersker, der er blevet frustreret over." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:12-13).

Uddelegering er en indirekte måde, hvorpå der løbende forhandles om faggrænser mellem assistenter og sygeplejersker. Når en sygeplejerske beder en assistent om at tage et sengebåd for hende, forhandler hun indirekte om faggrænserne mellem de to faggrupper, fordi et sengebåd traditionelt set opfattes som en assistentopgave, hvorved assistenten potentielt kan føle sig fastholdt i en gammel arbejdsdeling eller begrænset af faggrænser. Omvendt hvis en assistent beder en sygeplejerske om at tage et sengebåd, rykkes der ved den traditionelle opfattelse af, hvilke arbejdsopgaver en sygeplejerske skal varetage. Når faggrænserne udviskes ved at opkvalificere assistenter til at varetage mange af de samme opgaver som sygeplejerskerne, bliver forhandlinger om faggrænserne mere subtile og uigennemskuelige. Uigennemskueligheden og kompleksiteten styrkes af, at de enkeltes kompetenceniveauer er så forskellige.

### **8.3 Mere end medicinen til forskel**

Spørger man sygeplejerskerne, hvad forskellen på dem og social- og sundhedsassistenterne er, nævner de på hjerteafdelingen og på mave-tarm- og leverafdelingen medicinen som den første forskel. Social- og sundhedsassistenterne giver ikke medicin, det gør sygeplejerskerne. Det er tilsyneladende denne forskel, der er den mest indlysende. Konkret kommer det fx til udtryk ved, at sygeplejerskerne har nøgle til medicinrummet, mens social- og sundhedsassistenterne ikke har det.

"Man mener ikke, de har baggrunden for at kunne gå ind og medicinere ustabile patienter, fordi det jo kræver en vis form for observation. Der er jo mange, hvor man siger, ham gav jeg ikke hans morgenmedicin, fordi han lå med et lavt blodtryk, eller hvad det nu måtte være. Og det kræver trods alt en vis kompetence at ræsonnere sig frem til det, at man ikke

kun forlader sig på, at der kommer en læge om to timer..." (interview med sygeplejersker, Skejby: 31).

På den endokrinologiske afdeling er forskellen ikke medicin, for det kan alle social- og sundhedsassistenter jo give, hvis det er en del af deres kompetenceprogram. På den endokrinologiske afdeling skal sygeplejerskerne tænke nærmere efter for at kunne svare på spørgsmålet om, hvad forskellen er på dem og assistenterne. Men forskellen på dem og social- og sundhedsassistenterne er bl.a. også IV-medicinen – udover det at have de mest dårlige patienter, at det kun er sygeplejerskerne, der må lægge centralt venekateter, give blod og foretage nogle typer af injektioner.

Herefter deler opfattelserne sig, for der er generelt forskel på, om grupperne i øvrigt mener, der er forskel på sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Således er social- og sundhedsassistenterne på de tre afdelinger af den opfattelse, at der i øvrigt ikke er den store forskel – specielt ikke hvis man arbejder "på gangen", mens sygeplejerskerne peger på to afgørende forskelle: viljen til at påtage sig et ansvar og evnen til at reflektere.

### 8.3.1 Ansvar

Når der tales om forskelle mellem assistenter og sygeplejersker, er det gruppernes forskellige ansvarsfordeling, der fremhæves som den altafgørende forskel. Sygeplejerskerne fungerer dels som dem, der tager over, når assistenternes kompetencer ikke længere slår til, dels som afdelingens akutberedskab indtil lægen kommer. Også på den endokrinologiske afdeling er det sygeplejerskerne, der har ansvaret for komplekse patienter og akutte situationer, samt er de ansvarshavende på afdelingen i aften- og nattevagterne. Sygeplejerskerne skal tage sig af de mest dårlige og/eller komplekse patienter som fx KOL- eller ketoacidose-patienter. Desuden skal sygeplejerskerne stille sig til rådighed i gruppen ved at være parat til at besvare spørgsmål fra assistenterne og overtage ansvaret for en patient, hvis det bliver for kompliceret for assistenten. Sygeplejersken fungerer altså som 'backup' for assistenterne. Når en assistent oplever en situation, hvor hendes kompetencer ikke længere slår til, er det assistentens pligt at bede sygeplejersken om assistance, og det er så sygeplejerskens pligt at gå ind og tage ansvar for den pågældende opgave.

"Der er altid den risiko for, hvis der er en patient, der får det akut dårligt, selv om det er assistentens patient, så går assistenten fra, og så er du nødt til at træde til, og det er det, der gør en frustreret [...] for jeg ved, at jeg er nødt til at træde til." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:9).

Specielt de yngre sygeplejersker kan til tider opleve ansvaret som "en stor byrde" (interview med sygeplejersker, Herlev 1:9):

"Om dagen kan man måske ikke se forskellen synligt, men alligevel har jeg som sygeplejerske den der følelse af: 'Jamen der kan ske noget lige nu og her altså, og jeg er nødt til at være forberedt på det. Og det er den frygt, som assistenterne ikke går med.'" (interview med sygeplejersker, Herlev 1:9).

I aften- og nattevagterne træder forskellene mellem sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på den endokrinologiske afdeling mere tydeligt frem, idet arbejdsdelingen blandt plejepersonalet transformeres til en mere traditionel arbejdsdeling. Den



relativt ligebyrdige relation, som udspilles i dagvagterne, transformeres i aften- og nattevagterne til en mere traditionel hierarkisk relation, hvor sygeplejersken er gruppeleder og tager mere over ved at have ansvaret for afdelingen og dermed er i en position, hvor det er nødvendigt at indtage en mere uddelegerende rolle over for social- og sundhedsassistenterne samt at tage sig mere af det administrative arbejde. Assistenterne står i modsætning hertil hovedsagelig for de mere basale plejeopgaver.

Netop fordi sygeplejerskerne er tildelt et større ansvar, er det også dem, der har størst handlekompetence i plejepersonalet, hvilket ifølge sygeplejerskerne viser sig ved, at det er sygeplejerskerne, der tager over og skærer igennem, hvis der opstår tvivl om noget (interview med sygeplejersker, Herlev 1:4).

### 8.3.2 Refleksion

”Evnen til refleksion. Det er dér, hvor jeg ser en kæmpe forskel og meget vane. Altså ting bliver gjort, fordi sådan plejer jeg at gøre.” (interview med sygeplejersker:31).

Sygeplejerskerne mener, deres egen uddannelse lægger mere vægt på refleksion end social- og sundhedsassistenternes uddannelse, og de italesætter derfor sig selv som nogle, der er bedre til dels at reflektere over deres sygepleje, dels planlægge og følge op på et videre patientforløb. Sygeplejerskerne mener også, de i kraft af deres evne til at reflektere i højere grad formår at planlægge deres sygepleje, så den tilgodeser patienternes individuelle behov. Sygeplejerskerne fremhæver deres evne til at reflektere og deres teoretiske viden som noget særligt for sygeplejersker. De ser assistenterne som mere praktiske og handlingsorienterede.

”Vi har lært at reflektere meget mere over de ting, vi gør. Vi bruger teori- en utrolig meget, hvor assistenterne, de handler nu og her.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:12-13).

Nogle af sygeplejerskerne oplever, at assistenterne er bedre til at være ude i plejen, dvs. varetage de basale plejeopgaver som fx vask, end sygeplejerskerne er. Dette forklares med, at social- og sundhedsassistenterne har et bedre håndlag for sådanne opgaver qua deres uddannelse, og fordi de lægger mere vægt på patienternes personlige hygiejne end sygeplejerskerne gør.

”jeg synes ikke, når man ligger på et hospital, selvfølgelig er det vigtigt, at man er ren og bliver vasket og sådan noget. Men jeg synes ikke, det er det, der vejer mest, og det er der mange, altså det synes jeg kan være svært en gang imellem med assistenter og sygehjælpere, fordi de lægger meget stor vægt på det, og så glemmer de alt det andet. Altså de er på et sygehus for at blive behandlet, og det er det vigtigste.” (interview med sygeplejersker, Herlev 1:6).

Synspunktet er, at social- og sundhedsassistenterne har mere fokus på de basale plejeopgaver, mens sygeplejerskerne fokuserer på det behandlingsmæssige. Desuden synes sygeplejerskerne, at de nogle gange er bedre til at tænke lidt længere, forstået som evnen til at forudsige hændelser i patienternes forløb, end assistenterne er. Endelig mener sygeplejerskerne også, at deres vidensniveau er højere end assistenternes, og kæder det dels sammen med, at de har en længere uddannelse, dels at de qua arbejds-

og ansvarsfordelingen automatisk får større erfaring med at passe de komplekse patienter og derigennem opnår et højere vidensniveau.

#### **8.4 Social- og sundhedsassistenternes perspektiver på arbejdsdelingen**

Set fra sygehjælpernes og social- og sundhedsassistenternes perspektiv bruges deres kompetencer på afdelinger som hjerteafdelingen og mave-tarm- og leverafdelingen slet ikke nok i det daglige. Holdningen er, at der ikke er den store forskel på, hvad de kan i forhold til sygeplejerskerne. Medicinen adskiller dem, men ellers er der ikke meget. Holdningen er, at denne 'gruppe' er bedre til at huske at være omkring patienterne, og at de ofte har mere kontakt med patienter og pårørende end sygeplejersker og læger. (interview med social- og sundhedsassistenter, Skejby:3). Social- og sundhedsassistenterne opfatter sig selv som nogle, der er gode til basissygepleje, mobilisering, ernæring og hudpleje. Derudover oplever de også, at de i kraft af deres pleje af patienten har bedre forudsætninger for at danne sig et billede af patienten som person, mens de sygeplejersker, der går stuegang, interesserer sig mere for patientens medicinske tilstand. På alle tre afdelinger italesætter social- og sundhedsassistenterne sig selv som dem med tættest kontakt til patienterne, dels i kraft af deres kvalifikationer, dels i kraft af den øgede mængde administrative opgaver, der er blevet pålagt sygeplejersken:

"For vi er jo i vores faggruppe meget mere synlige ude på gangen [...]. Vi sidder ikke så meget med hovedet i papirerne og... eller foran pc'eren, eller alle de der ting, som jo desværre meget er blevet sygeplejerskernes opgave... svare på en telefon, eller... når der kommer et tilsyn eller..." (interview med social- og sundhedsassistent og sygehjælper, Bispebjerg:11).

Social- og sundhedsassistenterne fremstiller sig selv som mere handlingsorienterede og praktiske end sygeplejerskerne, fordi de ikke reflekterer lige så meget over som sygeplejerskerne over, hvordan de nu skal handle. Og de føler sig som de bedste til at yde omsorg over for patienterne. Social- og sundhedsassistenterne fremhæver ofte sygeplejerskernes teoretiske uddannelse som årsagen til, at de ikke er ligeså gode som dem til at opnå den tætte patientkontakt.

"Der er nogle gange for mange tænkere (...) blandt sygeplejerskerne. De er født med to venstre hænder, i forhold til at (...) gå ud og være praktisk og pleje og omsorgsfulde. (...) Vi er ikke så bange for at prøve. Der sker jo ikke noget ved at æ et andet menneske i hånden. Man kan jo hurtigt, hurtigt fornemme, om det menneske bryder sig om det." (interview med social- og sundhedsassistenter, Herlev:9-10).

Til gengæld erkender social- og sundhedsassistenterne, at sygeplejerskerne har større faglig viden end dem selv, fordi deres uddannelse er længere end assistenternes.

Derudover oplever social- og sundhedsassistenterne både, at de er langt bedre til at sørge for oprydning på afdelingen, og at det er tydeligt at mærke, når der kun har været sygeplejersker på arbejde, idet der så ikke er ryddet op i køkkenen, skyllerum eller tøjdepot. Der er enighed i gruppen om, at det er en opgave, man som social og sundhedsassistent påtager sig ansvaret for.

På den endokrinologiske afdeling oplever social- og sundhedsassistenterne, at nogle sygeplejersker har svært ved at uddelegere deres arbejdsopgaver, når de har travlt, og

de mener, at det er et levn fra tidligere tiders arbejdsorganisering, hvor sygeplejersken skulle klare alle tingene selv.

”Det er irriterende den ene dag at mærke, at nogen uddelegerer den kompetence til mig og siger: ’Den kan du godt klare. Det er jeg helt sikker på.’ Og så kommer du næste dag, og så er rebene fuldstændigt strammet ind.” (interview med social- og sundhedsassistenter, Herlev:17-18).

Særligt som nyansat og relativ uerfaren assistent mærkes sygeplejerskernes vægring mod at uddelegere opgaver til assistenterne. Nogle sygeplejersker uddelegerer rask væk opgaver til den nyansatte assistent, hvorimod andre sætter denne til at gå på gangen og varetage de traditionelle assistentopgaver.

## 8.5 Ændringer i arbejdsdelingen

Gruppen af social- og sundhedsassistenter repræsenterer lidt forskellige holdninger til, hvilke opgaver de gerne ville udvide deres arbejdsopgaver med. Nogle vil fx gerne varetage medicin, mens andre ikke ønsker at påtage sig denne opgave. De, der er blevet opskolet, føler dog, at de stadigvæk arbejder som sygehjælper, og de ønsker at ændre dette forhold. Som led heri foregår der for tiden et arbejde på hjerteafdelingen med at udvikle en fælles og nedskreven forståelse af, hvordan arbejdsdelingen skal foregå i det daglige.

Ifølge afdelingssygeplejersken er det fx tanken, at social- og sundhedsassistenterne oftere skal være koblet sammen med en sygeplejerske, hvor der er lidt tungere patienter, dvs. patienter der kræver megen pleje. Det overvejes også, om de kunne varetage dele af patientforløb, hvor de så er ansvarlige for alt andet end medicin:

”Altså bl.a. de der transplanterede, der kommer ind til kontrol, og de kan fint køre det der forløb, hvor vi så bare tager os af medicinen. Fordi den generelle holdning her på stedet, de må godt give 1 gram panodil fx til en patient, men ellers må de ikke varetage medicin.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:21).

Set fra afdelingssygeplejerskens perspektiv er der således tale om en arbejdsdeling, hvor der er rum for forbedringer, så arbejdsdelingen kommer til at fungere mere tilfredsstillende for social- og sundhedsassistenterne. Samtidig er dette dog svært, når afdelingen har så få stabile patientforløb.

På mave-tarm- og leverafdelingen er der ligeledes ændringer undervejs. Her er det ved at indføre tildelt patientpleje, hvor social- og sundhedsassistenter også vil have mulighed for at blive oplært i at gå stuegang, hvis de ønsker det.

## 8.6 Diskussion – sammen og hver for sig

De tre afdelinger repræsenterer tre forskellige måder at dele arbejdsopgaverne mellem sygeplejersker og andre plejegrupper. Den endokrinologiske afdeling skiller sig her mest ud, i og med at social- og sundhedsassistenterne er særligt kompetenceudviklet og på en række områder udfører samme opgavetyper som sygeplejerskerne, fx stuegang og medicin. Fortællingen om lighed er således også stærkest på denne afdeling. Samtidig med at de tre plejegrupper italesætter sig selv som en del af samme daglige arbejdsfællesskab, hvor alle på lige fod deltager i vagtarbejdet, snak under frokost og i pauser samt opmærksomhed på hinanden i svære situationer, så italesættes der også ind imel-

lem i det daglige forskelle, men dette sker på en måde, som synes at være omgærdet af konflikt, fx ved diskussioner af hvem der rydder op snarere end ved en faglig diskussion af forskelle. Sagt på en anden måde indeholder sygeplejerskernes italesættelse af deres lokale ideal-faglige identitet en delvis grænsedragning til sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter. Samtidig italesættes og praktiseres et socialt og arbejds-mæssigt fællesskab. Et element af fællesskabet kan måske ses som hængende sammen med, hvad Per Schaarup anser for at være et mere generelt træk ved sygeplejersker: nemlig behovet for tryghed og enighed (Schaarup 1995).

I interviewene havde sygeplejersker og især social- og sundhedsassistenter til dels forskellige opfattelser af, hvori deres faglige forskelle består. Som beskrevet i afsnit 6.1 er kontakten til patienterne og forestillingen om at være 'omsorgsgiver' noget, som fylder meget, dels i sygeplejerskernes generelle sygeplejefaglige identitet (se afsnit 6.1), dels i den afdelingsspecifikke ideal-faglige identitet (se afsnit 6.2). Af kapitel 6 fremgik det imidlertid, at det at drage omsorg for patienterne langt fra er den eneste vigtige sygeplejerskeopgave, men at opgaver som 'informationsgiver', 'overblik og uddelegering', 'medicin, behandling og observation', samt 'grundlæggende sygepleje' også er vigtige. Og af kapitel 7 fremgik, at sygeplejerskerne bruger en stor del af deres arbejdsdag på stuegang, koordination og administration og andre tovholderopgaver. I og med at sygeplejersker bruger en stor del af deres arbejdsdag sidstnævnte opgaver, så er deres ideal-faglige identitet som 'omsorgsgivere' med tæt fysisk kontakt til patienterne kommet under pres. Og af dette kapitel fremgår det eksempelvis, at social- og sundhedsassistenterne og sygehjælperne på de tre medicinske afdelinger i dag ser sig selv som de primære omsorgsgivere med den nære fysiske kontakt, mens de italesætter sygeplejerskerne som nogle "tænkere", der bruger megen tid inde på kontoret.

Sygeplejerskerne selv efterlyser også mere af den nære kontakt og mindre administration, dokumentation, medicin og koordination. Tendensen på alle tre afdelinger er således, at sygeplejerskerne hellere 'deler' nøglen til medicinrummet med social- og sundhedsassistenterne end opgiver den nære fysiske relation til patienterne og deres generelle og ideal-faglige identitet som 'omsorgsgivere'. Sygeplejerskerne giver således udtryk for et ønske om højere grad af overensstemmelse mellem de daglige opgavetyper og sygeplejerskens identitet som fysisk og psykisk omsorgsgiver. En identitet som Alselm Strauss har udpeget til at være sygeplejerskernes primære eksistensgrundlag (Strauss 2001:26).

## 9. Grænsedragningen til lægerne

”Hele det første år efter jeg var uddannet, synes jeg nærmest, det var det, der fyldte allermost: Hvordan får jeg dem [lægerne] i tale. Hvordan udvikler jeg nosser i det her fag? Hvordan bliver jeg modig og tør at stå ved det?! I stedet for bare at være en sød pige”. (Interview med sygeplejersker, Skejby:12-13).

Hvordan sygeplejerskerne ser på deres relation til lægerne, og hvordan denne relation udspiller sig i det daglige, vil blive diskuteret i dette kapitel. Det vil fremgå, at der er tale om forskellige og også ambivalente roller på alle tre afdelinger, og at det daglige arbejde både er præget af et nært samarbejde med lægerne, en sammenfletning af opgaver og samtidig af en distancering til lægerne. Kapitlet understøtter således den udbredte tese om, at læger er centrale figurer i sygeplejerskers definition af, hvem de selv er og ikke er – og dermed i den daglige iscenesættelse af, hvem de er som sygeplejersker. Sygeplejerskernes ideal-faglige og praktisk-faglige identitet er altså præget af samarbejdet og relationerne med lægerne.

### 9.1 Den historiske tilknytning til lægerne

Den medicinske sociologi indeholder ligesom professionssociologien og den medicinske antropologi en antagelse om, at der eksisterer et over- og underordningsforhold mellem læger og sygeplejersker (Aiken et al. 1997; Blomgren 1999; Katz 1969; Larsen 2003; Muff 1988; Samuelson 1991; Star et al. 1999). Nogle gange forklaret ud fra forskellen i køn – læger har traditionelt været mænd, sygeplejersker traditionelt kvinder (Gamarnikow 1991; Hallam 2002; Littlewood 1991b; Lupton 1994; Muff 1988; Wiener 2000), nogle gange som en forskel i arbejdsteknologier – læger er specialiserede og sygeplejersker generalister (Freidson 1970 og Strauss 1966 i Aiken og Sloane 1997, (Halpern 1992) og endelig som en følge af den samtidige udvikling af den stærkere lægeprofession (Wiener 2000:28-29). Ifølge både Tine Rask Eriksen og Torunn Hamran har lægeprofessionens udvikling bl.a. resulteret i, at det er lægeverdenens medicinske rationalitet, der dominerer sygehusverdenen, mens den omsorgsrationalitet, som er knyttet til sygeplejerskernes plejearbejde, er trængt i baggrunden (Eriksen 1986:9-10; Hamran 1887:38-39).

Sygeplejen har været at betragte som 'det udifferentierede andet' – *“the undifferentiated other”* (Bowker et al. 1999:252) – alt det lægerne ikke gør i behandlingen af patienter. Sygeplejen får ting til at hænge sammen. Kristian Larsen peger på, at selve organiseringen af arbejdet tyder på, at sygeplejerskernes arbejde primært tillægges værdi efter det, de bidrager med til lægernes behandling (Larsen 2003:287). Sygeplejersker forbindes ofte med såkaldte feminine værdier som altruisme, omsorg, blidhed og empati (Lupton 1994:123), men også med en kamp om at vinde ligeværdighed over for lægerne og opnå en form af den autonomi, lægerne traditionelt har haft, se fx (Larsen 2003: 293). Professionaliseringen af sygeplejen har som noget centralt indeholdt en ligestillingskamp over for lægerne, fx i forhold til ledende stillinger (Sognstrup 2003), og

dermed et forsøg på at ændre den historiske tilknytning til lægerne som en servicerende hjælpeggruppe. Samtidig forbindes sygeplejerskerne dog også med magtesløshed (Armstrong-Stassen 2003; Muff 1988) og med kvindelige træk som afhængighed, passivitet og behov for anerkendelse fra andre (Muff 1988:198). Den norske SINTEF-rapport peger på, at samarbejdet med lægerne stadig synes at være præget af på den ene side underordnelse og på den anden side selvstændighed.

## 9.2 Hverdagens ambivalente roller

Hvor plejepersonalet på de tre studerede afdelinger 'bebor' afdelingerne ved, at de har deres arbejde her og former et fællesskab omkring dette, så har lægerne en anden status. De både er der og er der ikke. De har kontorer andre steder, eksempelvis på "*lægegangen*" og deres arbejde flere forskellige steder. Lægerne træder også ind og ud af forskellige relationer med sygeplejerskerne i det daglige – måske som konsekvens af, at deres tilstedeværelsesmønster og arbejde er anderledes; det er både anderledes organiseret og anderledes af indhold. Således fremstår lægerne i nogle relationer som del af et fællesskab med sygeplejerskerne og i andre relationer som en gruppe, der er anderledes end sygeplejerskerne. Ofte italesættes forskellene ud fra nærhed til patienterne, men også ud fra forskelle i professionsfagidentiteten. Lægerne indgår således som en væsentlig brik i sygeplejerskernes daglige 'identitetsarbejde', hvor de diskursivt sætter grænser for deres egen faglighed og opfattelsen af, hvem de selv 'er' ved at italesætte sig selv som anderledes end lægerne.

På de tre undersøgte afdelinger tager sygeplejerskerne ofte afstand fra forestillingen om sygepleje som underordnet lægernes medicinske behandling. Sygeplejerskerne giver udtryk for et ønske om at blive opfattet som ligestillede samarbejdspartnere til lægerne. De taler om sig selv som andet og mere end lægens assistent og som mere end én, der udfører lægens ordinationer. De italesætter således en gensidig relation mellem lægers og sygeplejerskers arbejde som to forbundne dimensioner, der er nødvendige for, at patienten skal blive rask.

Men der er ikke altid overensstemmelse mellem denne generelle og ideal-faglige identitet, som sygeplejerskerne italesætter, og så den praktisk-faglige identitet de har mulighed for at praktisere i det daglige. Relationen mellem læger og sygeplejersker er stadig hierarkiseret, hvilket bl.a. betyder, at sygeplejerskerne i nogle situationer selv aktivt må gøre opmærksom på deres perspektiv og berettigelsen af deres observationer.

Den daglige iscenesættelse af relationen mellem sygeplejersker og læger på de tre afdelinger er således kompleks, flertydig og ambivalent. Kompleks fordi der er mange forskellige ting på spil i relationen. Flertydig fordi relationen består af flere forskellige slags relationer, spændende fra ligeværdigt samarbejde, hvor den enes viden og handlinger komplimenterer den andens, til en hierarkisk relation, hvor sygeplejersken er lægens underordnede. Sidstnævnte relation giver i nogle sammenhænge anledning til modstandsarbejde, mens positionen i andre situationer er mere kærdkommen – fx når sygeplejersker ønsker at tilskrive lægerne ansvaret for en dårlig patient. Relationen er dermed også ambivalent, fordi sygeplejerskerne på den ene side italesætter sig selv som selvstændige i opgaveudførelsen og samtidig som værende meget anderledes end lægerne. På den anden side fylder samarbejdet med lægerne en del, herunder også

ønsket om, at lægerne er til stede og påtager sig deres del af ansvaret. I nogle sammenhænge udmønter dette samarbejde sig i en slags mor-far-barn relation<sup>63</sup>, hvilket specielt er tydeligt på de to afdelinger, hvor patienterne ofte er ældre og svækkede; i andre sammenhænge i en slags (odi et amo) had-kærlighedsrelation, hvor sygeplejerskerne til tider distancerer sig verbalt fra lægerne, men samtidig også sætter pris på deres tilstedeværelse og beslutningskompetence. Specialet på hjerteafdelingen giver sygeplejersker og læger en fælles viden og et fælles udgangspunkt, som ikke kan findes i samme omfang på de andre afdelinger. Men også her er der tale om et ambivalent forhold.

Man kan argumentere for, at organiseringen af arbejdet og arbejdsdelingen i sig selv er en kilde til flertydighed og ambivalente følelser. Dette skal forstås på den måde, at selvom arbejdsdelingen formelt set er klar, så er det ofte sygeplejersken, der qua hendes tilstedeværelse og tovholderfunktioner først kommer i besiddelse af centrale observationer og viden om patienterne – en viden, der skal formidles og nogle gange 'sælges' til lægerne. Hun skal så at sige påkalde sig lægens opmærksomhed. Samtidig er sygeplejersken også den, der tjekker og udfører lægens ordinationer, vurderer ordinationerne og potentielt set stiller sig kritisk over for dem. Dette kan give anledning til diskussioner af, hvad sygeplejersker kan og ikke kan. Og det kan bringe ligeværdighedsidealet i spil.

### 9.2.1 Den verbale distance

Q: Altså jeg vil gerne sige, at jeg på intet niveau identificerer mig med lægerne.

Y: Nej, det gør jeg godt nok heller ikke. (interview med sygeplejersker, Skejby: 18).

Lægerne omtales generelt ikke af sygeplejerskerne som nogen, der er en del af fællesskabet på sengeafdelingen, men snarere som nogen der tilhører en selvstændig gruppe. De omtales ofte ikke ved navn, men bare som "*De*", "*Dem*", "*lægen*", "*lægerne*", "*doktoren*", "*überdoktoren*", "*professoren*" eller som det helt upersonlige "*lukke-slukke*". Den enkelte læge nedtones dermed som individ i sygeplejerskernes omtale af lægerne. Når sygeplejerskerne bruger den mere afstandsskabende kategori om lægen, er det ofte i situationer, hvor hun markerer en forskel. Hvordan sygeplejerskerne taler om lægerne afhænger dog også af, hvilken relation de pågældende sygeplejersker har til 'ham'. Nogle omtaler de således ved navn, mens andre bare er "*lægen*". På mave-tarm- og leverafdelingen er der som den eneste af de tre afdelinger en læge i afsnitsledelsen. Han omtales som regel ved navn. Men generelt, også i samtale med patienterne, omtaler sygeplejerskerne ofte lægerne som "*Dem*" eller "*han*":

"Men lad nu dem om det". (observationsdata, Skejby)

"Er der ellers noget? Stuegang er lidt senere. Han [lægen] er i gang med noget andet. Du kender dem [lægerne] jo efterhånden." (observationsdata, Skejby)

---

<sup>63</sup> Hvor lægen er den patriarkalske far med beslutningskompetencen, mens moren er omsorgsgiveren og den der får alt det praktiske til at fungere, mens patienten er barnet, der endnu ikke er myndigt. Se fx (Muff 1988).

Sygeplejerskerne siger herom:

”Jeg siger til patienten, at det er lægen, der gør det. Og det er for at få det skåret ud i pap til patienten: Jeg gør det her, og lægen gør det her. [...] Det er mig, og det er lægen [markerer grænse på bordet].” (interview med sygeplejersker, Skejby:20).

Sygeplejerskerne lægger i nogle situationer en ironisk afstand i deres stemmeføring, når de taler om lægernes beslutninger, og bruger også stemmeforvrængninger i gengivelsen af en beslutning – virkemidler de ikke bruger, når de taler om deres sygeplejekolleger. Igen kan dette forstås som en markering af, at lægerne står udenfor ’det nære afdelingsfællesskab’. Selvom lægerne nogle gange omtales som *”Dem”* og *”lægerne”* – og dermed som en gruppe, anses de også for at være meget forskellige. Disse forskelle knyttes af sygeplejerskerne på hjerteafdelingen nogle gange sammen med lægernes subspecialisering inden for kardiologien og deraf følgende kardiologiske primære interesser. I modsætning til deres egen faggruppe omtales lægerne også nogle gange som internt uenige af sygeplejerskerne. Specielt når der er tale om uenigheder, der får betydning for sygeplejerskernes oplevelse af muligheden for at udføre deres arbejde. Det kan fx være uenigheder om, hvor længe forskellige patientkategorier bør være indlagt og dermed om, hvornår der kan disponeres over en seng. Det kan også være under morgenkonferencerne, hvor de behandlingsmæssige beslutninger skal træffes.

”Der er nogle gange koordinatoren må gå ind – ikke at lægge sig imellem – men sige, altså nu må den diskussion stoppe, og vi bliver nødt til at komme videre. Fordi de [overlægerne] simpelthen mere eller mindre kan skændes om, hvordan den bedste behandlingsstrategi vil være. Og så sidder de. Og alle sammen er kloge. Og når de så er gået, så er der ikke nogen, der har taget den endelige beslutning. Og så er vi lige vidt. Og det er så irriterende.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:26).

Relationen er på én og samme tid præget både af respekt og af afstandtagen. På hjerteafdelingen produceres billedet af respekt ofte i forbindelse med omtale af lægernes faglige kunnen og af det hjertemedicinske speciale på Skejby. Det tales om som værende positivt og kendetegnende for en *”rigtig”* læge, når ’han’ er *”rigtig dygtig og helt cool”*, når han *”kan sit kram”*, når han *”udstråler autoritet”*, når *”der er meget evidens ved ham og ikke så meget sjussen”*, og når *”hun er bestemt”*. Omvendt er billedet af den mindre gode læge på alle tre afdelinger én, der virker usikker. Gode læger italesættes også af de to andre afdelingers sygeplejersker som nogle, der er kompetente, kan handle hurtigt og som tager ansvar for afdelingens patienter. Gode læger er samtidig dem, der lytter til, hvad sygeplejerskerne har at sige.

### 9.2.2 To ligeværdige perspektiver

”Det er noget med den måde man ser på patienten. Det er det der med, vi går ind og observerer, hvordan de har det, deres farver og hvordan det ene og det andet fungerer, og lægerne sætter sig ned og kigger rent biokemisk og fysiologisk på de forskellige svar. [...] Det er to uundværlige planer at se patienten på for at få dem raske. Altså sådan ser jeg på det i hvert fald, og det er jo et samarbejde, fordi vi ser måske symptomerne på noget af det, de kan forklare. Hvor vi gør nogle direkte fysiske ting for pa-



tienterne, som kan bedre eller lindre deres symptomer, så kan lægerne noget konkret medicinsk." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:24).

Når sygeplejerskerne taler om sig selv i relation til lægerne, sætter de ofte fokus på, at de kan noget kvalitativt anderledes end lægerne. De ser sådan på det, at sygeplejerskers arbejde supplerer lægernes – og omvendt. Der italesættes en gensidig afhængighed, hvor sygeplejerskerne ikke kun ser sig selv som afhængige af 'lægen', men også ser lægen som afhængig af deres arbejde, hvis der skal komme et fornuftigt resultat ud af det fælles arbejde.

"Jeg ville rigtig have en stuegang, uden der var en sygeplejerske til stede. For der er mange af de grundlæggende ting som især ernæring og de der grundlæggende, sygeplejemæssige ting, som kræver lægelige ordinationer en gang imellem, der ikke lige ville være fokus på [...] ...de [lægerne] ville se rigtig mange gode ting, og reagere på mange ting medicinsk, men netop de der ting, som vi er uddannede til, det har de jo ikke fokus på." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:9).

Sygeplejerskerne fremhæver, at de tænker mere humanistisk, mens lægerne har en mere naturvidenskabelig måde at tænke på. Sygeplejerskerne oplever også, at lægerne ikke er så interesserede i de problemstillinger angående patienterne, der ikke er så fagligt spændende og statusgivende som fx demenspatienter og døende patienter. Sygeplejerskerne siger derfor, at de sørger for at gøre lægerne ekstra opmærksomme på sådanne problemstillinger i forbindelse med stuegang. Hvad angår terminale patienter mener sygeplejerskerne således, at læger og sygeplejersker har forskellige syn på, hvad der etisk korrekt at gøre, fx i tilfælde hvor det skal besluttes, om patienter med hjertestop skal genoplives eller ikke. Sygeplejerskerne vil gerne skåne patienterne for at skulle igennem et langt og lidelsesfuldt forløb, mens de oplever, at lægerne gerne vil blive ved med at behandle indtil sidste åndedræt.

"Vi [sygeplejerskerne] tænker måske lidt mere omsorgsmæssigt, mere humanistisk, hvor lægerne selvfølgelig er meget mere naturvidenskabelige på mange områder, og vi skal behandle og fortsætte behandlingen... (...) indtil vi absolut ikke kan længere. Hvor jeg nogle gange synes, at det er uetisk at blive ved, fordi vi står overfor en patient, hvor vi alligevel godt ved, hvor det bærer hen. Der er bare ikke nogen, der tør at sætte ord på." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:9).

Sygeplejerskerne oplever, at de diskuterer en sådan problemstilling mere åbent. Og de giver udtryk for, at de bliver ved med at forsøge at påvirke lægens holdning. De synes, det er dem, der kender til patienten og de pårørende og ved, hvad der er på spil.

"I sidste instans er det jo lægerne, der har ordinationsretten og bestemmelsen over, hvad skal der ske med den her patient. Men selvfølgelig gør vi, hvad vi kan for at påvirke dem. Og det tror jeg da har effekt." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:9).

Lægerne siger omvendt, at de er tilbageholdne med at ordinere, at patienter ikke skal genoplives ved hjertestop, fordi de er bange for, at sygeplejerskerne så nedprioriterer al anden behandling, fordi de tænker patienten som opgivet.

### 9.3 Hierarki og afhængighed

"Altså når man for tiende gang skal have fat i den samme overlæge og sige, altså prøv lige og hør her, og jeg godt ved, at han synes, åh, nu kommer hun altså bare igen. Det er da et pres. Og det er da irriterende og træls." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:4).

Flere ting tyder på, at fortællingen om de to ligeværdige perspektiver er en 'modfortælling' – en fortælling der anvendes til at dæmme op for det for sygeplejerskerne 'indlysende uretfærdige' og nogle gange også ydmygende i, at sygeplejerskerne står under lægerne i beslutningskompetencer.

Det daglige og konkrete samarbejde følger nemlig ikke altid sygeplejerskernes idealfaglige forestilling om ligeværdighed. Dette bliver tydeligt i sygeplejerskernes fortællinger om det daglige arbejde og om det at være sygeplejerske. Vendinger som *"sygeplejersken er halsen, der drejer lægens hoved i den rigtige retning"* eller *"at få dem på sporet"* vidner om, at sygeplejerskens perspektiv og konkrete observationer ikke altid er noget, lægen automatisk efterspørger, dvs. er noget, der indgår som en naturlig og ligeværdig del af stuegangen. Det kan tværtimod være noget, sygeplejersken selv aktivt må gøre opmærksom på under stuegangen:

"Der er altså hierarki, det kan du ikke komme udenom. Men man lærer da også at komme udenom ved netop at bruge nogle af de der faglige argumenter. At få dem til at se: "det har jeg faktisk overhovedet ikke tænkt på". Altså, det vil du aldrig høre en læge eller en overlæge sige, men du kan godt få dem... på sporet... hvis man bare kan argumentere fagligt." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:29).

Hvis man som sygeplejerske vil have et synspunkt igennem overfor lægen, fx hvis sygeplejersken mener, en patient har brug for en PEG-sonde, siger sygeplejersken det ikke altid direkte, men vælger i stedet at *"spore"* eller *"lede"* lægen i den retning, hun ønsker. Eller som en sygeplejerske kommenterer, at hun selv synes, hun er "blevet god til at spørge ledende".

Udover hierarkiseringen af faglige perspektiver føler sygeplejerskerne også indimellem, at lægerne behandler dem som assistenter:

"Når vi snakker om stuegang, og hvordan det har fungeret med et afsnit med mange nye sygeplejersker, så får lægerne også nogle gange... lidt lov til at bestemme... og får lov til at bilde de der unge, ikke kun unge, men også nye sygeplejersker, en masse på ærmet om, at de skal lave nogle ting. Hvor [...] hvis der sad et afsnit med 10 garvede sygeplejersker, der har været her i 15 år, så fik de ikke lov til at [...] bruge os som nogle assistenter. Det tror jeg simpelthen ikke på." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:29).

Selvom sygeplejerskerne diskursivt bekæmper forestillingen om at være lægens assistent, så vidner ovenstående om, at der alligevel nogle gange er situationer, hvor de føler sig som sådan. Sygeplejersken som lægens assistent italesættes af sygeplejerskerne som én, der i stedet for at supplere lægen med deres faglige viden blot "fodrer" lægen med informationer, han selv kunne have læst sig til:

"Det vi gerne vil hen imod, det er at bruge mindre tid på at være lægernes assistenter. Vi bruger utrolig meget tid, synes jeg, på at huske læger-

ne på nogle ting, som man måske allerede har sagt én gang: Jamen husk nu også, at der var den samtale, husk nu også det der medicin, der skulle ændres, husk nu også det skulle det der tilsyn... og det er en utrolig, tabelig ting at bruge tid på... jeg har også oplevet meget at... at brugt, netop meget ventetid på stuegang, på at lægerne måske står og flapper rundt i en journal inde på stuen, og man selv kender patienten og har måske ikke brug for at være der og så videre, så det vil være meget der også, der skal spares tid på stuegang, men det skal også gøres bedre, men især få frigjort noget tid, for os, til at være ved patienterne, i stedet for." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:6).

Dette forhold afspejles også i, at sygeplejerskerne giver udtryk for, at de mest erfarne sygeplejersker på afdelingen prøver at 'opdrage' de nye sygeplejersker til ikke at være så autoritetstro over for lægerne. Forsøgene på at nedbryde autoritetstroen kan ses som sygeplejerskernes forsøg på at skabe større overensstemmelse mellem deres ideal-faglige billede på en ligebyrdig samarbejdsrelation og det samarbejde, som praktiseres på afdelingen i det daglige (den praktisk-faglige samarbejdsrelation), hvor sygeplejerskerne ikke altid oplever, at deres observationer og status som sygeplejerske værdsættes og anerkendes.

Afhængighedsrelationen udspilles og opleves på forskellige måder. Fx opleves det at være en afgørende forskel, om lægerne er i stand til at træffe de behandlingsmæssige beslutninger, som sygeplejerskerne er afhængige af. Det opleves også som afgørende, om lægerne lytter til sygeplejerskernes vurderinger eller ej.

Lægen er på denne vis kontinuerligt til vurdering af sygeplejerskerne, idet dennes kompetencer og evne til at træffe beslutninger har stor indflydelse på sygeplejerskernes arbejdsgange. De reflekterer kritisk over lægens beslutninger og påtager sig hermed for det første et uformelt ansvar for behandlingen. Dette gør de til dels, fordi det er dem, der skal forklare patienterne, hvorfor de forskellige beslutninger er blevet truffet, og det kan være svært at gøre, hvis ikke de kender til de bagvedliggende argumenter, eller hvis de ikke føler, at de kan stå inde for argumenterne bag beslutningen. Hertil kommer, at sygeplejerskernes kritiske refleksion også fungerer som en kontrol af fx lægens medicinordinationer. Endvidere forhandler sygeplejerskerne med lægerne om patienternes medicinske behandling, dels ud fra deres egne stillede diagnoser, som er baseret på observationer af patienterne, dels ud fra etiske overvejelser, fx hvornår det er mest etisk at lade behandlingen af en terminal patient ophøre. For det andet medfører sygeplejerskens vurdering af lægens arbejde, at hun stiller sig selv i en position, hvor hun ser lægen 'udefra' og udtaler sig om denne 'udefra'. Sygeplejerskerne på to af de tre afdelinger gav således kun sjældent udtryk for at vurdere en sygeplejekollegas arbejde og stillede sig aldrig i en kritisk position over for kollegaer. Ind imellem vurderede de, hvad deres sygeplejestuderende havde af kompetencer, men dette i en sammenhæng der

handlede om at målrette opgaver til dem. På mave-tarm- og leverafdelingen var der dog også situationer, hvor sygeplejersker kritiserede sygeplejerskekollegaers arbejde<sup>64</sup>. Selv om en sygeplejerske i nogle stuegangssituationer kan være den mest erfarne i forhold til en yngre, uerfaren læge, er sygeplejerskerne bevidste om ikke at tale til lægerne, så de fremstiller sig selv som bedrevidende. Lægen må helst ikke føle, at denne taber ansigt overfor sygeplejersken, idet dette kan føre til 'magtkampe', som sygeplejerskerne opfatter som negative og ukonstruktive.

"Vi er sygeplejersker, vi er ikke lægeuddannede, vi skal jo et eller andet sted passe på at servere tingene, så det ikke bliver misforstået, for man skal jo ikke fremstå som bedrevidende. [...] det handler om ikke at tabe ansigt overfor mig." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:18).

Derfor forsøger sygeplejerskerne at formidle deres viden til lægerne på en tilpas diplomatisk måde, der forhindrer lægen i at tabe ansigt til sygeplejersken. Dette kan fx gøres ved, at sygeplejersken lægger ud med selv at vise, at hun ikke ved, hvad der er galt med patienten, og så spørge lægen om han har nogle forslag. Sygeplejerskerne siger, at de opfører sig sådan over for lægerne for at undgå en jantelovsagtig magtkamp. De har den holdning, at det ikke gælder om at være den klogeste, men om at patienten får den bedst mulige behandling.

Stuegangene på de tre afdelinger og morgenkonferencen på hjerteafdelingen er nogle af de dagligdagssituationer, hvor hierarkiet mellem læger og sygeplejersker kommer til udtryk:

### 9.3.1 I audiens ved morgenkonferencen

Kl. 8.30 hver morgen ankommer lægerne på hjerteafdelingen til den daglige morgenkonference, der afholdes alle hverdage på nær onsdag. Det er kun yngre læger (reservelæger og 1. reservelæger), der går stuegang på hjerteafdelingen. Overlægerne deltager så til gengæld i morgenkonferencen, hvor de er en del af beslutningsprocessen om, hvad der videre skal ske med patienters behandling. Udover de yngre læger, der skal gå stuegang, sidder der således typisk en *"insufficienslæge"*, en *"rytmelæge"* og en *"transplantationslæge"* med til morgenkonferencen. Konferencerne fungerer som en formaliseret anledning til, at de observationer, sygeplejersken og de andre plejegrupper (repræsenteret ved sygeplejersken) gør sig om patienterne, kan indgå i lægernes beslutningsproces. Morgenkonferencerne er dog også en anledning til et møde mellem lægers og sygeplejerskers vidensformer, hvor sygeplejersken kan være med til at sætte dagsordenen for, hvad det er relevant at forholde sig til i forhold til de konkrete patienter.

Sygeplejerskerne deltager i kredsen én efter én, efterhånden som de patienter, de har, bliver gennemgået. Nogle gange står sygeplejerskerne og venter på, at det bliver deres tur. Når det bliver ens tur, informerer den enkelte sygeplejerske kredsen af læger

---

<sup>64</sup> To sygeplejersker taler om, at de ikke kan finde ud af, hvad tid noget væske er sat op hos en patient. Sygeplejerske I bladrer frem og tilbage i journalen: *Det er jo svært at finde ud af... kl. bjp!* [siges med eftertryk for at pointere at klokkeslettet ikke er angivet]. Sygeplejerske J: *Den står nok og løber dernede.* Sygeplejerske I: *Ja, det må vi jo formode.* Sygeplejerske I bladrer frem og tilbage i journalen igen og ender tilsyneladende med at konkludere, at væsken ikke er sat op alligevel: *Det er sjusk* [hun nævner navnet på en sygeplejerske]. *Sådan kan man ikke skrive det.* Sygeplejerske J: *Det kan være, hun har skrevet det, fordi hun troede, hun kunne nå det.* (observationsdata, Bispebjerg).

om sygeplejestatus på de patienter, hun har ansvaret for den dag, og det diskuteres, hvilke behandlingsmæssige beslutninger der bør træffes om patienterne. Morgenkonferencen kaldes i daglig tale også for at være "*i audiens hos lægerne*." For flere af sygeplejerskerne kan kravet om denne form for informationsgivning virke som lidt af et pres, hvor man virkelig skal vise, at man "kan" og at man "ved". Der er således mange, der "*føler det som en eksamen*"; og de stiller store krav til deres egen præstation. De vil gerne demonstrere indsigt over for lægerne, og de synes, det føles pinligt, hvis man ikke kan informere lægerne om det hele. Flere kan genkalde sig, hvordan det føltes i begyndelsen:

"I starten synes man, at det er lidt ligesom at komme til eksamen kl. halv 9 hver morgen [alle griner]. Man ved godt, hvad hans temperatur er, og hans vægt, fordi man har vejet ham, men hvad var så hans INR ud fra i går, og hvad med de der blodprøver, og har han fået lavet EKKO og alle mulige andre skøre ting, og man tænker åh, bare de ikke spørger om det, fordi det ved jeg ikke" (interview med sygeplejersker, Skejby:16).

For mange er det sådan at:

"Man skal have været her i et godt stykke tid, før man ikke hader det mere. I lang tid så er det simpelthen bare, åh, noget man hader som pesten, og skal ind til de der morgenkonferencer." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:26).

Et bud på, hvad der er med til at gøre det svært, er, at selve formen måske er med til at synliggøre og fastholde billedet af sygeplejersken som én, hvis observationer blot indgår som en underordnet del af lægernes beslutninger. Men at hun – også rent fysisk – blot står på sidelinjen i forhold til denne beslutningsproces og venter på at blive tilsagt. Samtidig vil hendes faglige kardiologiske viden også være underlegen i forhold til overlægerne.

"Det er sådan lidt den der hakkeorden, tror jeg. De føler – de føler sig underlegne på en eller anden måde." (interview med afdelingssygeplejersken. Skejby:27).

Selvom sygeplejerskerne ofte laver grin med, at de selv pisker en stemning op omkring "*audiensen*" hos lægerne, og de siger, at det i virkeligheden ikke er noget at være nervøs for, så er der flere, som har deres egne hemmelige våben i den lille 'styrkeprøve' med lægerne. Det kan være at gemme en lille triumf i ærmet, så man kan runde audiensen af med at lyde rigtig klog, eller det kan være at vende spørgsmålene mod de yngre læger, så de skal informere:

"Faktisk så bliver de mere forskrækkede, når man sætter sig ned og nævner patientens navn og så siger: Ved du hvad, det var ham du gik stuegang på i går, kan du ikke lige fortælle om ham? For så bliver de faktisk nogle gange mere forskrækkede." (interview med sygeplejersker, Skejby:16).

### 9.3.2 Stuegang

Sygeplejerskernes afhængighed af lægerne kommer også til udtryk i forbindelse med stuegang. De fremstiller det selv på den måde, at de er afhængige af, at lægen er i

stand til at træffe de rette medicinske beslutninger og helst i et vist tempo. Hvis dette ikke sker i tilstrækkeligt omfang, betyder det, at de bliver nødt til at vente til næste dag med at få truffet de nødvendige beslutninger, hvilket fx kan betyde, at patientens indlæggelsestid forlænges. Samtidig er det sygeplejerskerne, der føler, at det er dem, som skal sikre en vis kontinuitet i patientens indlæggelsesforløb. Sygeplejerskernes arbejde har i mange henseender en tovholderfunktion, fordi det er dem, der husker på alle de enkelte brikker som fx blodprøver, hjemmepleje, medicinændringer og undersøgelser.

Hvordan sygeplejerskerne arbejder sammen med lægerne om en stuegang, varierer alt efter, hvad der skal ske under stuegangen, og hvem der skal gå stuegang. Der er også forskelle på de tre afdelingers stuegangspraksis. På hjerteafdelingen arbejder de fx efter et princip om 'behov stuegang'.

"Vi forsøger at gå behov stuegang. Og hvis lægen har været på stuegang med den patient de sidste 2-3 dage, og det ellers er en fornuftig læge, som kan snakke et sprog – vi ved godt, hvem af lægerne der kan snakke et sprog, som patienterne forstår – så kan vi jo fint lade dem selv gøre det. Der jo ingen grund til, at vi så står der også. Men ved man, at der skal snakkes lidt mere dybdegående om nogen ting og lidt mere, så følger vi selvfølgelig med." (interview med afdelingssygeplejerske, Skejby:31).

Sygeplejerskerne påtager sig således som deres opgave at vurdere, om der er behov for at deltage i stuegangen, alt efter hvor komplekst emnet, der eventuelt skal tales om, er, og efter hvor god den aktuelle læge er til at formidle budskaber til patienter.

På de øvrige to afdelinger er der ingen lægekonsference, som sygeplejerskerne har deltaget i før stuegang, og her går stuegang på alle patienter. Nogle gange begynder stuegangen med, at sygeplejersken og lægen taler de enkelte patienter igennem inde på sygeplejerskernes kontor. Det er ikke altid, lægen har læst rapporten på patienterne. Sygeplejersken gør ofte lægen opmærksom på forhold, som hun finder vigtige for lægen at være opmærksom på. Andre gange går sygeplejersken og lægen mere eller mindre direkte i gang med at gå rundt til patienterne uden 'formøde'. Under stuegangen giver sygeplejersken forskellige oplysninger om patienterne til lægen (fx omkring vægt, væske, afføring, kost, smerter og om patienten har været oppe at gå, patientens sociale forhold eller tidspunkter for undersøgelser) og svarer på de spørgsmål, lægen stiller herom. Sygeplejersken foreslår ind imellem lægen forskellige forhold, hun vurderer, der skal tages stilling til<sup>65</sup>.

På mave-tarm- og leverafdelingen har de tidligere oplevet at have en overvægt af unge og uerfarne læger under stuegangen, og også i observationsperioden var der dage med unge læger på stuegang, om end der i perioden hovedsagelig var erfarne læger på stuegang. Sygeplejerskerne kunne blive frustrerede over, at stuegangen tager længere tid med en uerfaren læge:

---

<sup>65</sup> Sygeplejerske A til læge C: *Nu vil jeg godt spørge, ville det være en idé at lægge PEG-sonde?* De diskuterer dette. Herefter taler de om en kvindelig patient, der får morfin. Læge C er meget enig med sygeplejerske A om, at det ikke går længere at give hende morfin. Læge C spørger, om patienten kan komme hjem i dag? Sygeplejerske A svarer, at det mener hun ikke, at patienten vil. (observationsdata, Bispebjerg).

”De [sygeplejerskerne] har en engels tålmodighed. Nogle gange, så er stuegangene meget lange, når de har sendt de der unge [læger], som er på spirestadiet. Det var ikke nok at bruge formiddagen til at gå stuegang, de brugte jo eftermiddagen til hjælp også til at blive færdige, fordi det ikke er rutine for de der stakkels unge doktorer. Og jeg synes måske, det er lidt unfair, at det så er sygeplejersken, der skal stå der og trippe og ikke kan komme videre.” (interview med social- og sundhedsassistent og sygehjælper, Bispebjerg:9).

Problemet har så at sige været dobbelt på mave-tarm- og leverafdelingen, dels fordi der ifølge sygeplejerskerne i en periode har været en overvægt af yngre læger på stuegang, dels fordi den samlede sygeplejerskestab også er relativ uerfaren. Hvor en erfaren sygeplejerske på andre afdelinger kan hjælpe den uerfarne læge gennem stuegangen, var der ikke altid denne mulighed på mave-tarm- og leverafdelingen.

Udover den ventetid, der kan være forbundet med, at en ung og uerfaren læge går stuegang, så oplever sygeplejerskerne, at stuegang med en erfaren læge også kan være forbundet med meget ventetid, enten fordi lægen *”står og flapper rundt i en journal”* (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:6), eller fordi sygeplejerskerne føler, de blot er til stede for at give lægen oplysninger, denne kunne have læst sig til i rapporten (fx om en patients blodtryk, hvornår patienten skal til en undersøgelse eller lignende):

”Vi bruger utrolig meget tid, synes jeg, på at huske lægerne på nogle ting, som man måske allerede har sagt én gang: Jamen husk nu også, at der var den samtale, husk nu også det der medicin, der skulle ændres, husk nu også det skulle det der tilsyn... og det er en utrolig, tåbelig ting at bruge tid på.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:6).

Det kan også for sygeplejersken opleves som en prøvelse, når lægerne giver sig god tid til at tale med patienterne under stuegangen, når sygeplejerskerne oplever, at de har hørt det hele før:

”Det jo fint nok, at lægen tager sig tid til at sætte sig ned og snakke med den demente dame og høre om alle de her ting, hun fortæller, hun har lavet, og som jeg godt ved ikke passer. Jeg står ikke og siger: Det er løgn, lad os gå videre. Det skal der være tid til, og det er helt fint. Men der er bare ikke nogen grund til, jeg står og hører det, jeg kender hende, jeg har passet hende de sidste tre dage, og jeg har hørt de her historier 15 gange.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:10).

Når sygeplejerskerne ikke finder ventetiden under stuegangen meningsfuld, benytter de ofte lejligheden at hente eller gøre noget. De ordner således generelt mange andre ting under stuegangen, mens lægen fx taler med patienten – de dikterer i hans diktafon inde ved siden af patienten eller på gangen eller slår ting op. Det er således ikke ualmindeligt, at sygeplejersken forlader stuen for at hente medicin eller andre ting for ikke bare at stå der.

Hvilken rolle sygeplejersken indtager under stuegangen i forhold til lægen kan variere. I nogle situationer bakker hun op om lægens synspunkt, og de får fx i fællesskab overtalt en alkoholpatient til at få en hjemmesygeplejerske til at komme forbi og hjælpe med antabusen efter udskrivelsen, i stedet for at patienten selv tager ansvar for det. I andre situationer er det sygeplejersken, der får overtalt lægen til en bestemt beslutning,

fx hvorvidt og hvornår en patient skal have lagt en sonde. Der er imidlertid også situationer, hvor sygeplejersken må gå med uforrettet sag<sup>66</sup>.

Sygeplejerskerne er ligeledes afhængige af, at lægen dukker op på afdelingen på bestemte tidspunkter fx om eftermiddagen, hvor de nye blodprøvesvar ligger klar, og træffer beslutninger angående behandlingen og tager sig af eventuelle løse ender fra formiddagens stuegang. Hvis lægen ikke kommer eller er forsinket, kan det betyde, at sygeplejerskerne må udskyde deres arbejdsopgaver, og at de dermed ikke kan nå at blive færdige med dem i deres vagt. Dette opleves som meget frustrerende for sygeplejerskerne, fordi det går ud over deres kolleger og kvaliteten i plejen<sup>67</sup>. Det, at lægerne ikke er fysisk til stede på afdelingen megen af tiden, foranlediger en del frustration, fordi det betyder en del ventetid for sygeplejerskerne – og denne ventetid opleves som en stopklods for flowet i deres arbejde.

I forbindelse med omlægningen fra gruppepleje til tildelt patientpleje på mave-tarm- og leverafdelingen er der sket ændringer i måden, stuegangen fungerer på. Hvor sygeplejerskerne tidligere (mens observationsstudiet foregik) oplevede stuegangen som noget, der kunne foregå lidt højtideligt, og hvor det gjaldt om at være klar, når lægen var klar, så foregår det ifølge sygeplejerskerne i dag ved, at lægen kommer rundt på stuerne, mens sygeplejerskerne er ude på stuerne, hvilket sygeplejerskerne oplever som betydeligt mere afslappet:

”Før stod vi ved siden af det der rullebord: Så kom vi sådan ind, goddag og... meget højtideligt det hele. Nu er det sådan, at vi er i gang med noget hos patienterne, så kommer der en læge og siger: Nå ja, vi skal også lige snakke om det og det, mens vi står og reder en seng, eller hvad som helst. Det er meget mere naturligt og afdæmpet og behageligt.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:7).

---

<sup>66</sup> Under stuegang: Læge D og sygeplejerske G står ved den mandlige patients seng og taler sammen. Læge D mener, de skal vente med at kigge mere på patienten, til de ved mere om nogle svar og en undersøgelse. Sygeplejerske G fortæller lavt lægen om hendes opfattelse af patientens tilstand, at han ikke er motiveret, virker apatisk og beklager sig ved enhver berøring. Det er tydeligt, hun synes der skal gøres noget ved situationen. Læge D: *Ja, men det vidste vi jo. Vi snakkede jo med ham om det i går, og jeg synes vi skal vente og se, og så kigger vi på ham igen i morgen.* Sygeplejersken ser opgivende ud. Da de er på vej ned ad gangen, siger sygeplejerske G prøvende til læge D: *D, jeg ved ikke...* Hun fortæller igen om hendes opfattelse af patientens tilstand. Læge D: *Jamen vi aftalte jo noget med hjemmeplejekonference med [nævner navnet på ældrekonsulenten].* Sygeplejerske G: *Men det er jo urealistisk at han kan blive skrevet ud.* (observationsdata, Bispebjerg).

<sup>67</sup> En sygeplejerske skal til at ringe til en læge for at bede ham om at komme og se på nogle blodprøvesvar, som er så fine, at patienten kan overgå til peroral behandling. Hun henvender sig smilende til en kollega og siger, at det jo ikke er, fordi han kommer af sig selv. Hun ringer derefter til lægen og beder ham komme for at se blodprøvesvarerne. Idet hun lægger røret på, knurrer hun demonstrativt med knyttede hænder. Adspurgt af observatøren om, hvorfor hun gør sådan, siger hun, at det skyldes, at lægen havde sagt, at han først kunne komme kl. 13.30. Hun fortæller videre, at lægerne normalt kommer nu her, for ellers kan sygeplejerskerne ikke nå at blive færdige. Det nytter jo ikke noget, at vi skriver noget i rapporten, og de så kommer bagefter og ændrer det. Da lægen kommer, vil han ikke tage stilling til, om patienten kan overgå til peroral behandling. Det vil han først næste dag. Sygeplejersken beder lægen i et irriteret tonefald om at skrive, at han har set blodprøverne, så hun kan lægge dem på plads. Prøvesvarerne kan nemlig først lægges i journalerne, når en læge har noteret, at de er blevet set af en læge. Da lægen er gået, siger sygeplejersken til de andre sygeplejersker og assistenter på kontoret: *”Se, han vil ikke tage stilling til noget som helst.”* (observationsdata, Herlev).



Ingen af de tre afdelingers sygeplejersker ønsker at se sig selv som hverken lægens assistent eller som *"minilæger"*. I og med at det synes at være centralt i sygeplejerskernes identitet, at de ikke er læger, og at de er og kan noget anderledes end læger, så synes det ikke at blive opfattet som attraktivt at blive omtalt som et diminutiv af lægen. Selvom sygeplejerskerne ikke ønsker at definere sig selv som lægens assistenter eller mini-læger, så har især de erfarne sygeplejersker qua deres erfaring en viden, der gør, at de nye og yngre læger i en række situationer kan anvende dem som sparringspartnere.

#### 9.4 Lægernes perspektiv på relationen til sygeplejerskerne

Set fra lægens perspektiv er samarbejdet med sygeplejerskerne et godt, gensidigt samarbejde. Lægerne har brug for sygeplejerskernes observationer af patienterne i deres arbejde med at udrede og behandle patienterne. De har brug for sygeplejerskens viden om, hvordan det går med patienten, hvad han kan og ikke kan, om han har feber, hvilke problemer han har og andre lignende observationer. Det er ikke tilstrækkeligt for lægerne at læse journalen og tale med patienten – de oplever, at der er behov for at modtage sådanne informationer om patienterne fra sygeplejerskerne for at kunne træffe de rette beslutninger om behandlingen. Lægerne oplever også, at sygeplejerskerne gerne vil være aktive i behandlingen af patienterne, og at de bliver irriterede på lægerne, hvis de ikke lytter til de input, som sygeplejerskerne kommer med.

Ifølge lægerne opstår der ind imellem konflikter om, hvilke opgaver en sygeplejerske skal holde sig til, og hvad der er en læges opgaver, dvs. hvem skal gøre hvad og beslutte forskellige ting. I den forbindelse oplever lægerne, at sygeplejerskerne gerne vil udvide deres område til også at inkludere nogle af de opgaver, lægerne opfatter som deres, hvilket de ikke er begejstrede for. Omvendt erkender lægerne, at de forsøger at overføre nogle af deres kedelige opgaver til sygeplejerskerne, fx at lægge venflon.

Blandt lægerne er der forskellige holdninger til, hvilken rolle sygeplejerskerne skal have i forhold til at komme med input til patientbehandlingen. Nogle læger vil gerne diskutere tingene med sygeplejerskerne og være åbne over for deres input, men fremhæver samtidig at det er lægens ansvar og opgave at ordinere behandlingen.

"Da det er lægens ansvar, må det også være hans opgave at bestemme, hvad det [behandlingen] skal være, men dermed ikke sagt, at man ikke kan diskutere det eller ikke kan sige, at hvis man er af den opfattelse, at "vi plejer at gøre noget andet". Det kan man da godt diskutere." (interview med læge:3-4).

Andre læger synes ikke, at sygeplejerskerne skal komme med input til behandlingen, fordi det ikke er noget, de har forstand på. Disse læger er ikke interesseret i at diskutere behandlingsforslag med sygeplejerskerne og opfatter sygeplejerskernes input som utidig indblanding. De synes, sygeplejerskerne skal holde sig til plejen af patienterne og fremhæver, hvor vigtig en arbejdsopgave god pleje er:

"Der har måske været en tendens til, at man [sygeplejerskerne] ville gerne – det er måske forståeligt – at man ville udvikle sit fag i retning af, at man skulle være mere en behandler og mindre en plejer. Og det, mener jeg stadigvæk, er meget vigtigt, at patienterne bliver passet og plejet ordentligt. At det er en vigtig ydelse, og at de får den rigtige medicin på det rigtige tidspunkt." (interview med læge:8).

Lægerne er således meget klare på, hvad der formelt er deres ansvar (behandling), og hvad der er sygeplejerskernes ansvar (pleje).

#### 9.4.1 Venflon-diskussionen

På spørgsmålet, om arbejdsdelingen kunne forbedres, svarer lægen på både hjerteafdelingen og på den endokrinologiske afdeling, at det ville være en fordel, om sygeplejerskerne i højere grad lagde venflon. På hjerteafdelingen handler det om, at sygeplejerskerne har lagt venflon på patienterne, før de kommer på kardiologisk laboratorium, og om alle patienter har fået deres antibiotika og præmedicin. Dette er opgaver, som ifølge sygeplejerskerne allerede varetages af dem, men som øjensynlig glipper engang imellem. Måske fordi lægerne stiller det som krav, at alle patienter skal være klar fra kl. 8.00 om morgenen og så vente på deres tur. Holdningen blandt lægerne er, at ingen tager skade af at faste til kl. 15.00. Hermed sikres, at produktionen kører strømlinet. Set fra sygeplejerskernes perspektiv er det dog mindre realistisk, at samtlige patienter, der skal til en procedure, kan være klar fra kl. 8.00. Og de synes ikke altid, det er rimeligt, at patienter skal faste hele dagen, hvis de først kommer på sent eller ender med at blive aflyst. De kan også først give præmedicin, når de ved, hvornår patienten kommer på. På hjerteafdelingen handler venflon-diskussionen således både om, at nogle sygeplejersker ikke lægger venflon, og at læger og sygeplejersker har forskellige perspektiver på klargøring før en undersøgelses- eller behandlingsprocedure.

På den endokrinologiske afdeling er venflon genstand for en mindre disput. Afdelings-sygeplejersken vil ikke udvide sygeplejerskernes kompetenceområde, med mindre der følger økonomi med i halen på denne ekstra opgave. Samtidig erkender sygeplejerskerne dog, at det giver problemer, når lægen er optaget andetsteds på sygehuset og derfor ikke kan komme på afdelingen og lægge venflon. Lægerne synes, det ville være en stor hjælp for dem, hvis sygeplejerskerne ville overtage opgaven. De synes ikke, det i sig selv er en opgave, der kræver lægelig ekspertise. Enkelte sygeplejersker lægger imidlertid allerede venflon, hvis de i forvejen har lært det. En af sygeplejerskerne synes, det er meget nemmere og tidsbesparende selv at gøre det frem for at skulle vente på, at en læge kommer op på afdelingen og udfører opgaven.

”Det er jo også os, der går og hiver fat i lægen hele tiden, og det bruger vi jo også tid på, så hvorfor ikke selv gå ned og lægge det. Og jeg ved godt, at det kommer til at tage tid også, hvis vi skal til at overtage den arbejdsopgave, men. [...] Vi kan vente [på lægerne] fra tidlig morgen, hvor de ikke har fået IV-antibiotika, til klokken, fra klokken seks til halvdele af dagen. Og det synes jeg er sådan en frustrerende situation at stå i. Fordi så kan vi jo ikke køre en fuldstændig perfekt behandling igennem.”  
(interview med sygeplejersker, Herlev 2:16).

På mave-tarm- og leverafdelingen synes den interviewede læge ikke, at det er en decideret sygeplejerskeopgave at lægge venflon, og han synes, det er en ting, som reserve-lægerne skal have øvelse i, og som det derfor er fint, at læger udfører. Omvendt synes han også, det er i orden, hvis sygeplejersker gerne vil lære at lægge venflon.

Sygeplejerskerne definerer det at lægge venflon som en lægelig opgave. Som udgangspunkt lægger de interviewede sygeplejersker derfor ikke venflon – undtagen i de aften- eller nattevagter, hvor de har tid til det. Sygeplejerskerne er generelt ikke meget

for at skulle overtage flere af lægernes opgaver; de synes, de har rigeligt med arbejdsopgaver i forvejen. De er derfor meget opmærksomme på ikke at begynde at lægge for mange venflon, da de er bange for, at opgaven så stille og roligt glider over på dem:

”Jeg har det sådan, at hvis jeg skal begynde at lægge venflon, så skal lægerne også lære at bestille blodprøver. [...] i en akut situation ville det være godt, at jeg kunne lægge venflon, men at de så også kunne, når de har bestilt en blodprøve, kunne lære at gå ind og bestille den og sådan noget så. Jeg har det i hvert fald sådan, jeg skal ikke begynde at tage mere på mig, med mindre jeg også begynder at give noget fra mig.”  
(interview med sygeplejersker, Bispebjerg: 23-24).

At lægge venflon er en opgave, der på to af afdelingerne formelt set ligger hos lægerne<sup>68</sup> (endokrinologisk afdeling og mave-tarm- og leverafdelingen). Som udgangspunkt udfører sygeplejerskerne derfor ikke denne opgave, og som udgangspunkt er de heller ikke interesseret i at overtage opgaven fra lægerne. Dels fordi de ikke opfatter det som en særlig interessant eller fagligt udfordrende opgave at udføre, dels fordi de i forvejen har problemer med at nå alle deres opgaver og derfor ikke interesseret i at overtage nye opgaver, med mindre der følger ressourcer med til det. I øvrigt er holdningen på alle tre afdelinger, at en ændret arbejdsdeling primært vil betyde, at lægerne giver mere kedelige opgaver videre til sygeplejerskerne.

## 9.5 Diskussion: Afhængighed af at blive hørt

Grænsedragningen til lægerne kommer dagligt til udtryk gennem de små bemærkninger, ansigtsudtryk og måder at omtale lægerne på, der skaber en verbal distance. Sygeplejerskerne bekræfter således løbende hinanden i, at de er anderledes end lægerne. Grænsedragningen kommer også til udtryk ved fortællinger om, hvori sygeplejerskers og lægers faglighed adskiller sig fra hinanden, fx gennem hvad de lægger vægt på og mærke til om patienterne, hvad deres arbejde består i og deres kontaktmønstre med patienterne. Sygeplejerskerne italesætter således lægerne som nogle, der kun ser patienterne kort tid i løbet af en dag.

På den ene side arbejder læger og sygeplejersker meget hver for sig med meget forskellige opgaver og opfatter sig som meget forskellige. På den anden side er de flettet ind i hinandens opgaver, og der foregår et *”ping pong spil”* mellem dem, som en læge udtrykte det i et af interviewene. Et spil, hvor begge bidrager aktivt til at løse opgaverne, og hvor det nogle gange kan være lidt flydende, hvem der gør hvad, og hvem der eksempelvis informerer patienterne om hvad. Et andet område, hvor der nogle gange finder en sammenfletning sted, er ved stuegangen. Dette samarbejde italesættes i nogle situationer som et ukompliceret rutinespørgsmål og en givende relation for sygeplejerskerne, fordi lægerne bidrager med viden og træffer behandlingsmæssige beslutninger. I andre situationer ‘italesættes’ samarbejdet som værende en del af en *”hakkeorden”*, hvor sygeplejerskerne fx er i audiens hos lægerne ved morgenkon-

---

<sup>68</sup> På hjerteafdelingen er det at lægge venflon en opgave, der ligger hos sygeplejerskerne, og de fleste af dem udfører derfor også denne opgave. De interviewede sygeplejersker fra denne afdeling, fortæller dog, at der er nogle af deres ældre sygeplejerskekolleger, som de ved ikke lægger venflon.

ferencen på hjerteafdelingen, eller hvor sygeplejersken må kæmpe for at få sin vurdering hørt.

Hvordan man tackler lægerne, er ikke noget der læres på sygeplejeskolen. Det er en viden, der kommer med erfaringen. Generelt siger sygeplejerskerne, at de har et godt samarbejde med lægerne. De fleste læger er åbne og villige til at lytte til dem og deres observationer. Men samarbejdet er meget personafhængigt, ligesom effektiviteten i sygeplejerskernes arbejdsdag italesættes som hængende sammen med, hvilken læge der går stuegang, dvs. om lægen kan træffe beslutninger eller ej. For sygeplejerskerne er det centrale i samarbejdet med lægerne, at de oplever, at lægerne tager dem og deres plejearbejde alvorligt ved at lytte til dem og ved at inddrage deres observationer vedrørende patienterne i beslutningerne. Når dette samarbejde fungerer, synes den hierarkiske relation ikke at blive italesat. Mener sygeplejersken sig 'kørt over', bliver relationen dog meget tydelig og kan opfattes som ydmygende<sup>69</sup>.

Lægerne fylder således i sygeplejerskernes identitetsarbejde, fordi sygeplejerskerne måler sig op imod dem og definerer sig som anderledes end dem. Lægerne fylder også på den måde, at de qua deres position i hierarkiet har kompetencen til at vælge, hvorvidt sygeplejerskens faglige vurderinger er relevante og vigtige nok til at have indflydelse på behandlingsbeslutninger. I sygeplejerskernes daglige udmøntning af deres faglighed forhandler de på denne vis om respekt fra lægerne både overfor at kunne gøre sig gældende på områder, der går ind over lægernes behandlings- og diagnosemæssige områder, og overfor at synliggøre sygepleje som andet og mere end at udføre lægens ordinationer og informere og monitorere patienterne for lægerne – og i øvrigt gøre alt det praktiske, lægerne ikke gør. Der er således masser af grænsedragingsproblematikker relateret til læge-sygeplejerske relationen, som bl.a. handler om at definere, hvem sygeplejersken er, og hvad hun kan, der er anderledes og ligeværdigt med det, lægerne kan. Problematikker omkring afhængighed og uafhængighed er en del heraf og kan ses som et for altid igangværende 'udviklingsprojekt' – se fx (Muff 1988).

Hvad angår arbejdsdelingen med lægerne, er det sygeplejerskernes holdning, at de ikke ønsker at overtage opgaver fra lægerne. Oplevelsen er, at de opgaver, som lægerne gerne vil give til sygeplejerskerne, er kedelige opgaver, 'som lægerne ikke gider have', og sygeplejerskerne ikke opfatter som kompetenceudviklende for dem. Holdningen er også, at hvis sygeplejerskerne skal overtage opgaver fra lægerne, skal der følge resourcer med, eller alternativt skal lægerne også overtage opgaver fra sygeplejerskerne.

I næste kapitel beskrives bl.a., hvordan sygeplejerskerne i nogle sammenhænge gør det, lægerne ikke gør, og hvordan sygeplejerskerne specielt i aften- og nattevagter oplever at stå med et ansvar, som egentlig er lægernes.

---

<sup>69</sup> Joint Commission beskriver problemer på amerikanske hospitaler, hvor lægernes opførsel over for sygeplejerskerne resulterer i dalende tilfredshed og moral blandt sygeplejerskerne. Problemerne med dårlig kommunikation medfører fx, at sygeplejersker undlader at afklare ordinationer (Joint Commission 2003).

## 10. Det usynlige ansvar

”Jeg synes nogle gange, det er ærgerligt for lægerne, at vi gør så mange ting for dem og observerer så mange ting for dem, at det bliver faktisk ikke vist, hvor meget arbejde de har, at de burde faktisk være mange flere. Det er os, der kigger blodprøverne igennem. Det er os, der kigger medicinkardex igennem; alle de der ting, som lægerne egentlig skulle gøre. Og det er ikke, fordi jeg ikke vil gøre det stadigvæk, men det er egentlig bare lidt ærgerligt, at nogle arbejdsopgaver som de rent faktisk har, men som vi faktisk gør for dem, og dermed får man faktisk ikke vist, hvor meget arbejde de har.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:10).

At sygepleje traditionelt er blevet anset for usynligt arbejde (Blomgren 1999; Bowker et al. 1999; Star et al. 1999) blev nævnt i kapitel 3 og i forrige kapitel. I det følgende vil der blive argumenteret for, at der som led i grænsedragningen mellem læger og sygeplejerskers arbejdsområder findes gråzoner, der handler om ansvar.

### 10.1 Ansvarsfordelingen mellem læger og sygeplejersker

Fordi der er tale om gråzoner, forbliver omfanget af det ansvar, sygeplejerskerne påtager sig som en del af deres daglige arbejde, i vid udstrækning usynligt, fordi ansvaret ikke altid er forbundet med officielle opgaver, men snarere er en praksis. Ifølge Everett Hughes er en høj grad af ansvar på sygeplejerskernes skuldre en uafvendelig konsekvens af sygeplejerskernes samarbejde med lægerne<sup>70</sup>.

”There will probably always be in this system, as in others, some one whose role it is to make ultimate decisions, with all the risks that go with them and with all the protections necessary. This is the role of the physician. He has and jealously guards more authority than he can, in many cases, actually assume. There will probably always be in the system, complementary to this position, another of the right-hand man order; a position which defers to the first but which, informally, often must exceed its authority in order to protect the interests of all concerned. The nurse occupies this position.” (Hughes 1971:308).

---

<sup>70</sup> Men tanken om et bredt ansvar som sygeplejerske kan måske også ses som en del af den generelle sygeplejerske fagidentitet, jf. følgende uddrag: ”Sygeplejersker uddannes til at fokusere på helheden for patienten/brugeren, herunder at vurdere behov, at analysere iagttagelser, at iværksætte sygeplejehandlinger [...]. Sygeplejersker påtager sig dermed ansvar/medansvar for at medvirke til at få helheden til at fungere for patienten og de omgivelser, som patienten befinder sig i, og til at indgå i samarbejde med andre faggrupper om pleje og behandling. Det betyder også, at patientens/brugers hjem, de pårørende, patientens arbejdsplads eller daglige opholdssted udgør en del af sygeplejerskers virksomheds- og ansvarsområde.” (Dansk Sygeplejeråd 2002).

### 10.1.1 Den juridiske ansvarsdeling mellem læger og sygeplejersker

Italesættelsen af, at det er lægerne, der har det juridiske og behandlingsmæssige ansvar, går igen hos såvel lægerne som sygeplejerskerne:

”Det er lægen, der har det behandlingsmæssige ansvar, hvis der er noget, der går galt. Det kan aldrig være sygeplejersken. Det står helt fast i loven.” (interview med læge, Skejby:5).

Jensen, Smith og Mortensen (Jensen, Smith & Mortensen 1984) beskriver, hvordan man kan tale om, at sygeplejersker har et fagligt og et stillingsbetinget ansvar. Det faglige ansvar handler om, at sygeplejersken har ansvar for og bemyndigelse til at udføre de opgaver, hun gennem sin uddannelse er kvalificeret til. Det er i denne forbindelse en grundlæggende antagelse, at sygeplejersken kun påtager sig opgaver, hun er kvalificeret til at udføre (Jensen et al. 1984). Sygeplejersker tildeles autorisation af Sundhedsstyrelsen til at udføre arbejdet som sygeplejerske (LBK nr. 759 af 14/11/1990, kapitel I, § 1 og 2). I bekendtgørelse 232 om sygeplejerskeuddannelsen står der, at formålet med sygeplejerskeuddannelsen bl.a. er at kvalificere kommende sygeplejersker til at:

”Udføre, formidle og lede sygepleje, der er af såvel sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, som behandlende, rehabiliterende og lindrende karakter.” BEK nr. 232 af 30/03/2001, kapitel 1, stk. 2. (Sundhedsministeriet 2001a).

Behandling og pleje kobles i ovenstående citat sammen, idet sygepleje omtales som noget, der kan have en *”behandlende karakter”*, men ansvaret for at ordinere og træffe beslutninger vedrørende patienternes behandling er placeret hos lægen. Det fremgår således af lov om sygeplejersker under *”Sygeplejerskens pligter”*, at:

”Det er sygeplejersken forbudt at ændre den af en læge ordinerede behandling.” LBK nr. 759 af 14/11/1990, kapitel II, § 5, stk. 2 (Sundhedsministeriet 1990).

Retten til at ordinere og træffe beslutning vedrørende behandling ligger altså hos lægen. Sygeplejersken har dog ret og pligt til at overveje ordinationen i forhold til sin egen kvalifikation, herunder have indsigt i baggrunden for ordinationen og dens konsekvenser for patienten (Ravn 2003:84). Hun har også ret til at vælge ikke at påtage sig at udføre ordinationen og pligt til at drøfte sine overvejelser herom med den læge, der har ordineret behandlingen (Ravn 2003:84). Kernen i sygeplejerskeloven er pligten til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, og i patientklagenævnsammenhæng vurderes sygeplejersken i forhold hertil (Ravn 2003:45).

Det *stillingsbetingede ansvar* beskrives i den konkrete stillingsbeskrivelse, dvs. hvilke konkrete sygeplejefaglige opgaver sygeplejersken i en konkret stilling skal varetage og have ansvar for. Sygeplejerskens nærmere ansvarsindhold fastlægges altså lokalt, dvs. i den specifikke afdeling. Sygeplejerskens konkrete opgaver og ansvar hænger bl.a. sammen med, hvilken afdeling og hvilket speciale hun arbejder inden for<sup>71</sup>.

---

<sup>71</sup> Jf. variationerne i de opgaver, man varetager som sygeplejerske på de tre afdelinger i undersøgelsen. Der findes ingen officielle konkrete beskrivelser af sygeplejerskers arbejdsopgaver.

### 10.1.2 At have ansvaret og mærke det

Den officielle ansvarsdeling mellem læger og sygeplejersker placerer det *formelle* og juridiske ansvar for patienternes behandling hos lægerne. I praksis er det dog sådan, at lægerne formelt og uformelt uddelegerer<sup>72</sup> en række opgaver relateret til behandlingen til sygeplejerskerne – opgaver, der bl.a. handler om at administrere medicin, overvåge patienternes tilstand og informere lægen om eventuelle ændringer heri:

”At vi får nogle meldinger tilbage, hvordan det går med den her patient. Det er utroligt vigtigt for os, fordi vi ikke kan nå at komme ind til alle patienterne hele tiden. Så vi kører meget på meldinger tilbage – blodtryk, hjertefrekvens og temperatur – basale ting: har de haft ondt, har de det godt, er de oppe, er de klar til at komme hjem. [...] Det lægger vi meget stor vægt på og har meget stor tillid til. [...] Der påhviler dem selvfølgelig et ansvar, men ikke større ansvar, end at de jo ikke på den måde er ansvarlige. [...] Men vi kører sådan, at vi uddelegerer et ansvar til dem”. (interview med læge, Skejby:3).

Arbejdsdelingen kan ses som en organisatorisk konsekvens af, at lægerne også skal være til stede andre steder i løbet af dagen og beror på, at de ikke selv har tid til og mulighed for at komme rundt til alle patienter jævnlige. Sikkerheden i patientbehandlingen er altså i et vist omfang bygget op om antagelsen om, at sygeplejerskerne kan vurdere, hvornår en patient akut får behov for lægehjælp. Sygeplejerskerne varetager derfor i det daglige et ansvar, der også handler om patienternes overlevelse. De føler, at de står med ansvaret for at overvåge og opdage ændringer eller forværringer i patienternes tilstand, når lægen ikke er på afdelingen. De oplever således at have varierende grader af ansvar alt efter situationen.

Sygeplejerskernes ansvarsfølelse over for patienterne er imidlertid ikke afgrænset til ansvaret for overvågning. De påtager sig også et ansvar for patienternes behandling i og med, at de ind imellem går ind i beslutningsprocessen omkring den enkelte patients behandlingsforløb (jf. foregående kapitel). De påtager sig tillige et ansvar i forhold til at sørge for, at en opgave bliver udført. Et eksempel herpå handler om vurderingen af, hvornår en patient fx har behov for fysioterapi. På den endokrinologiske afdeling var det tidligere sygeplejerskerne, der tilkaldte en fysio- eller ergoterapeut, hvis de vurderede, at patienten havde behov herfor. I dag er det sådan, at lægen skal ordinere fysioterapi, dvs. det skal stå i journalen, før sygeplejersken kan tilkalde en sådan. Imidlertid oplever sygeplejerskerne, at det stadig er dem, der er opmærksomme på, hvornår en patient har behov for fysioterapi:

”Virkeligheden er stadigvæk, at det er sygeplejerskerne og assistenterne der siger: ‘Hvad, vi synes måske at vi skulle have en fysioterapeut til at komme og vurdere – eller en ergoterapeut, der kunne komme og lave noget andet med patienten’. Så det er stadigvæk sygeplejerskerne, der tænker de tanker [...]. Men det er stadigvæk dem [lægerne], der skal or-

---

<sup>72</sup> Af vejledning nr. 15005 af 06/02/1998 (Sundhedsstyrelsen 1998) fremgår at lægerne uddelegerer observation af patienterne til plejepersonalet i forbindelse med medicingivning. Hvorvidt dette bør ses som delegation eller som en opgave sygeplejersker er uddannet til, synes dog at være genstand for en grænsedragingsdisput mellem læger og sygeplejersker jf. diskussionen i (Ravn 2003:78).

dinere dér, og det er lidt misforstået, vil jeg sige." (interview med sygeplejersker, Herlev2:28)<sup>73</sup>.

Et andet eksempel, hvor sygeplejersken påtager sig ansvaret for udførelsen af en opgave, handler om information af patienten. Rollen som 'oversætter' mellem patient og læge er en opgave, sygeplejerskerne i nogle situationer føler, de er nødt til at tage på sig, da de oplever, at nogle læger ikke kan formidle deres viden og information til patienten, så denne forstår den. Selvom sygeplejerskerne oplever, at der bliver mindre og mindre behov for at påtage sig denne formidlerrolle, så skal man stadig være "opmærksom" på de læger – typisk de ældre (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:24), hvor patienten ikke forstår, hvad lægen siger. De skal så at sige være:

"opmærksomme på, om patienterne er med på, hvad der foregår." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:24).

Andre eksempler på sygeplejerskernes usynlige ansvar er de opgaver, hvor lægen måske nok udfører opgaven, men sygeplejersken alligevel føler, hun er nødt til at tjekke op på, om det nu også er blevet gjort. Det kan være opgaver som at kigge prøvesvar eller medicinkardex igennem eller at tjekke, at de ordinationer, der er aftalt under stuegangen, også er blevet bestilt. Sygeplejerskerne peger på, at lægerne ikke altid selv har procedurer til at sikre, at de får bestilt det, de besluttede under stuegangen.

"Jeg har mit helt eget system med ringe og kasser og farver, så ved jeg, det her er noget, jeg skal skrive, det her er noget, jeg skal huske, det her er noget, jeg skal sige til lægen. De har bare ikke noget. Jeg ved ikke, om de ikke får noget værktøj givet, og de laver heller ikke selv nogle værktøjer til stuegang til at gøre det struktureret for dem selv og sige, hvordan kommer jeg igennem den her række patienter, og ved at jeg husker det hele og prioriterer tingene. Og det er tit der, det går galt, og man så står: Nå men, det er fint nok du sagde, hun skulle til ultralyd i journalen, men du har ikke bestilt på ordinationsarket, og så sker der ikke noget." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:8).

På mave-tarm- og leverafdelingen er det fx forskelligt, hvem der udfylder de medicin-statusark, som patienterne får ved udskrivelsen. For det meste er det lægerne, men det sker også, at det er sygeplejerskerne, der udfylder det. Den interviewede læge på mave-tarm- og leverafdelingen oplever, at flere opgaver ligger i en 'gråzone' i forhold til, hvis ansvar det er at få dem ordnet. Han opfatter det også som en fordel, hvis der kan være lidt fleksibilitet i forhold til udførelsen af dem, således at det personale, som har mindst travlt den pågældende dag, tager sig af opgaven. Sygeplejerskerne oplever derimod, at de ind imellem får for mange små ekstraopgaver:

"Jeg ved ikke, om vi påtager os for meget nogle gange [...] fordi det bliver jo en vane, [...] at man tjekker de der ting efter, i stedet for [...] at råbe op: Det er for dårligt, nu har du igen ikke skrevet det der!" (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:10).

---

<sup>73</sup> Sygeplejerskerne mener, at begrundelsen for ændringen handlede om, at lægen og fysioterapeuten skulle have mulighed for at arbejde tværfagligt (interview med sygeplejersker, Herlev 2:28).



### 10.1.3 Jeg føler jo det er min patient

I og med sygeplejerskerne ikke råber op, forbliver det ansvar, de påtager sig, usynligt. Der kan være mange årsager hertil. Én kan være den generelle etik, der italesættes som led i sygeplejerskers faglighed, omhu og omsorg for patienterne (Ravn 2003:56). Sygeplejerskerne italesætter selv, at de føler et ansvar for patienternes forløb, både den plejemæssige og behandlingsmæssige del. De oplever, at de bekymrer sig mest om patienternes ve og vel og giver samtidig udtryk for, at det er synd for patienterne, hvis ting, der skulle være gjort, ikke bliver gjort. Derudover er sygeplejerskerne fysisk placeret sammen med patienterne, dvs. er en del af afdelingen, mens lægerne kun befinder sig der under stuegangen. Sygeplejerskerne italesætter, at hverken læger eller sekretærer føler samme ansvar eller forpligtigelse over for patienterne:

”Jeg føler jo, det er min patient, det gør sekretæren eller lægen vel ikke.  
(interview med sygeplejersker, Bispebjerg:11).

På hjerteafdelingen taler de ligefrem om, at det er en del af deres ”gener” at ville have ”styr over tingene” (interview med sygeplejersker, Skejby:16). Det ansvar, sygeplejerskerne tager på sig, handler dog ikke kun om patienternes ve og vel, men også om hensynet til deres planlægning og mulighed for at gennemføre arbejdsopgaverne inden for arbejdstiden. I forlængelse heraf handler det også om hensynet til de kolleger, der kommer og overtager arbejdet i næste vagt:

”Også for mine kommende kollegaer, som skal komme om aftenen for eksempel og skal overtage mit arbejde, at det er blevet gjort, det synes jeg ikke er særligt rart. Der har vi også en tendens til at tage det ansvar på os. Det er det, der er problemet, sygeplejerskernes problem”. (interview med sygeplejersker, Herlev 20-21).

Følelsen af at være den ansvarlige forstærkes i de situationer, hvor det er en ung og uerfaren læge, der går stuegang, idet sygeplejersken her i højere grad skal hjælpe lægen med at træffe beslutninger. I dette tilfælde handler ansvarsfølelsen om at sikre, at lægen træffer de nødvendige beslutninger, så patienten kan komme videre i sit behandlingsforløb, bl.a. ved at minde lægen de ting, han skal huske at tage stilling til:

”Hvis jeg har en stresset dag, hvor jeg tænker: ’Åh nej, jeg burde ikke have været på arbejde i dag’, hvor det er en stor læge, der kommer og går stuegang: ’Fint nok’, så tænker jeg: Nu skal jeg ikke bruge hjernen så meget’. [...] Hvor det er en ny læge, så tænker du: ’Åh, nej’. Altså jeg skal hele tiden huske på det ene og det andet. ’Husk nu det og gør nu endelig det.’ Fordi jeg ved, hvis ikke det bliver gjort, så er det mig, der står for det. Ikke altså juridisk set...[...] men sådan føler vi det bare.” (interview med sygeplejersker, Herlev:20-21).

Udover at sygeplejerskerne oplever konsekvenserne af lægens manglende beslutninger i form af forrykkede arbejds gange, bliver de også irriterede og frustrerede, når en læge ikke vil tage stilling til de problemstillinger, som sygeplejerskerne vurderer, der skal

tages stilling til lige nu og her<sup>74</sup>. Endelig er det sygeplejerskerne, som skal forklare en patient, hvorfor der fx ikke er blevet truffet beslutninger angående deres videre forløb:

"Det er sygeplejerskerne, der står med kontakten til patienten døgnet rundt og til de pårørende, og det er forfærdeligt at skulle ud at forklare: "Nej altså det blev der lige ikke taget stilling til i dag", selvom man inderst inde tænker: "Ja det burde der også have været taget stilling til".". (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:26).

#### 10.1.4 Den overvældende ansvarsfølelse

Sygeplejerskerne fungerer også som afdelingens akutberedskab. Da de er fysisk placeret sammen med patienterne er det typisk dem, der opdager de akutte situationer, fx en patient der er ved at få hjertestop eller på den endokrinologiske afdeling fx en KOL patient, der er ved at blive kvalt. I disse tilfælde vil det være sygeplejerskerne som står med patienten, indtil lægen kommer op på afdelingen. Især i starten oplever mange sygeplejersker en decideret præstationsangst overfor de akutte situationer:

"I starten har [man] en følelse af, at man skal kunne næsten så meget, som lægerne kan. [...] Man vil jo heller ikke vise lægerne, at man ikke kan tage sig af sådan noget. Man vil vise, at man er god og dygtig. [...] Hvor jeg siger: [...] Det eneste, jeg kan gøre, det er at tilkalde lægen, [...] men det var meget svært at forstå i starten. Jeg tænkte, det kan da ikke være rigtigt. Jeg kan se, at patienten er ved at dø, og så står jeg bare her og kan ikke kan gøre noget." (interview med sygeplejersker 1, Herlev).

Selvom sygeplejerskerne oplever, at det bliver nemmere med tiden, så føler nogle stadig, at det er vanskeligt at 'ryste' ansvaret af sig, selvom lægen træder til. Principielt kan sygeplejerskerne overdrage ansvaret til lægerne, når tingene bliver for komplicerede til, at de følger at kunne tage ansvar for det. Men sygeplejerskerne oplever imidlertid ikke, at det er muligt at give særlig meget ansvar videre, fordi lægerne ofte ikke er til stede på afdelingen, når de akutte situationer opstår. *"Det er svært at få fat i lægerne, og efterhånden må sygeplejerskerne lave rigtig meget."* (interview med sygeplejersker, Herlev 1:9). Og selv om lægen kommer, "så står vi der jo alligevel". De skal lynhurtigt sætte sig ind i patientens sygdomsforløb og sørge for, at ordinationerne udføres.

I dagarbejdstiden kan sygeplejersken i tvivlstilfælde støtte sig til sine sygeplejerskekolleger, social- og sundhedsassistenterne, sygehjælperne, lægerne eller sin afdelingssygeplejerske. I aften- og nattevagterne er hun derimod langt mere isoleret. Oplevelsen af ansvar vokser derfor også i aften- og nattevagterne. Opgaven med at overvåge patienten

---

<sup>74</sup> To sygeplejersker står og taler om en episode med en læge, hvor de havde diskuteret med lægen om, hvilke doseringer et bestemt medicinpræparat kan gives i. De griner lydløst. Den ene sygeplejerske siger: *"Sådan en dag er det altså svært at være sygeplejerske. Til daglig er der nok at holde styr på, men når der er sådan en læge, så er ryggsækken altså tung, for så skal man huske det hele"*. Hun forklarer, at det er fordi der er en masse, som den pågældende læge ikke har på ryggraden, eksemplificerer dette med, at han skulle sidde og slå op i lægemiddelbøgerne ovre på hans kontor. *"Og når der er så mange ting, som han ikke har villet tage stilling til, og når jeg ikke kommer i morgen, så skal jeg skrive hele baduljen til i morgen, så de kan tage det op med lægen til stuegang dér. Jeg hader at skrive sådan nogle kardex-notater, det virker så uselvstændigt."* (observationsdata, Herlev).

ternes tilstand og være opmærksom på, om de fx er "ved at vælte" (når patienter bliver akut dårlige), føles derfor også mere overvældende om aftenen og natten, fordi lægen i disse vagter ikke har sin faste gang på afdelingen i forbindelse med stuegang, men kun kommer på afdelingen, hvis han tilkaldes. I disse vagter er det derfor sygeplejerskens ansvar at 'opdage' eventuelle forværringer i en patients tilstand og få videregivet besked til lægerne:

"Hvis vi ikke hører noget, går vi ud fra, det kører fint." (interview med læge, Skejby).

Når sygeplejersken går rundt på afdelingen om aftenen og natten, kan tanken om de problemer, der især kan opstå for nyuddannede sygeplejersker, virke skræmmende – heraf vendingen: *"Når der ikke er flere læger, så skal der helst være helt stille."* Flere af de interviewede sygeplejersker giver udtryk for, at de første aften- og nattevagter alene er en stor mundfuld, som kan få nogle til at sidde derhjemme med ondt i maven over tanken om at skulle på arbejde:

"Jeg tror nogen simpelthen sidder og har ondt i maven over at skulle på arbejde – og tænker: Jeg har ansvaret for de patienter. Jeg synes slet ikke, jeg er kompetent nok til det. [...] Det, kan jeg forestille mig, er noget af det, der gør, at folk også bliver syge på grund af presset i form af ansvar." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:42).

Der er dog altid mulighed for at ringe til forvagten. Men da forvagten som regel er en yngre læge, oplever sygeplejerskerne nogle gange, at lægen er usikker på, hvad der skal gøres. I disse situationer er følelsen af ansvar specielt overvældende for sygeplejersken, og der er en stemning af, at 'lægen skal vide det'. Generelt opleves det uattraktivt at have uerfarne læger i aften- og nattevagterne:

"Jamen det er jo, synes jeg, virkelig irriterende. [...] Så har man det netop sådan: Jamen hvis ikke du ved det, så find nogen, der ved det, så jeg ved, hvad jeg har med at gøre... Også fordi at netop med vagterne, er man bare så sårbar, der kan man ikke lige... ringe rundt til en eller anden af de 30 læger, der er på arbejde" (interview med sygeplejersker, Skejby).

Det kan også være ubehageligt for sygeplejersken, hvis ikke der er mulighed for at 'overdrage' ansvaret til lægen, dvs. hvis lægen ikke tager ansvaret på sig. Det kan være situationer, hvor sygeplejersken ringer efter forvagten, men hvor lægen enten ikke er enig med sygeplejersken i, at hans tilstedeværelse på afdelingen er nødvendig, eller det kan være, hvor lægen vurderer, at afklaringen af situationen kan vente til næste dags stuegang. I disse tilfælde afhænger sygeplejerskens reaktion af, dels hvordan hun som individ opfatter grænsen mellem lægens og sygeplejerskens autoritet: kan jeg som sygeplejerske tillade mig at være uenig i lægens beslutning?, dels om hun som person tør gøre noget ved det: tør jeg selv ringe til fx lægens bagvagt? Sidstnævnte situation gav de interviewede sygeplejersker på den ene af afdelingerne udtryk for at have været i tidligere. Situationer som disse sætter fokus på sygeplejerskernes oplevelser af ansvar, men også på hierarkiet mellem læger og sygeplejersker. Dette er selvfølgelig værst i situationer, hvor sygeplejerskerne oplever, at det er svært at få en læge til at komme,

når 'man' ringer, fordi en patient er ved at blive dårlig om aftenen eller om natten<sup>75</sup>. Dette er en situation, hvor afhængigheden af lægerne kan skabe afmagt. Og ansvaret for patienterne om aftenen og natten kan være medvirkende til, at sygeplejersker vælger at afslutte ansættelsen:

"Det er ret hurtigt, hvis folk stopper. Det er faktisk inden for det første halve år, at de bukker lidt under, dér hvor de begynder at gå selvstændigt i aftenvagter og have ansvaret om aftenen og om natten også. [...] bryder grædende sammen, netop det der med at føle sig utilstrækkelig, [...] det kan godt nogle gange være meget dramatisk, når folk bukker under". (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:4).

## 10.2 Diskussion: Ansvarlighed

Spørgsmål om ansvar og ansvarlighed går igen i sygeplejerskernes relationer til henholdsvis læger, social- og sundhedsassistenter og patienter. Sygeplejerskerne påtager sig det ansvar i relation til patienterne, at de på den ene side tager rollen som tovholder og som patientens advokat over for læger og hjemmepleje mv., og på den anden side ved, at de påtager sig rollen som den, der ved bedst. De tager ligeledes det ansvar på sig at tjekke op på lægens ordinationer, foreslå tiltag om fysioterapi og ernæring, stille sig kritisk over for behandlingsbeslutninger, og både tjekke om lægerne har bestilt blodprøver mm. og på den anden vis har gjort deres arbejde 'godt nok'. Sygeplejerskerne påtager sig samtidig det ansvar, lægerne i praksis har uddelegeret til dem: at holde øje med, om patienterne er ved at blive akut og livstruende dårlige. Der kan argumenteres for, at der i dette ansvar og i udøvelsen af ansvarlighed ligger en omsorg for patienterne og et bidrag til patientsikkerheden. Ved ændring af arbejdsdelingen med andre grupper vil det derfor være væsentligt at have for øje, om der skabes ændringer i fordelingen af og 'mængden' af ansvarlighed. Noget af det, der i dag adskiller sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, er nemlig ansvaret for patienterne.

Meget tyder på, at det at se sig som ansvarlige er en del af sygeplejerskernes fagidentitet. I tråd hermed peger Strauss på ansvarlighed som en af sygeplejens kernedyder (Strauss 2001), og at der på den ene side er tale om en skattet måde at italesætte sig selv som sygeplejersker, på den anden er tale om en ansvarlighed – og nogle gange måske også en 'overansvarlighed', der slider. Dette kan fx være tilfældet, når sygeplejerskerne bruger tid og energi på det, der egentlig er lægernes opgaver, eller når sygeplejerskerne står med et større ansvar i akutte situationer, end de finder sig kompetente til at løfte. At mængden af ansvar kan virke overvældende, kan også bidrage til 'underansvarlighed'. Sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter peger således på, at sygeplejersker ikke i tilstrækkelig grad bidrager til oprydningen på afdelingerne. En høj grad af ansvarlighed kan også glide på sygeplejerskernes overskud til bl.a. at bruge energi på områder som eksempelvis faglig refleksion og udvikling.

---

<sup>75</sup> Kl. 7.30 er en masse fra plejepersonalet samlet inde på kontoret. Stemningen er trykket. En nattevagt sidder og fortæller om en patienthændelse i nat. ... "han havde blodtryk på 89" ... "ringede til bagvagten. Han ville ikke komme" ... "ringede til K, men de ville ikke gøre noget" [...] "ringede til Riget. Men de ringede aldrig tilbage. Og da lægen kom, skældte han bagefter ud over, at de havde været for længe om at give hjertemassage. Det var smadder strengt. Han var så arrogant. [Navn på sygeplejerskekollega] var helt smadret". (observationsdata, Bispebjerg).

## 11. At gøre en forskel for patienterne

"Det er enormt givende. Man får enormt meget fra patienterne. Og de der ting, som bare lykkes, dem kan man leve på næsten i årevis, hvor man virkelig tænker: Yes, her gjorde jeg bare en forskel. Det kan man virkelig køre på i flere måneder nogle gange." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:39).

På alle tre afdelinger fylder ideen om 'den gode patientkontakt' en del i sygeplejerskerens fortællinger om, hvorfor de valgte at blive sygeplejersker, og hvad der gør deres arbejde meningsfuldt. De definerer således ofte værdien af deres arbejde som den forskel, de gør for patienterne. Dette kapitel handler om, hvordan denne forskel omsættes i det daglige arbejde med patienterne, dels i form af kategoriseringsarbejde, dels i form af håndtering af daglige svære relationer og udfordringer.

### 11.1 Patienterne og ideal-fagligheden

"Det er jo derfor jeg er blevet sygeplejerske, pga. kontakten til patienterne." (ung sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

Patientkontakten og arbejdet med patienterne er et centralt omdrejningspunkt i sygeplejerskers idealforestillinger om sygeplejerskearbejde, og om hvorfor de synes det er spændende at være sygeplejerske. 'Rigtigt sygeplejerskearbejde' handler om at være hos patienterne. Det er igennem patientkontakten, sygeplejerskerne i første omgang definerer sig selv som sygeplejersker, og det er i arbejdet med patienterne, de oplever at bruge den viden, de har opnået i kraft af deres uddannelse:

"Vi er gode til at kigge på patienterne, og vi er gode til at se, hvad der ikke er normalt, eller hvad der ikke er godt for patienten, og vi gider ikke sidde og være kontornussere, sidde og ringe til hjemmeplejen og skrive det ene og det andet. Det kan enhver idiot jo gøre, sådan har vi det lidt." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:7).

Forestillingen om at kunne 'gøre en forskel' for patienterne fylder meget i sygeplejerskerens ideal-faglige forestilling om det at være sygeplejerske<sup>76</sup>. En sygeplejerske svarer bl.a. følgende på spørgsmålet om, hvornår det har været en god dag:

"Når man går fra arbejdet og tænker: Hold kæft hvor jeg gjorde en forskel." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:11).

Den ideal-faglige forestilling går på, at man altid har overskud til:

"At være hos patienterne og give dem en fornemmelse af, at de er... i trygge hænder." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:29).

---

<sup>76</sup> Ifølge Helen Cohen, refereret af Janet Muff, er dette et generelt træk blandt studerende på sygeplejerskolerne (Muff 1988).

Forestillingen om, at rigtigt sygeplejerskearbejde handler om at være der for patienterne, hænger sammen med forestillingen om professionalisme. Professionalisme forbindes med evnen til at kunne yde omsorg og pleje til alle patienter uafhængig af deres køn, alder eller sociale status. At være professionel forbindes på afdelingerne med lysten og evnen til at sætte parentes om sine fordomme og at bestræbe sig på at give patienten eller den pårørende den hjælp, han eller hun har behov for.

## 11.2 Når relationen er krævende

"Man får det dårligt, når man begynder at sukke af klokkerne, ikke? Fordi man er her jo for dem og for at hjælpe dem. Og når man så siger: 'Åh, nej ikke nu igen'. Der kan man godt få dårlig samvittighed og så tænke: 'Nej nu er jeg også en dårlig sygeplejerske.'" (interview med sygeplejersker, Herlev 1:21).

Selvom arbejdet med patienterne hovedsageligt italesættes som positivt og givende, så byder dagligdagen også på situationer, der ikke passer til idealet. Der er patienter og pårørende, der omtales som irriterende og besværlige. Der er situationer, hvor sygeplejerskerne kan føle sig afmægtige, og der kan være patienter, den enkelte ikke kan rumme at pleje. Disse situationer hører også med til at arbejdet på de tre undersøgte afdelinger. Situationer som disse – eller beslægtede situationer – udlevs dagligt. De tager typisk en del energi, gør ofte arbejdet surt eller svært og kan medvirke til at give en oplevelse af stress. Disse situationer vil måske også være uundgåelige på afdelinger, hvor det er almindeligt, at patienter og pårørende er i krise og er angste (hjerTEafdelingen), er livstrætte eller frustrerede (den endokrinologiske afdeling) eller har svært ved at give respons på sygeplejerskernes arbejde (mave-tarm- og leverafdelingen).

Der er således mange flere ting end de meget konkrete arbejdsopgaver på spil i kontakten med patienterne. I det daglige kan det derfor sommetider være det mere pragmatiske forhold til patienterne, der findes frem:

"Jamen du skal faktisk passe den her patient i de otte timer, du nu er her, så er du nødt til at få det bedste ud det." (interview med sygeplejersker, Skejby:7).

### 11.2.1 Patienter i krise

"Der er hos dem alle sammen enorme opgaver rent informationsmæssigt, for de er alle sammen potentielle krisepatienter. Hvis ikke de er i krise langt de fleste af dem." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:35).

At mange af patienterne på hjerTEafdelingen befandt sig i krise eller chok, var genkendeligt i observationsperioden som et generelt arbejdsvilkår. Samtidig syntes der at være tale om et vilkår, det til tider kunne være svært for den enkelte sygeplejerske at passe ind i arbejdsopgaverne og finde en måde at gå til på. Der var således situationer i løbet af en arbejdsdag, hvor patienter fik stillet diagnoser, der kom som en overraskelse for dem og havde livslange konsekvenser, og der var situationer, hvor patienter tydeligt var meget angste. Hvordan den enkelte sygeplejerske skal gribe disse situationer an, synes i høj grad at være op til den enkelte med udgangspunkt i hendes erfaringer. Den enkelte sygeplejerske foretager således dels en tidsmæssig prioritering:

”Det bliver simpelthen en prioritering ud fra, hvad de har af andre opgaver, fordi hvis du først stikker hul på sådan en byld der [en svær samtale med en patient], så tager det jo nemt en time, hvor du bare ikke kan gå derfra.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:9).

Det er også en afvejning af, hvad hun selv synes, hun kan eller ikke kan bidrage med. Her er det igen den enkeltes erfaring, evner og personlige overskud, der er afgørende. Og nogle gange tages de potentielt svære samtaler ikke<sup>77</sup>. Der er også situationer, hvor sygeplejersken spørger, men hvor patienten ikke kan eller vil gå ind i, hvordan de har det<sup>78</sup>. Når patienter ikke selv er i kontakt med eller ikke er særlig tydelige eller verbale om deres behov, bliver det til en potentiel ’gættekonkurrence’, hvordan sygeplejersken på hjerteafdelingen bedst møder deres behov. For hvor er de henne, hvis man skal finde dem der, hvor de er? Og hvornår giver det mening, når man alligevel ikke kan ”*nå at redde deres verden på tre dage*”? (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:8).

Hjerteafdelingen har ikke italesat en fælles faglig måde at gå til patienter i krise på, og der var ikke tegn på kollektiv vidensdeling om området i observationsperioden. Det, der tydeligt blev delt, var derimod frustrationer over konkrete patientkontakter og små-kritik af patienter, der blev opfattet som besværlige eller urimelige. Dermed syntes kollektivet snarere at fungere som ventil for frustrationer og som et sted at opnå støtte til den allerede indtagne position i forhold til patienten. Kollektivet var kun i mindre og mere sporadisk grad et sted, hvor den enkelte kunne få inspiration til selv at udvikle og ændre sin egen rolle. Der var heller ingen supervisor-funktion, der løbende samlede op på erfaringer med at arbejde med mennesker i krise. Det blev således op til den enkelte selv at vurdere, hvornår hun syntes, hun havde oplevet noget, hun trængte til at tale

---

<sup>77</sup> Hun spørger, om han har lyst til at se nogle brochurer, men det vil han ikke. Han siger, at han ikke vil læse sådan noget, mens han er på afdelingen, for så kommer han bare til at forestille sig alt muligt. Han begynder at fortælle om sin familie – om brødrene, hvoraf én er død af noget med hjertet og flere har haft problemer, fx hjerteblødninger. Han fortæller bekymret om en bror, der er taxachauffør og for tyk. Det er ikke sundt, bliver sygeplejersken og patienten enige om. Hun er begyndt at rykke lidt med benene, har rejst sig op. Hun ordner hans seng, flytter på hovedgærdet og glatter lagnet. Så bliver der en pause, hvor ingen af dem siger noget. Sygeplejersken: ”*Ja, jeg går ind og ordner de ting der, vi snakkede om.*” Hun vasker hænder og går ud. Bagefter går hun ind i personalerummet og spiser aftensmad. (observationsdata, Skejby).

<sup>78</sup> Sygeplejerske V går ind på en stue, hvor der ligger to kvindelige patienter. De ligger i deres senge. Sygeplejerske V: ”*Nå, I ligger allerede klar, til jeg kan måle.*” Hun går hen til den ene af patienterne i den fjerneste seng og giver hende et bæger med piller. Hun spørger til hendes ryg, om den er blevet bedre? Den skal nemlig helst være okay, til hun kan ligge ned længe i morgen. Patienten spørger hende, hvor træls den bedøvelse i morgen er? Sygeplejerske V fortæller, at den spænder og ikke andet. Så går hun hen til den anden patient og måler hendes blodtryk. Hun siger til hende, at hjerterytmen ser fin ud i dag. Og hun spørger hende, om hun er blevet mere rolig? Ja, siger hun. Og hvad så med dine forældre, spørger sygeplejerske V. Jo, de er faldet lidt ned, nu er det mest lillesøsteren, der er oppe at køre. ”*Har du nogle spørgsmål, der rumsterer?*”, spørger sygeplejerske V. Patienten siger, at hun har fået en folder om den undersøgelse, hun skal til i morgen, og hun peger på et stykke papir, der ligger ved sengebordet. ”*Hvordan har du det med at være her?*”, spørger sygeplejerske V. Jo, det går fint. Hun tager hendes puls. Så går hun tilbage til den første patients seng. (observationsdata, Skejby).

Et andet eksempel: Sygeplejerske Æ informeres i personalerummet af en af de andre sygeplejersker om de pågældende patienter. De taler om en patient, som ikke længere vil tale med sygeplejerskerne. Sygeplejerske Æ kender ham udmærket: ”*Hans liv er gået helt i stå efter operationen, han er bange.*” De taler om, at han i det ydre signalerer smil og glæde, men det er ikke til at nå ind til ham under overfladen. (observationsdata, Skejby).

med andre om. Og dette ville så typisk foregå inde hos afdelingssygeplejersken eller i enrum med en nær kollega. Resten af tiden kommer frustrationerne ud som brok:

”Fordi nogle af de der patienter, som det kan være hårdt at passe af den ene eller den anden grund, der kommer vi jo også ud i kaffestuen og brokker os lidt, men det er jo en måde at få afløb for det der med at: Hvad skal jeg da stille op her?” (interview med sygeplejersker, Skejby:23).

Som en konsekvens af, at der kan være forhold, som gør det vanskeligt for den enkelte at pleje en konkret patient eller have med dennes pårørende at gøre, er der på hjerteafdelingen udviklet en holdning om, at det er ”okay” at sige fra overfor at ”blive sat på en patient”:

”Det er legalt at have det på den måde. Det er ikke altid, det kan lade sig gøre, at man kan gebærde sig udenom, altså fx i ferieperioder. Bl.a. har vi en ung patient lige i øjeblikket, som der er et par stykker i afdelingen, der siger, jamen det kan vi godt. Men alle andre siger åh nej. Og nogen kan simpelthen overhovedet ikke passe patienten. Men de kan blive nødt til det fx i sommerferieperioden, hvis det er dér, patienten bliver indlagt igen. Men ellers så forsøger vi. (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:37-38).

Hjerteafdelingens sygeplejersker taler om, at de generelt er gode til at lytte og spejler sig her i en forestilling om, at mere akutte sygeplejersker end de selv, fx sygeplejersker på en akut modtageafdeling eller operationssygeplejersker, nok har mindre interesse i at lytte, end de selv har. Samtidig er der blandt sygeplejerskerne på hjerteafdelingen en italesættelse af, at nogle er født med et større ”omsorgsgen” end andre, og at dette har betydning for den enkeltes evne til tålmodigt at lytte og sætte sig ind i, hvordan en patient har det, samt at der kan være nogle personlige barrierer i forhold til at lytte. Følgende uddrag er fra fokusgruppeinterviewet med sygeplejerskerne:

Sygeplejerske 1: ”Det er jo verdens mest platte: Jeg vil arbejde med mennesker [de griner]. Men der er en vis sandhed i det, fordi kunne vi ikke holde ud at høre på mennesker og deres dårlighed, så kunne vi ikke holde ud at være på et sygehus. Det kunne man jo ikke holde ud. Men omvendt [...] har jeg alligevel nogle personlige barrierer, [...] og det er nok noget af det, der kommer til udtryk, når vi gør sådan her [signalerer utålmodighed], nu skal vi ud herfra, fordi nu skal jeg noget andet”.

Sygeplejerske 2: ”Eller fordi man har travlt, ikke”.

Sygeplejerske 1: ”Jooo, najh”.

Sygeplejerske 2: ”Det kunne jo være...”. (interview med sygeplejersker, Skejby: 8).

I det benægtende ’najh’ ligger kimen til at forstå betydningen af de til tider travle og urolige bevægelser, sygeplejerskerne kan have til ikke blot at handle om travlhed. Men dette ’andet’ har en tendens til at blive overset i den almindelige ’travlhedsdiskurs’. Sygeplejerskerne siger selv, at de nogle dage har mere overskud end andre til at lytte på patienter og pårørende:



"Der kan da også være dage, hvor jeg simpelthen ikke har overskud til at lytte på dårlighed. Altså, jeg gør det, jeg skal, og jeg indsamler de informationer, jeg ved, der er nødvendige, men jeg ville lyve, hvis jeg ville sidde og sige, jeg havde det samme overskud hver dag til at modtage og lytte. Det må jeg indrømme." (interview med sygeplejersker, Skejby:40).

Noget af det, der kan være frustrerende for sygeplejerskerne på hjerteafdelingen, er, når de ikke oplever at have handlemuligheder. Lige så vel som gode handlinger kan virke tilfredsstillende, kan det nemlig opleves frustrerende ikke at kunne handle:

"Blandt andet vores ICD-patienter, der kan man nogle gange føle sig lidt afmægtig, fordi de kommer ind, og de får stød, og de får stød, og den bliver slået fra, og man tænder igen, og de får stød igen. Og dem kommer vi til at se flere og flere af, [...] specielt måske overfor de pårørende, som også føler sig afmægtige. Man bliver sådan lidt smittet af deres situation, fordi de vil så gerne gøre noget for deres partner, men de er ligeså meget på herrens mark. Der kan jeg godt nogle gange sådan blive overmandet lidt af sådan en afmægtighedsfølelse: Hvad skal vi da gøre? Og nogle gange kan man høre, at lægerne også føler, at nu er det altså ved at være sidste udkald. Og vi er jo vant til at kunne hjælpe." (interview med sygeplejersker, Skejby:9).

"Indimellem trænger man til de der forløb, hvor man sådan lige 'puh', får det der af sig igen. Hvor lad os komme videre. Der er nogle, hvor det hele kører lidt hurtigere med." (interview med sygeplejersker, Skejby:9).

Det, der gør det svært, er sandsynligvis de manglende handlemuligheder og følelsen af ikke at kunne gøre noget, fordi det giver en *afmægtighedsfølelse* – en følelse, der kan konstrueres fortællinger om. Fortællinger om, at følelsen ikke *bør* være der. Men følelsen er alligevel svær at slippe af med i forhold til ICD-patienterne:

"Havde det ikke været for os eller for lægerne, så var de patienter døde for længe siden [...]. Så afmægtighedsfølelsen bør ikke være der, fordi de har fået noget. De har fået et længere liv [...]. Nogle er heldige, nogle er ikke heldige. Nogle de dør derhjemme i sofaen, de når aldrig at blive genoplivet og få en ICD." (interview med sygeplejersker, Skejby:10).

Hvorfor afmægtighedsfølelsen tilsyneladende fylder en del og er svær at slippe af med, er et spørgsmål, der står tilbage. Måske kan en del af svaret hentes i relationen til modpolen – det handlingsorienterede fokus, som præger den ideal-faglige og i store træk også den praktisk-faglige identitet på hjerteafdelingen. I de tilfælde, hvor det er svært at gøre noget, falder plejen jo ved siden af og stiller muligvis spørgsmålstejn til idealet om at gøre en forskel for patienterne og udrette noget, der er anderledes, end andre mere almindelige afdelinger har mulighed for.

At der er et handlingsorienteret fokus på afdelingen, understøttes også af holdningen: "*Vi går ikke af vejen for et hjertestop.*" (interview med sygeplejersker:55). Hvor det at stå med et hjertestop på nogle afdelinger kan virke som en voldsom og fagligt krævende hændelse, har hjertestop på hjerteafdelingen en anden betydning. Afdelingen opfattes af sygeplejerskerne som en god afdeling at stå med et hjertestop på, fordi der er eksperter ved hånden, og sygeplejerskerne har gennemgået et godt specialkursus. Dermed bliver der rum for at opleve hjertestoppet som en god akut udfordring. "*Der er*

*det mig og min viden, der testes her og nu". "Jeg ved hvad jeg skal gøre, og det er da fedt!"* De giver udtryk for at kende instruksen, og at det føles godt, når hjertet fungerer igen.

"Det er da fedt! Og jeg, bagefter, når jeg kommer ud, og jeg kan mærke, at jeg har stået, og jeg har rystet, da jeg stået og trukket det der op, og jeg har simpelthen været henne, og jeg har smasket det op i næsen på lægen: Er det det her? Og nu giver jeg det sådan, og han siger ja - så giver jeg det. [...] Det fede er, at man får lov at være med. Fordi på den nyreafdeling, jeg kom fra, der var jeg ved at skide i bukserne, hvis de fik hjertestop, fordi der var jeg ikke en del af det." (interview med sygeplejersker, Skejby:56-57).

### **11.2.2 Passive, demente, uden lyst og evne til at leve**

Noget af det, der kan være svært ved at arbejde på den endokrinologiske afdeling, er, at sygeplejerskerne nogle gange oplever, at mange af patienterne er ældre mennesker, som er "passive, demente, uden lyst og evne til at leve". En anden gruppe, som både sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter finder krævende at pleje, er de unge anoreksipatienter:

"Jeg synes specielt anoreksipatienterne er ekstremt svære her på den her afdeling. Vi er slet ikke gearede til det. Og man bliver ekstremt frustreret, og det er også fordi at det er sådan med dem, det er sådan lidt, man har nærmest en 'mor'-rolle over for dem, og de prøver at bryde grænser hele tiden, og så kan man godt blive lidt træt af dem, når man slet ikke er gearet til det, og de er ekstremt ressourcekrævende, selvom hvis man kigger på dem, så burde de... de kan jo klare sig selv på en anden måde end patienter, men rent mentalt kan de bare ikke rigtig." (interview med sygeplejersker, Herlev 2:29).

Afdelingssygeplejersken mener, at det nogle gange kan være svært for specielt medicinske sygeplejersker<sup>79</sup> at håndtere patienter, der er urimelige, eller at sætte grænser:

"Medicinske sygeplejersker [er] meget søde. Det er et venligt folkefærd, og de kan slet ikke magte, at patienterne enten sviner dem til eller ikke forstår, hvad det er, de siger. Det er en meget svær situation." (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev).

Sygeplejerskernes relation til patienterne kan også opleves som svær, når der opstår akutte situationer, hvor hun ikke kan gøre andet end at tilkalde en læge og så ellers bare være til stede og vente. En sygeplejerske fortæller her om en sådan situation, hvor en KOL-patient fik åndenød og var ved at blive kvalt. Sygeplejersken tilkaldte en læge og måtte erkende, at hendes opgave bare var at være der og sørge for at gøre de ting, som lægen sagde, og det førte til en stor afmagtsfølelse.

"Egentlig kan jeg ikke gøre så meget mere, men det var meget svært at forstå i starten. Jeg tænkte, det kan da ikke være rigtigt. Jeg kan se, at

---

<sup>79</sup> Janet Muff beskriver det som et generelt træk ved sygeplejersker, at de har svært ved at håndtere vrede og kritik (Muff 1988).

patienten er ved at dø, og så står jeg bare her og ikke kan gøre noget.”  
(interview med sygeplejersker, Herlev 1:16).

Det, at sygeplejerskerne ikke umiddelbart kan gøre noget for at lindre patientens smerter, udstiller den magtesløshed, sygeplejerskerne ind imellem oplever. Magtesløsheden er imidlertid ikke altid italesat, den siges ikke højt. Ved i stedet at gøre patienten til den besværlige og pakke håbløsheden i situationen ind i en humoristisk tone, forsøges det at holde magtesløsheden på afstand<sup>80</sup>.

### 11.2.3 Manglende respons

”De er jo kronisk syge, de fleste af dem, vi har. Så man kan jo ikke have én eller anden vision om, at de skal helbredes, det er jo noget med at lappe, [...] det kan godt være lidt utilfredsstillende på en eller anden måde, at man ikke ser de store succeser, hvor man bare tænker: Wauw, hun er helbredt”. (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:47).

Under observationsstudiet blev det tydeligt, at patienter, der er svære at føre samtaler med for sygeplejerskerne og de andre plejegrupper, er en del af den daglige praksis på mave-tarm- og leverafdelingen. Patienterne svarer ikke, når de bliver spurgt. De virker meget apatiske og udfører ikke så mange fysiske ting selv. Hertil kommer de senile patienter, der nogle gange påberåber sig opmærksomhed rimelig konstant og har svært ved at huske, at de lige er blevet bedt om at vente lidt eller ikke er i stand til at respektere det. Disse patienter kan være vanskelige at håndtere for sygeplejersken og er ofte en synlig kilde til irritation. Derudover er mange af de indlagte patienter på afdelingen kronisk syge. På en afdeling med overvægt af kronisk syge patienter kan forestillingen om, at man blev sygeplejerske for *”at gøre en forskel”*, til tider være vanskelig at opretholde.

Fraværet af ’meningsfuld kommunikation’ gør det ikke kun sværere at få indsigt i, hvordan patienten har det, og hvilke behov patienten har, fraværet har også en opslidende effekt:

”På sigt er det ret opslidende at have vores alkoholmente patienter, som ikke fatter en brik, for at sige det lige ud. [...] De er fuldstændig ligeglade, og du får ingen respons af det, du laver.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:46).

---

<sup>80</sup> En sygeplejerske er inde hos en patient, som taler meget om sin sygdom. Sygeplejersken lytter, mens hun måler blodsukkeret. Det er for højt, og derfor skal patienten have insulin. Patienten beder om mere smertestillende, hvortil sygeplejersken svarer, at hun ikke kan få det så tæt på hinanden. Patienten bliver ved med at tale til sygeplejersken, imens denne pusler med bordet og begynder at rulle det ud af stuen. Sygeplejersken går, idet hun siger: Velbekomme når maden kommer. [...] Senere på dagen ligger samme patient og skriger i sin seng. Hun klager over smerter og vil have mere smertestillende medicin. Der sidder flere sygeplejersker inde på kontoret, og de kan godt høre hendes beklagelser. Patienten må først få noget smertestillende igen kl. 18.00. En sygeplejerske ringer til forvagten, som giver hende lov til at give patienten noget smertestillende med det samme. Ingen går ind til patienten for at berolige hende og informere hende om, at det smertestillende er på vej. Sygeplejersken, der var inde og måle hendes blodsukker, joker med, at det må være noget med sengen, der gør, at patienten ligger og skriger – hun kalder den for ’klagesengen’, da der tilsyneladende er flere patienter, der har ligget i den seng, som har klaget meget over smerter. Det er tydeligt at mærke, at sygeplejerskerne synes, den pågældende patient er besværlig. (observationsdata, Herlev).

Den manglende respons fra patienterne gør det sværere for sygeplejersken at vurdere sit arbejde. I nogle situationer handler det om, at patienten er så fysisk svækket, at de dårligt kan kommunikere. Sygeplejerskerne må her gøre brug af andre kommunikationsveje samt på egen hånd træffe beslutninger om, hvad patienten fx skal have at spise<sup>81</sup>.

Hos de af patienterne, der er så fysisk svækkede, at de skal have hjælp til de mest basale kropslige funktioner, involverer dette en intim og tæt kontakt mellem sygeplejerske og patient. Nærkontakten giver i nogle situationer anledning til, at patienterne udviser stor taknemmelighed. I andre situationer føler patienten sig forurettet, og plejesituationen giver derfor anledning til små 'kampe' eller misforståelser. Hvad enten det drejer sig om at give medicin, mobilisere patienten eller om at give patienten den personlige pleje, som sygeplejersken vurderer der er behov for, så udspiller disse situationer sig langt fra altid gnidningsløst<sup>82</sup>. Hvad der fra sygeplejerskens side er et udtryk for pleje og omsorg (fx at få medicin, blive vasket og få lagt rent sengetøj på), kan af patienten opleves som ubehageligt og forbundet med fysisk smerte. Sygeplejerskerne taler selv om, at patienterne nogle gange opfatter dem som enten "strid" eller "en engel".

---

<sup>81</sup> Det er tid til aftensmad i aftenvagten, og sygeplejerske I går ind til Erna, en ældre svækket patient der sover. Sygeplejerske I: *Erna, Erna. Du skal have dine piller sammen med noget yoghurt. Erna, er du der?* Sygeplejerske I: *Er du til tomatsuppe?* Ingen reaktion. *Noget yoghurt og tomatsuppe* siger sygeplejerske I til sig selv, da hun går ud af rummet igen. Hun henter yoghurt og tomatsuppe i et glas. Da hun kommer ind på stuen igen, står sygeplejerske J derinde: *Nå, du er i gang?* Sygeplejerske I: *Jep. Men, du må da gerne...* Sygeplejerske J: *Nej, nej.* J fortæller, hun havde problemer med at få suppe i patienten dagen før, den løb bare ud af hendes mundvige, og at det var, som om yoghurten gled nemmere ned. Hun går igen. Sygeplejerske I trækker Ernas hovedgærde lidt op: *Der er både forret og dessert i dag. Forretten er yoghurt med piller. Lyder det ikke lækkert? Der kommer lige lidt yoghurt her.* Hun fører skeen ind i Ernas mund. Det tager Erna lang tid at synke yoghurten. Efter et minuts tid siger Sygeplejerske I: *Der kommer lige en lille portion mere.* Mens Erna synker, står Sygeplejerske I med armene lænet ind over sengekanten og kigger på hende. Sygeplejerske I: *Er du klar til en lille mundfuld mere?* Erna åbner læberne en smule, men da Sygeplejerske I tager skeen op til hendes mund, lukker hun læberne sammen. Erna virker delvis vågen, delvis sovende, og det er derfor ikke nemt at afgøre, om hun lukkede læberne, fordi hun ikke ville have mere mad, eller om det bare var en tilfældighed. Sygeplejerske I tørrer hende om munden med en serviet og giver hende mere yoghurt. Hver gang hun tager skeen hen til hendes mund, gør hun hende opmærksom på, at hun nu får en mundfuld mere. [...]. Sygeplejerske I fortsætter med at give hende yoghurt, hun har snart givet hende en hel kopfuld. Sygeplejerske I: *Du må godt ryste på hovedet, hvis du ikke vil have mere.* Hun venter lidt. *Vil du have mere?* Ingen reaktion. Sygeplejerske I prøver igen. Efter et par mundfulde mere: *Er du mæt?* Ingen reaktion. Erna tager meget langsomt sin ene hånd op til munden og prøver at sige noget. Sygeplejerske I: *Du vil ikke have mere?* Ingen reaktion. Sygeplejerske I retter på Ernas hagesmæk: *Kunne du tænke dig lidt tomatsuppe? Bare sig ja eller nej.* Ingen reaktion. Sygeplejerske I: *Så prøver vi lidt suppe.* Hun hælder af en drikkekop ned i patientens mund: *Den er lidt lun... så kommer der lidt mere.* Efter hver gang tørrer hun hende om munden, da en del af suppen løber ved siden af: *Så får du lige lov til at trække vejret lidt, mens jeg lige tørrer munden og hagen.* (observationsdata, Bispebjerg).

<sup>82</sup> Sygeplejerske F til en mandlig patient: *Kan du hjælpe mig lidt? Kan du prøve at bøje venstre knæ så meget som muligt?* Hun trækker ham ved hjælp af stiklagenet over på siden. Patient: *AV FOR SATAN.* Sygeplejerske F: *Ja, jeg kan godt forstå du bander. Det tror jeg også, jeg ville gøre. Du må endelig blive på siden. Nu giver jeg dig lige en stikpille, som du også har fået de andre dage. Jeg skal nok være forsigtig. Prøv at slappe af. Træk vejret dybt. Så er den inde.* Patient: *AV.* Sygeplejerske F: *Jeg ved det er hårdt, når man har ondt.* Patient: *AV, nej nu kan det fandeme være nok.* Sygeplejerske F: *Jeg bliver nødt til at hjælpe dig, men det er i orden, du bander. Hun ordner videre. Prøv lige at løfte hovedet, så skifter jeg lige sengetøj, for jeg vil ikke have, du ligger i alt det snavs.* Patient: *AV FOR HELVEDE ALTSÅ.* Sygeplejerske F: *Jeg gør mit bedste. Jeg gør det så hurtigt som overhovedet muligt.* (observationsdata, Bispebjerg).

”Sygeplejersker bliver tit opfattet, som enten er vi stride, eller også er vi enge. Men vi er ikke så gode til at formulere det. Der er næsten altid en grund til det vi gør, men vi har ikke altid mulighed for at formulere det over for patienterne. Ved at sige til hende, at hun selv skal holde kakaoen, prøver jeg at mobilisere hende, for hun skal jo hjem igen, og så er der ikke nogen sygeplejerske til at passe hende.” (sygeplejerske, observationsdata, Bispebjerg).

På de andre to afdelinger er det kutyme, at man siger fra, hvis man synes, at der er en patient, man ikke kan pleje. Sådan er det ikke på mave-tarm- og leverafdelingen. I det følgende citat antyder en sygeplejerske en mulig forklaring:

”Jeg synes ikke, det er noget, vi signalerer, at det ikke er legalt, men det ligger måske usagt et eller andet sted, det der med, at det er sådan lidt svaghedstegn, eller at det skal man kunne, eller at det er sådan professionelt, så skal man kunne rumme de der ting.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:43).

Samtidig vurderer sygeplejerskerne, at det kræver noget overskud at gå på arbejde, hvis man skal kunne rumme patienterne:

”Man kan ikke komme på arbejde og være anonym; man skal forholde sig til nogle store ting. Man skal forholde sig til, at andre mennesker har det rigtig, rigtig skidt, og det skal man kunne rumme.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:43).

Som det antydes i de to citater, kan en del af forklaringen på, at sygeplejersken ikke siger fra over for patienter, som er vanskelige at passe, ligge i opfattelsen af professionalisme på afdelingen – en opfattelse der handler om, at der som professionel sygeplejerske ikke er noget, der hedder gode og dårlige dage, men at man til enhver tid kan håndtere patienterne og deres problemer.

### 11.3 De pårørende

”En af vores overlæger fik en pårørende i røret i dag, en vi mere eller mindre snakker med hver dag, og han havde snakket med hende et kvarter, og var sådan helt: ’Puuh’, sagde han så. Ja, hende snakker vi med hver dag, så kan du se hvordan det er. Altså, det er drænende nogle gange”. (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:11).

Én ting er sygeplejerskernes relationer til patienterne, noget andet er de pårørende. Og her er der ind imellem også anledning til, at sygeplejerskerne kan komme til at føle sig pressede. Dette er specielt tilfældet på den endokrinologiske afdeling og på mave-tarm- og leverafdelingen. Her møder de jævnligt pårørende med urimelige forventninger til sygehusvæsenet:

”Der er altså også mennesker, som ikke er særlig flinke eller behagelige [...] og har nogle forventninger til sundhedssystemet, som er fuldstændig utopiske [...]. De pårørende, som er meget anklagende og meget sådan, at vi gør det ikke godt nok, og vi drikker også kun kaffe, og vi vil bare ikke nogen det bedste, og virkelig stiller sig op på tærne for ligesom at anklage én for, at man ikke gør sit arbejde godt nok, det er noget af det

værste synes jeg, det sværeste..." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:18+16).

Sygeplejersken kan opfatte de pårørendes frustrationer urimelige eller fuldt berettigede, men i alle tilfælde pirker anklagerne til sygeplejerskens dårlige samvittighed.

"Jeg har masser af gange sagt, jamen, det er rigtig beklageligt. Jeg er ked af, at det er sket sådan, for det går stærkt nogle gange, og så er der ting, der misser." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:20).

I denne situation bliver de pårørende et billede på omgivelsernes krav og forventninger til sygeplejersken som individ, til afdelingen som kollektiv, og til sundhedsvæsenet som organisation. Mødet med den pårørendes frustrationer tydeliggør de situationer, hvor disse krav og forventninger ikke opfyldes:

"Hvis man går med en usikkerhed, det tror jeg er dét folk, folk de ligesom brækker halsen på, og de sidder inde på kontoret og græder, og man synes selv ikke, man gør det godt nok, og så pludselig kommer der også nogle pårørende og siger det til en, og så tænker man: Ja, det gør jeg ikke, og det kan hele verden se. Det er den der utilstrækkelighed, det tror jeg, der rammer folk". (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:20).

Mødet med den pårørende bliver også et spejl på sygeplejerskens egne krav og forventninger til det arbejde, hun og hendes kolleger udfører. Hvis sygeplejersken i forvejen er usikker på sit arbejde og i tvivl om, hvorvidt hun gør det godt nok eller kan leve op til krav og forventninger til hende som sygeplejerske, så bliver følelsen af utilstrækkelighed forstærket. Presset på sygeplejersken forøges af, at nogle ting ikke gælder som 'legitim' undskyldning, fx kan man ikke undskylde sig over for pårørende med, at man er nyuddannet og relativt uerfaren.

Det er således ikke kun arbejdet med patienterne, men i nogle tilfælde også kontakten til de pårørende, der kan fremkalde afmagtsfølelse hos sygeplejerskerne.

#### **11.4 Kategorisering af patienterne**

"Det er dejligt med nogle glade pårørende. [...] Det er meget bedre end sure pårørende." (sygeplejerske, observationsdata, Herlev).

Til daglig synes princippet om at møde patienterne, hvor de 'er', et stykke hen ad vejen at være 'oversat' til kategoriseringsarbejde. Dette forstået på den måde, at sygeplejersken tilskriver patienten en identitet, og at denne får betydning for den måde, hvorpå 'hun' vælger at formidle information til patienten og være omkring denne. Patienter tilskrives således identiteter som: kvik, vidende, mindre kvik, sød og nem at have med at gøre, snakkesalig, selvhjulpne, besværlig, tung og krævende, en pylrerøv eller sød og

veltalende herre. Også patienternes livsstil italesættes<sup>83</sup> som centralt for deres sygdom og som definerende, hvem de er. Det kommer fx til udtryk i vendinger som:

”Det er ikke altid, de [patienterne] følger bøgerne” (sygeplejerske, observationsdata, Skejby).

”Han har også livsstilen” (sygeplejerske, observationsdata, Skejby).

Identitetsarbejdet, hvor sygeplejersken tilskriver patienten eller den pårørende en identitet, indgår også i vurderingen af, hvordan den medicinske information oversættes til hverdagspraksis. Opfattes patienten fx som én, der har et aktivt liv; kan der eksemplificeres med, hvor mange rækker kartofler han kan lægge i sin have, eller opfattes patienten som én, der ikke udfører nævneværdige aktiviteter. I journalen skriftliggøres sygeplejerskens oplevelse af patienten under rubrikken: psykosociale faktorer. Hermed deles oplevelser kollektivt mellem sygeplejersker/plejepersonalet. En kollektivitet, der også dyrkes ved den megen udveksling af små historier om erfaringer med de konkrete patienter i løbet af en dag.

Italesættelsen af hvem patienterne er, har en betydning for den videre relation mellem sygeplejersken og patienten. Italesættelsen af hvem patienterne er, har også betydning for sygeplejerskernes faglige identitet. Da sygeplejerskerne definerer patienten eller den pårørende, definerer de nemlig også sig selv i forhold til patienten eller den pårørende, fx som værende på bølgelængde med, anderledes fra eller kvikkere end. Kategoriseringen af patienter som typer kan måske forstås som en måde at gøre relationerne ’standard håndterbare’ på, hvor der er en række mulige identiteter at tilskrive patienterne.

#### 11.4.1 Patienten som sygdomskategori

Udover at tilskrives en identitet som person, kategoriseres patienterne også efter sygdom. I daglig tale omtaler hjerteafdelingen tre patientkategorier: de insufficiante, de transplanterede og arytmierne, og der opfattes som *”meget forskellige patientkategorier at passe”*. De patienter, det er hårdest at pleje, anses for at være de kritiske (der måske er vidende og stiller krav), de angste pacemaker-damer, ’omsorgsslugerne’<sup>84</sup> og de rigtig dårlige patienter, hvor man er meget på hele tiden, og hvor de pårørende typisk også kræver meget. Det opleves også hårdt at pleje børn, der skal hjertetransplanteres. Hjerteafdelingens sygeplejersker mener, de ville blive ”kvalt”, hvis de kun havde de mere tunge, meget informations- og plejkrævende patienter. Hvor der også er en ”psykisk bearbejdning”:

---

<sup>83</sup> Sygeplejerske X taler om, at sådan en som [patientens fornavn], han er *”en overset patienttype”*. Det er fordi, han er så dårlig med hjertet, at der faktisk er basis for en transplantation, men samtidig er han svækket på så mange andre områder, at det simpelthen vil være for farligt at transplantere. Sygeplejerske X: *”Hvad kan man gøre for dem?”* Hun taler om, at det er en udfordring, fagligt, at finde ud af, hvordan man plejer sådan en patient. *”Her må man møde patienten på hans vej.”* Hun siger, at det ikke hjælper at prædike for [patientens fornavn] om alkoholvaner og rygning: *”Han bliver ikke bedre af at stoppe. Måske er det det, der gør livet værd at leve for ham.”* (observationsdata, Skejby).

<sup>84</sup> Der var i observationsperioden en såkaldt ’omsorgsluger’ indlagt på afdelingen. En yngre patient, der vandrede rundt med stirrende, søgende, krævende øjne på jagt efter opmærksomhed.

”Det ville ikke være til at holde ud at være her for mig, hvis jeg kun så de der svært hjerteinsufficente patienter med dårlig pumpefunktion, som man ikke kunne gøre noget for. Som kom ind og ud med vand i kroppen og lange indlæggelsesforløb og ender til sidst med at dø i afdelingen. Hvis det var det eneste. man så, så ville det bare være sådan noget ‘Åhh!’, som virkelig dræner én. De andre ting, de dræner stadigvæk én for energi, og man synes, man bare gør alt, og man kan ikke trylle. Men man får også mange andre ting, de gode ting, de gode patienter, som fortæller... de gode historier, dem man har kureret, og dem ser man aldrig igen, fordi det var ikke nødvendigt.” (interview med sygeplejersker, Skejby:9).

Radiofrekvenspatienterne opfattes omvendt som *”vores åndehuller”*, fordi deres indlæggelser normalt er korte, og de *”blot”* kommer ind til en behandling, men ellers er rørige og selvhjulpne.

### 11.5 Hvordan man sætter grænser er individuelt

Mens nogle af sygeplejerskerne sætter grænser over for patienters fysiske og verbale adfærd, så er det langt fra alle, som har let ved det. Derudover er der også patienter, som fx på grund af senilitet ikke forstår sygeplejerskernes grænsesætning. Af observationsstudierne og interviewene med sygeplejerskerne fremgik det, at der ikke er nogen fælles udviklet kultur omkring, hvad man som sygeplejerske skal acceptere og finde sig i, eller med andre ord: hvor langt man skal kunne rumme patientens følelser og *”tage imod”*, og hvornår det er tilladt at *”sætte en grænse”*. Overvejelser omkring denne grænsedragning er tilsyneladende individualiseret, og i forlængelse heraf også, hvordan den enkelte sygeplejerske tackler de følelser, som relationen til patienter og pårørende vækker i hende. Hun er overladt til at finde sine egne svar. Nogle sygeplejersker tackler følelserne ved at reagere udadtil – ved at vende frustrationen udad:

”og virkelig være totalt uprofessionel og blive irriteret, før at jeg i hvert fald har det sådan, at jeg kan gå ud og være professionel overfor dem, så skal jeg have lov til at lukke det der ud over for min kollega” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:18).

Der er imidlertid ikke noget formaliseret forum at få det ud i. Der er ikke sat en del af arbejdstiden af til at diskutere de følelser, arbejdet påfører den enkelte sygeplejerske. Der er ikke noget fagligt forum, hvor det er legitimt at tale om, at man synes, en patient er vanskelig, fordi man ikke kan rumme vedkommende; at en pårørende er trådt ind over ens grænser eller andet. Et forum, hvor sygeplejerskernes oplevelser samles op og bearbejdes, eller hvor den enkeltes reaktioner sættes ind i en faglig sammenhæng med henblik på, at personalet som gruppe kan opnå viden om, hvilke mekanismer der fx er på spil i de svære patientrelationer, og hvor den enkelte sygeplejerske kan blive bedre til håndtere de svære situationer. Frustrationer og følelser lukkes i stedet mere spontant ud i frokoststuen, på kontoret, i skyllerummet etc.

”Tit bliver spisesituationen [frokostpausen] brugt til at tale om patienter og til at komme af med frustrationer, for der er sjældent tid til at tale sammen på andre tidspunkter.” (sygeplejerske, observationsdata, Herlev).



Sygeplejerskernes frustrationer kommer i stedet ofte til udtryk som kritik eller distance-  
rende humor<sup>85</sup>. I tråd hermed oplevede Wilhelm Skogstad i forbindelse med sine obser-  
vationer af medicinske sygeplejersker i England en flirtende og humoristisk adfærd  
blandt dem. Han peger på, at denne adfærd havde forbindelse til den manglende itale-  
sættelse af sygeplejerskernes følelsesmæssige reaktioner på arbejdet. Han konkluderer,  
at man kan se sygeplejerskernes brug af humor og flirtende adfærd som en måde at  
distancere sig følelsesmæssigt på fra patienterne og de følelser af fx skyld, som patien-  
terne vækker i dem:

“Staff often turned away from the human suffering, by physically looking  
away or by turning to jolliness and excitement, thereby freeing them-  
selves from an experience of demand on them and of guilt.” (Skogstad  
2000:119).

Humoren kan i dette lys ses som et udtryk for manglende følelsesmæssig bearbejdning  
af de ting, sygeplejerskerne oplever som en del af deres hverdag. Den bliver en slags  
'ventil' for de følelsesmæssige frustrationer. Også Helle Ploug Hansen har i en undersø-  
gelse af onkologiske sygeplejersker peget på, hvordan de distancerer sig fra den følel-  
sesmæssige påvirkning fra patienterne, i dette tilfælde den frygt for døden, som det at  
passe kræftsyge patienter kan vække i dem. Distancen blev ikke skabt via humor, men  
ved at signalere travlhed både verbalt og kropsligt. Såvel Kupferberg, Skogstad og Ploug  
Hansen beskriver i forlængelse heraf, hvordan patienten fungerer som et spejl på syge-  
plejerskens arbejde. Patienten er et spejl, hvori sygeplejersken kan se sig selv som  
hjælper og 'engel', men patienten er samtidig også et spejl for sygeplejerskens følelse af  
utilstrækkelighed, skyld og hendes egen frygt for sygdom og død (Hansen 1995:76;  
Kupferberg 1999:153; Skogstad 2000:101).

Blandt afdelingssygeplejerskerne er der en bevidsthed om, at forestillingerne om den  
omsorg, der bør gives patienterne, kan bidrage til udbrændthed:

“Der vil også være nogle sygeplejersker, der søger ud i nogle andre jobs,  
når de har arbejdet som sygeplejersker i nogle år, måske fordi de ikke har  
lyst til det mere, ikke synes at de har mere at give af det eller har brug  
for nogle andre arbejdsopgaver, hvor de ikke skal være i så tæt kontakt.  
Så på den måde kan man sige, at det er måske også omsorgen, man  
brænder nalderne på en gang i mellem, hvis man brænder ud som syge-  
plejerske.” (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:29-30).

## 11.6 Diskussion: Patienten og fagidentiteten

“Sygepleje karakteriseres ofte som en omsorgspraksis. Omsorgen udgør et  
omdrejningspunkt for sygeplejerskers selvforståelse og praksis. Man knyt-  
ter omsorg til moralsk handling, og heraf udspringer de moralske og etiske  
diskussioner, som præger sygeplejeteorier i dag. Ofte er disse diskussioner  
meget abstrakte, hvilket i sig selv kan være udmærket, blot er prisen den,

---

<sup>85</sup> Også lægerne bruger ind imellem kritik og distancerende humor om patienterne i deres kommu-  
nikation med sygeplejerskerne: “Han [patienten] er en plæderende, lusebefængt, gammel alkoholi-  
ker” (observationsdata, læge, Bispebjerg).

at de ikke samtidig kan være konkret handlingsvejledende." (Lomborg 2000:138).

Som det er fremgået, så er patientkontakt og omsorg for patienterne et centralt omdrejningspunkt i sygeplejerskernes ideal-faglige identitet. Mange giver udtryk for, at arbejdet med mennesker er selve grundlaget for, at de valgte at blive sygeplejersker. Patienten er således en væsentlig brik i sygeplejerskernes identitetsarbejde i og med, at sygeplejerskerne definerer værdien af deres arbejde ud fra relationen til 'billedet af patienten'<sup>86</sup>. Men som det også er fremgået, så giver den faktiske situation på de enkelte afdelinger ikke altid mulighed for at udleve eller praktisere dette ideal. På hjer-teafdelingen var det især tydeligt i forhold til den manglende tid til at informere patienterne og forholde sig til den krise, patienterne var i; på mave-tarm- og leverafdelingen samt den endokrinologiske afdeling fx i forhold til, at idealet om den nære patientkontakt er vanskelig i situationer, hvor patienterne er svære at kommunikere med, samt at patientklientellet på afdelingerne gør, at arbejdet handler mere om at lappe end om at helbrede.

Når det er interessant at tage op i denne rapport, så er det ikke blot for at påpege, at der er et gab mellem den ideal-faglige forestilling om patientkontakt og omsorg til patienterne og den kontakt og omsorg, der praktiseres i hverdagen, men også for at diskutere, hvorvidt denne tilgang kunne rumme en fare for at bidrage til udbrændthed blandt sygeplejersker. Og om en højere grad af faglighed, der reelt er gearret til at rumme dagligdagen med patienterne, ikke ville kunne modvirke udbrændthed.

Måske er en del af problemet, at sygeplejerskerne i det daglige foretager masser af grænsedragninger til patienterne ved eksempelvis at kategorisere dem på en afstands-tagende måde<sup>87</sup>, men denne praksis er ikke en del af ideal-fagligheden, som tager udgangspunkt i et meget mere idealiseret billede af relationen mellem patient og sygeplejerske. Hermed skabes et skisma, der kunne give anledning til faglige refleksioner over, hvordan nærhed og grænser kan praktiseres uden at gøre skade på hverken patient eller sygeplejerske.

Sagt på en anden måde, så er sygeplejestudiets fokus på den gode samtale med og rigtige omsorg for patienterne samt de ideal-faglige forestillinger herom på afdelingerne måske ikke altid nok til at komme helstøbt ud af en dagligdag, hvor kommunikation så langt fra foregår perfekt, og hvor sygeplejerskerne har lært, at andre former for opgaver står i centrum, jf. (Larsen 1999). Der er måske behov for en brobygning mellem det ideelle og det muliges kunst, herunder ikke mindst værktøjer til, hvordan man kommunikerer med patienter i krise, patienter uden livsmod, og patienter der ikke svarer, når man taler til dem, men også værktøjer eller fora, der giver sygeplejerskerne mulighed for at komme af med og bearbejde de følelsesmæssige oplevelser, som hverdagen som sygeplejerske er så fuld af. I modsat fald vil det være kritik, ønsket om afstand og kate-

---

<sup>86</sup> Kristian Larsen viser i sin ph.d.-afhandling, at skismaet mellem idealer og sygeplejerspraksis allere-de fremkommer under sygeplejerskeuddannelsen i og med, at sker et skifte i de studerendes primære fokus i deres praktikophold på sygehusafdelinger fra at være orienteret mod patienterne til senere i forløbet at være orienteret mod det medicinske felt – bestående af det medicinske be-handlingsmæssige system og dets 'anatomiske' af kuglepenne, stole, borde, kardex, proceduresedler, telefoner, sekretærer etc. (Larsen 1999:260).

<sup>87</sup> I den norske SINTEF-undersøgelse peges i tråd hermed på, at sygeplejerskerne taler om omsorg, men i daglig praksis er optaget af at sætte grænser over for patienter og pårørende (Vareide et al. 2001).

goriseringer af patienterne som eksempelvis besværlige, der fortsat vil komme til at fylde. For hvordan forholder man sig til patienter eller pårørende, der ikke taknemmeligt tager, imod uden selv at gå fra situationen vred og frustreret? Hvordan kan man fagligt forholde sig til kontakt og omsorg under de givne arbejdsbetingelser? Hvordan kan man gennem grænsedragning sikre, at man som sygeplejerske ikke tager kritik eller manglende respons for personligt? Og samtidig – som påpeget af Janet Muff: Hvordan udvikles en faglighed med et relationelt fokus, der ikke bare fokuserer på, hvordan patienter gør sygeplejersker vrede, frustrerede osv., men også har fokus på sygeplejerskernes eget bidrag til relationen? (Muff 1988:205).

I næste kapitel diskuteres betydningen af sygeplejerskernes problemer med grænsedragninger i forhold til patienterne for sygeplejerskerne selv – og deres overskud til at yde sygepleje.



## 12. Den professionelle sygeplejerske – myten om masken

”Vi er mennesker. Vi er nøjagtig som alle andre, man kan ikke stå der og smile og sige ja og amen, når man indeni er rasende.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:18).

Som det fremgår af foregående kapitel, så producerer relationerne mellem sygeplejersker og patienter både gode og mere svære oplevelser. I dette kapitel argumenteres for, at det at håndtere de svære oplevelser, som arbejdet som sygeplejerske ind imellem indebærer, i et vist omfang er et usynligt arbejde. Idealet om den omsorgsfulde sygeplejerske, der plejer patienterne, fylder i såvel omgivelsernes som sygeplejerskernes egne forestillinger om ’rigtigt sygeplejerskearbejde’. Men den måde, hvorpå sygeplejerskerne på den ene side fungerer som professionelle sygeplejersker og professionelle omsorgsgivere og på den anden side som privatpersoner med en krop og med følelser, er ikke-italesat i sygeplejerskernes faglige kollektiv på afdelingerne og dermed ikke begrebsliggjort som en del af det at arbejde i en sygehusorganisation.

### 12.1 Den professionelle sygeplejerske

Nogle dage har sygeplejerskerne mere overskud end andre til at lytte på patienter og pårørende, men der eksisterer også et behov for at distancere sig fra arbejdet; for ikke at blive for involveret i patienterne – et behov for ikke at ’tage patienterne med hjem’:

”Vi kan jo ikke sætte os ned og være dybt kede af det, hver gang der er én, der ikke overlever, fordi det kan man jo ikke holde til.” (interview med sygeplejersker, Skejby:10).

Flere forskere har peget på den dobbelthed, der er indbygget i offentligt omsorgsarbejde: på den ene side indlevelsen og engagementet, på den anden side en professionel distance (Dybbroe 2001; Hansen 1995:108-109). Der er således også grænser for indlevelse. Grænsen går ved fx evnen til at yde professionel sygepleje til en person, der er for tæt på sygeplejersken selv, og holdningen er derfor, at det ikke er muligt at være sygeplejerske for nærmeste familie, venner og naboer. Især hos afdelingssygeplejerskerne er der en erkendelse af, at det kan være hårdt for sygeplejersken at passe patienter, hun kan identificere sig med – patienter, der minder hende om sig selv:

”Det der er lidt hårdere ved yngre patienter, det er jo personalets egen spejling i patienten. For er man selv i den alder, så er de selvfølgelig vanskeligere at passe. [...] Der kan også være nogle gange nogen, hvis de har mistet forældre eller nogen inden for en... så kan det faktisk godt være svært at passe en ældre, terminal patient, hvis man ser noget... det er igen den der spejling. Så der kan det godt være psykisk svært at gå ind og give, det man skal give.” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:7).

Spejleffekten (jf. afsnit 11.5) betyder, at mødet med den syge patient minder sygeplejersken om hendes egen sårbarhed og dødelighed; at patienten, hun passer, i virkeligheden kunne være hende selv, og at også hun kan blive ramt af den sygdom, patienten har. Yngre terminale patienter opleves således ofte som hårde at passe, fordi sygeplejerskerne i højere grad kan spejle sig i dem. Dette understøttes af (Hansen 1995:76), (Kupferberg 1999:153), (Skogstad 2000:101). På den endokrinologiske afdeling er det muligt at sige, at man ikke længere magter eller ikke har energi til at passe en sådan patient, og så sættes en anden på denne:

”Det [er] lovligt at sige, at jeg kan bare ikke, jeg kan simpelthen ikke holde det ud.” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:7).

I sådanne situationer gør de ifølge afdelingssygeplejersken det, at de vælger at *”beskytte”* både personalet og patienten. Således at sygeplejersken fx ikke skal bryde sammen inde hos patienten:

”Det er specielt, hvis vi får nyt plejepersonale. Det kan også ske med en af de gamle, eller hvis vi har elever, eller studerende – så har vi nogen gange nogen, de bryder sammen, når en patient dør. Der er vi nødt til at gå ind at gøre noget ved det. Det er okay at være rørt. Den dag man ikke er rørt, når man har en patient, der dør, så skal man gå hen at finde sig et nyt job, så selvfølgelig er man rørt, men man skal stadigvæk være professionel. Det går ikke, at man står og stortuder inde på stuen, for så kan man ikke give noget til de pårørende, der rent faktisk skal have. Man er jo i kittel, når man er her trods alt, så der går vi nogle gange ind og siger, hvad skete der lige for dig her. Hvad er det lige præcis, at der gjorde, at det gik galt i dag, og prøver at samle medarbejderen op”<sup>88</sup> (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:8).

Hjerteafdelingen har også den holdning, at det kan være vanskeligt at passe patienter, der ligner en selv for meget, eller patienter hvis forløb minder sygeplejersken om et forløb, hun selv har været igennem (fx tab af en forælder). Også her er der åbenhed for, at man kan sige fra over for at passe specifikke patienter, fordi det opleves som psykisk hårdt. På mave-tarm- og leverafdelingen er der ikke tradition for, at man siger fra. De forklarer det i første omgang selv med, at de patienter, de har indlagt, ikke er en type man umiddelbart identificerer sig med som ung sygeplejerske:

”De er også så fjerne fra vores identitet og vores hverdag. Altså, at sammenligne sig med en misbruger gennem 20 år, der har børn i plejefamilie. Det er så langt ude, så man kan distancere sig. Jeg er overhovedet ikke som hende. Det gør det nemt at bruge den, sådan, forsvarsmekanisme.” (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:15).

Forklaringen herpå relaterer sig også til forestillingen om den professionelle sygeplejerske, som er i stand til at yde sygepleje til alle patienter<sup>89</sup>. Billedet af den professionelle

---

<sup>88</sup> Sygeplejerskerne på den endokrinologiske afdeling har ingen supervision eller adgang til psykologhjælp. De bruger i sjældne tilfælde deres sygehuspræst for eksempel, da en kollega pludselig døde (interview med afdelingssygeplejersken, Herlev:8).

<sup>89</sup> Ifølge Janet Muff er dette et generelt emne i de myter sygeplejersker selv har skabt om sygepleje (Muff 1988).

sygeplejerske på afdelingen er, at man skal kunne *"rumme"* patienten, og at det vil være *"svaghedstegn"*, hvis ikke man kan det.

### 12.1.1 Den professionelle maske

Sygeplejerskearbejdet og herunder især patientkontakten kan forstås som værende udspændt mellem på den ene side et behov for engagement og indlevelse og på den anden side som et behov for en professionel distance, en professionel maske. Den hvide kittel symboliserer denne maske: når kittlen påføres, påføres masken. Masken er dog ikke fuldt dækkende; der er potentielle sprækker. Fx patienter der finder vej ind under masken, hvor den enkelte sygeplejerske kommer til at leve sig ind i patientens situation på en måde, der kan være smertefuld:

"Det hænder jo ind imellem også, at der er nogen, hvad skal man sige, der falder i vandet. Det gør vi alle sammen i ny og næ, når der er nogle patienter, der på magisk vis lykkes at komme ind bag kittlen, havde jeg nær sagt, som man ikke kan lægge fra sig og hænge ind i skabet, når man går hjem." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:39).

At blive følelsesmæssigt påvirket italesættes som at *"falde i vandet"*, som at begå en fejl man skal lære ikke at lade ske igen. På den anden side udtrykkes også holdningen, 'at den dag man ikke bliver følelsesmæssigt påvirket af et dødsfald, der skal man finde sig et andet arbejde'. Det italesættes altså samtidig som et problem, hvis ikke man har følelserne i behold som sygeplejerske. Der synes altså at være et skisma mellem sygeplejersken som professionel dækket ind af kittel og maske og sygeplejersken som menneske med både krop og følelser.

### 12.2 Når patienter dør

"Man skal i hvert fald sådan have dem kategoriseret, sådan kasset ind sådan til et eller andet. Fordi nogle af tingene, der går da lang tid, inden du glemmer, da du var med til det der." (interview med sygeplejersker, Skejby:50).

Nogle sygeplejersker fortæller, at det er deres oplevelse, at de fleste sygeplejersker i forbindelse med uddannelse og praktik forholder sig til, hvordan de fx har det med døden. De giver dog samtidig udtryk for, at man ikke på forhånd kan vide, hvordan arbejdet med syge, ind imellem døende, mennesker vil påvirke en. Det er noget, man må lære undervejs. Og hvordan man sørger for at *"komme ud med de ting"*, er også en erfarings- og læringsproces, som man må opdage undervejs:

"Det kommer også med erfaringen, at man lærer, hvordan man har det. Altså, at man lærer at komme ud med de ting, så det netop ikke hober sig op og bliver til sådan en, der sidder og gnaver inden i maven." (interview med sygeplejersker, Bispebjerg:18-19).

På hjerteafdelingen er døden på sin vis noget specielt, fordi det på den ene side er holdningen, at det er svært at dø på en afdeling som denne, fordi der kan gøres så meget. Døden kan således et stykke hen ad vejen undgås eller udskydes. På den anden side er der også patienter, som dør på afdelingen, og mange af disse er patienter, personalet har kendt længe – patienter, hvis liv er blevet forlænget af det, de har kunnet

gøre for dem. Og her er det, at der ind imellem er dødsfald, som *"trækker tænder ud"* for de sygeplejersker, sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, der har været tættest på.

"Fordi det er sådan med vores ICD-patienter, at det går godt nogle år, og så kommer de igen og igen og igen, hyppigere og hyppigere. Og til sidst så dør de ovre ved os. Det samme sker med alle vores hjertetransplanterede. Og det trækker altså tænder ud, når folk de dør. Folk man har kendt i 15 år." (interview med afdelingssygeplejerske, Skejby:36).

Sygeplejerskerne synes at betjene sig af to slags 'håndteringsstrategier' i forbindelse med, at patienter dør på afdelingerne. Den ene er at tale om død som noget uafvendeligt eller endog positivt, den anden at tale hændelsesforløbet igennem efterfølgende.

### 12.2.1 Dødens uafvendelighed

"Jamen det er sådan en efterrationalisering. [...] Hans hjerte det var jo elendigt, han kunne jo ikke mere. Og så tænker vi sådan mere på: Døde han nu forholdsvis roligt? Var familien der? Eller var det sådan noget hur-lumhej-død?". (interview med sygeplejersker, Skejby:44).

For det første taler de om dødsfald som noget, der måtte komme, og som rummende en vis uafvendelighed. Som led i uafvendeligheden forbereder de sig i et vist omfang mentalt på det, der må komme, i måden at tænke og tale om patienterne på<sup>90</sup>. I den forbindelse anvender hjerteafdelingen en række vendinger, der signalerer uafvendelighed:

"Hun fik fred."

"Det var den vej, det måtte gå."

"De vidste jo, hun skulle dø."

"Det kunne ikke være anderledes."

Der synes ikke at være rum for modfortællinger. Fx udrød en sygeplejerske: "Men hun ville jo ikke have fred" (observationsdata, Skejby), hvortil der ikke kom noget svar fra de andre sygeplejersker.

På mave-tarm- og leverafdelingen italesættes døden på samme måde som noget, der er uafvendeligt. Her italesættes døden dog også med en tydelig distance.

"Det er så sjældent, vi har nogen, hvor man ikke tænker: Nå, det var nok også det bedste".

"Det er fordi, de er så dårlige".

"Det kan godt være de ikke er særlig gamle, men så er de godt nok syge".

### 12.2.2 Fokus på hændelsesforløbet

"Mange har brug for at høre, at de har gjort det, de kunne, og at det ikke er deres skyld. Det lyder meget banalt, men det er tit det, man går ned



med: Ej, var der noget, jeg ikke så." (interview med sygeplejersker, Skejby:13).

En anden måde at søge at håndtere dødsfald er ved at fokusere på hændelsesforløbet. Herigennem forsikrer personalet hinanden om, at: "*vi gjorde det godt nok*", og om at der ikke var noget, de kunne have gjort bedre. Samtidig fortæller de hinanden, hvad der skete, og hvordan de konkret *tackledede* det, der skete. "*Og så skete der det og sådan og sådan...*". Og *vi* gjorde sådan og sådan. Denne fortælling gentages, hver gang én, der endnu ikke har hørt om hændelsen og har været en del af forløbet, møder ind på arbejde. Der fokuseres også på, om det foregik roligt eller mere kaotisk. For hjerfteafdelingens sygeplejersker er dette en måde "*at få det afsluttet lidt på*". Måden italesættes også som en 'læringssituation', hvor:

"Vi snakker om, hvad var det egentlig, der skete. Hvad gik godt, hvad gik galt. Hvad skal vi være opmærksomme på en anden gang. Var der noget, vi kunne have gjort anderledes? Og sådan i den dur der. [...] så får man det snakket igennem nogle gange, hvad der skete, og det foregår meget sådan i vagtskifte aften-nattevagt fx, eller hvis man sidder og spiser eller får en kop kaffe eller sådan noget. Så sidder man og snakker om det, og fortæller dem, der ikke var der, om hvad der foregik. Får det snakket igennem på den måde. [...] Og så lige så stille så bliver det bearbejdet." (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:11).

I situationer, hvor der opstår tvivl om, hvordan personalet skal håndtere en situation, har man på den ene af afdelingerne tradition for at gøre det til et indslag på en lægekongference. Da al personalet på afdelingerne aldrig er til stede samtidig, er mulighederne for at levere samlet information til personalet begrænset. Informationen om en hændelse sker derfor typisk som en overlevering i starten og slutningen af vagterne eller som en snak under frokosten eller i stille perioder, fx en aften- eller nattevagt. Informationen spredes så at sige i stedet af sig selv ved, at personalet snakker sammen, og ved at dem, som var til stede og oplevede hændelsen, fortæller om det til de andre i personalegruppen. Ofte fokuseres snakken om de dramatiske hændelser omkring hændelsesforløbet, dvs. hvem gjorde hvad og hvornår, og hvad var godt nok og hvad var ikke. Fokusset på hændelsesforløbet betyder, at sygeplejerskerne får snakket om, hvorvidt noget kan gøres bedre til en anden gang.

At tale hændelsesforløbet igennem er for sygeplejerskerne en måde at håndtere og forholde sig til følelsen af utilstrækkelighed. Snakken om hændelsesforløbet: Sagde jeg det rigtige, og gjorde jeg det rigtige? er ofte tæt sammenvævet med et mere normativt aspekt: Var det etisk korrekt at gøre sådan, som jeg gjorde? De mere følelsesladede reaktioner på et hjertestop eller et dødsfald gøres derimod sjældnere til genstand for refleksion.

---

<sup>90</sup> Sygeplejestuderende Ø: "Man kan sige, at for sådan en som ham, går det jo kun én vej." Sygeplejerske Æ: "Ja, det gør det [...] om det så går langsomt eller hurtigt, det kan vi ikke vide. Vi skal bare hjælpe ham til at have det tåleligt." (observationsdata, Skejby).

## 12.3 Den individuelle håndtering

”Nogle gange går man jo også hjem og ikke har fået snakket om tingene. Og det er nok de gange, der er sværest.” (interview med social- og sundhedsassistent og sygehjælper, Bispebjerg:29).

Ser man på, hvilke ting sygeplejerskerne snakker om og spørger hinanden om i løbet af dagen, så er det kendetegnende, at de spørgsmål, de stiller hinanden, ofte handler om teknisk viden – om medicin, behandlinger, prøver, undersøgelser, udveksling af konkrete erfaringer om indlagte patienter. Mindre af tiden går med at tale om, hvordan de fx skal tackle svære samtaler eller følelsen af utilstrækkelighed over ikke at kunne nå de ting, de gerne vil nå. En del af svaret på dette er sandsynligvis, at der ofte er et stort pres på at få udført de mere tekniske opgaver inden for en bestemt tidsperiode.

### 12.3.1 Begrænsningerne i den kollegiale omsorg

Fokuset på hændelsesforløbet betyder, at der ikke i samme omfang er fokus på den enkelte sygeplejerskes samlede oplevelse af hændelsen, dvs. herunder også hvordan det påvirker dem som sygeplejerske og som privatperson. Mens snakken om hændelsesforløbet sker i det offentlige rum på afdelingen, så foregår snakken om, hvordan den enkelte sygeplejerske tackler situationen, typisk på tomandshånd, enten med afdelings-sygeplejersken eller en kollega i aften- og nattevagterne:

”Det der med at sige ‘puh ha’, og hvordan det sådan påvirker én, det foregår ikke sådan i den store gruppe. Men det foregår meget. Det foregår på tomandshånd eller fx i en aftenvagt, hvor man er få på arbejde, eller ja, da sidder man så og snakker om, hvad det gjorde ved én. Og selv om vi er en personalegruppe, som fungerer utrolig godt sammen sådan generelt, så er det jo altid sådan, at nogen – man har et tættere forhold til end andre. Og så er det meget dér, man vender den slags ting, fordi man altså blotter sig selv mere.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:11-12).

De mere følelseladede aspekter af en sygeplejerskes oplevelse af en hændelse foregår altså i mere private og afgrænsede rum. ”*De er blufærdige*” gives som forklaring af en afdelingssygeplejerske og hendes sygeplejersker selv. En ofte italesat forestilling om sygeplejefaget er, at det er et fag, der bruger meget tid på at snakke om, hvordan de har det, og som er gode til ’kollegial omsorg’. Sygeplejerskerne italesætter i høj grad en forestilling om en velfungerende kollegial omsorg, og om at de er gode til at snakke med og tage hånd om hinanden. De oplever også, at der blandt deres kolleger og afdelingssygeplejersker opfordres til at tale om, hvordan man har det. Der er imidlertid ikke altid den nødvendige tid til at få sat sig ned og få snakket.

”Den [kollegiale omsorg] har sine begrænsninger, men forstået på den måde, at hvis der er én, der har været udsat for noget, som er rigtig træls. Så ved alle de andre det godt. Og så den person – vi siger at det var mig – jamen altså, så ville alle komme forbi mig på et eller andet tidspunkt sådan lige og lægge hånden på skulderen: Bare sig til, hvis der er noget, ikke også. [...] og så går man automatisk til dem, som man så dan synes, man helst vil blotte sig selv over for.” (interview med afdelingssygeplejersken, Skejby:12).

Man kan hævde, at der er en vis 'begrænsning' forbundet med den kollegiale omsorg, idet der ligger en indbygget forventning om, at den enkelte sygeplejerske selv henvender sig til dem, hun har lyst til at snakke med og *"blotte sig overfor"*. Den enkelte sygeplejerskes følelsesmæssige oplevelser og reaktioner er så at sige 'usynlige', indtil hun selv 'synliggør' dem over for en kollega. Og måske er det nemmere sagt end gjort at gøre opmærksom på, at man har det svært med noget:

"Det er jo også svært at ligesom at gå hen til nogle andre, hver gang man har et problem." (interview med sygeplejersker, Herlev 1:24).

Og måske er sygeplejersken ikke altid klar over, at der er noget, der 'trykker' hende:

"... jeg var ikke klar over, at det kunne fylde i mig – jeg tænkte: Jeg kan godt gå fra det. Men det kan jeg ikke, engang imellem så har jeg altså også behov for lige at få sagt noget højt, når jeg kommer hjem, så kan jeg lægge det bag mig." (interview med sygeplejersker, Skejby:49).

En af de unge interviewede sygeplejersker fortæller om, hvordan hun oplever, at det kan være svært at *"blotte sig"* for sine kollegaer, når man er ny og ikke kender dem så godt. Behovet for at fortælle om sine oplevelser på afdelingen og for at sige tingene højt er der imidlertid stadigvæk, og sygeplejersken bruger i stedet sin kæreste til at *"få luft"* fra arbejdets følelsesmæssige påvirkning.

Derudover forudsætter en sådan kultur, at kollegerne er opmærksomme på, når der 'tales højt', og at de er i stand til at 'gribe' sygeplejerskens ytring om, at hun har et behov for at få vendt eller snakket om en given problematik. Der var eksempler på dette i observationsperioderne, men der var også eksempler på det modsatte, nemlig situationer hvor en sygeplejerske udtrykker behov for at få vendt noget, men ikke bliver imødekommet<sup>91</sup>.

Selvom de interviewede sygeplejersker giver udtryk for, at de synes, de er gode til at drage omsorg for hinanden, fx ved at prøve at være opmærksomme på, hvordan kollegerne har det, så efterlyser nogle samtidig muligheden for et mere systematisk beredskab. Man kan forestille sig, at en mere systematiseret tilgang til sygeplejerskernes følelsesmæssige oplevelser med arbejdet ville kunne ændre på indstillingen om, at man 'blotter sig'. Med andre ord: Gøre det usynlige følelsesmæssige arbejde mere synligt.

---

<sup>91</sup> Sygeplejerske H går ind i personalerummet. Der sidder flere andre sygeplejersker derinde. De fleste er i gang med at spise morgenmad. Sygeplejerske H sætter sig ned og smører en franskbrødsbrødsmad. Sygeplejerske H begynder at fortælle sygeplejerske I om en telefonsamtale, hun har haft med datteren til en af deres kvindelige patienter. De sidder i hver deres ende af bordet, og Sygeplejerske I er i gang med at spise sin morgenmad og har siddet og snakket med sygeplejerske G. Sygeplejerske H fortæller, at hun sagde til datteren til patienten, at hun synes det var en dårlig idé, at moren skulle hjem til hende hele weekenden. Hun fortæller, at datteren havde svaret, at hendes mor jo kunne sidde i sin stol hjemme hos hende i hendes lejlighed. Sygeplejerske H vurderede imidlertid, at datteren ville få svært ved at få moren op og ned fra 4. sal, og at det måske ville være for hårdt for moren. Hun fortæller, at hun havde sagt til datteren, om ikke hendes ønske om at få moren med hjem hele weekenden mere handlede om hendes egen dårlige samvittighed end hensynet til moren. Mens sygeplejerske H fortæller, skiftevis spiser Sygeplejerske I, lytter efter og udveksler bemærkninger med Sygeplejerske G, der sidder ved siden af. Sygeplejerske H spørger direkte Sygeplejerske I, om hun synes, det var den rigtige vurdering, og siger hun var i tvivl om, hvad hun skulle sige til datteren. Sygeplejerske I snakker med Sygeplejerske G ved siden af, og svarer ikke. (observationsdata, Bispebjerg).

Hvor sygeplejerskernes følelser bliver sat ind i en hverdagsfaglig referenceramme og gøres til genstand for en faglig diskussion.

#### 12.4 Afdelingssygeplejersken som støtteperson

”Der er intet psykologhjælp på sygehuset overhovedet. Jeg tror at onkologerne har tillusket sig lidt via et projekt. Men ellers er der intet – intet, intet. [...] Det er elendigt.” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:8).

Det er bl.a. afdelingssygeplejersken, der må fungere som støtte for sit personale. Afdelingssygeplejerskerne på de tre afdelinger spiller en særlig rolle i den kollegiale omsorg.

”Vi gør meget ud af som ledere i de enkelte teams at have fingeren på pulsen i det team. Hvem er det, der har været på stue 22, som har en terminal patient de sidste dage? Så skal vi lige høre, hvordan medarbejderen har det nu: Kan du stadigvæk holde ud at være derinde? Hvad foregår der? Er det ok for dig?” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:7).

De tre interviewede afdelingssygeplejersker siger selv, at de er meget opmærksomme på at få snakket med dem blandt personalet, der oplever noget ubehageligt, fx en uerfaren sygeplejerskes første hjertestop. Og sygeplejerskerne beskriver også stemningen på afdelingerne som værende åben for, at man tager ting op og snakker om dem. Afdelingssygeplejerskens funktion som støtteperson er dog et langt stykke hen ad vejen en rolle, hvor hun er overladt til at trække på sine personlige evner herfor. Det er ikke en opgave, der er afsat tid til i arbejdstiden, men skal findes tid til blandt alle de andre opgaver, hun varetager, fx finde tid til at høre, hvordan medarbejderne har det derhjemme, hvilket to af afdelingssygeplejerskerne går meget op i. Derudover er hun kun fysisk til stede på afdelingen i dagtimerne. Det er derfor ikke altid, at *”tid haves”*, eller at der er mulighed for at finde tid den pågældende dag.

Roller som støtteperson sætter afdelingssygeplejersken i en position, hvor hun må lægge øren til mange historier og oplevelser ud over dem, hun selv kan have som mellemleder. Selvom hun i nogle situationer kan snakke med sine kolleger og i andre med sin oversygeplejerske, så kan også hun have en følelse af at være *”fyldt op”*. Også afdelingssygeplejersken har behov for at få luft for sine følelser. Dette gør hun gennem sin egen oversygeplejerske, eller – for den ene af de interviewede afdelingssygeplejersker – gennem det mellemledernetværk hun er tilknyttet gennem en amtslig mellemlederuddannelse.

”Det ville da være dejligt, hvis der var et tilbud om at passe bedre på medarbejdere og mellemledere.” (interview med afdelingssygeplejerske, Herlev:9).

#### 12.5 Diskussion: Den usynlige faglighed

”Proper containment of the anxieties and conflicts that people within an institution face can affect positively the work done for patients or clients, and is also a positive good for the workers and their own job satisfaction. People are often dissatisfied and frustrated in institutions, but very often the reasons remain obscure, and what is bemoaned may have little or

nothing to do with the deeper reasons for their frustration." (Skogstad 2000:15).

Den følelsesmæssige bearbejdning af arbejdet foregår på mange måder som usynligt arbejde – usynligt for sygeplejerskernes omgivelser og nogle gange måske også delvis for dem selv. Især det faktum, at der ikke findes et forum til det, betyder, at det er op til den enkelte sygeplejerske at gøre opmærksom på, hvornår hun synes, hun har behov for at snakke om noget.

Når patienter dør, har sygeplejerskerne to former for 'håndteringsstrategier'. De taler om det uafvendelige og det positive ved døden, og de taler hændelsesforløbet igennem, herunder: Gjorde de som sygeplejersker det rigtige? Der er dog ikke noget fælles forum for, hvordan relationer og hændelser påvirker den enkelte følelsesmæssigt. Dette 'klares' i stedet på tomandshånd, og følelserne forbindes i et vist omfang med svaghed, som står i modsætning til professionalisme. Flere forhold tyder derfor på, at arbejdet med at finde en balancegang mellem den professionelle og personlige side foregår som usynligt arbejde. Det vil i denne sammenhæng sige som noget, der langt hen ad vejen er overladt til de enkelte sygeplejersker selv at håndtere.



## 13. Diskussion og perspektivering

“Perhaps the commonest complaint of people in the professions which perform a service for others, is that they are somehow prevented from doing their work as it should be done.” (Hughes 1971:309).

I rapportens sidste kapitel perspektiveres undersøgelsen ved at stille spørgsmålet: Hvor er sygeplejen på vej hen set på tværs af de tre undersøgte medicinske sygehusafdelinger, hvad angår faglig identitet, arbejdsopgaver og arbejdsdeling med læger og social- og sundhedsassistenter? Herunder diskuteres spørgsmålene fra kapitel 1: a) Om en opstigningsstrategi er vejen frem, og b) Hvad er det, der henholdsvis slider på og motiverer sygeplejerskerne med henblik på at diskutere fastholdelse af sygeplejerskerne.

### 13.1 Opstigningsstrategien – op mod lægerne?

Som nævnt i rapportens indledning publicerede Sundhedsministeriet i 2001 en rapport om rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren, hvori de bl.a. argumenterede for, at det kunne være hensigtsmæssigt, om sygeplejersker overtog nogle af lægernes opgaver. Sundhedsministeriet kaldte dette for en opstigningsstrategi (Sundhedsministeriet 2001). I den eksisterende litteratur om sygeplejerskers indstilling til deres arbejde nævnes det ofte, at sygeplejersker gerne vil bevæge sig ind på lægernes domæne ved fx at overtage nogle af deres opgaver (også beskrevet som 'minilæger'). På ingen af de tre deltagende afdelinger er der imidlertid interesse for at overtage lægelige opgaver, med mindre det samtidig betyder, at lægerne tilsvarende overtager nogle af sygeplejerskernes opgaver (i modsætning til at man delegerer ned i systemet mod social- og sundhedsassistenterne).

For at prøve mulighederne for denne strategi af på de tre studerede afdelinger spurgte vi i interviewene bl.a. til ønsker og muligheder for ændringer i arbejdsdelingen med lægerne. Det viste sig imidlertid, at sygeplejerskerne som udgangspunkt ikke ønsker at overtage opgaver fra lægerne. Sygeplejerskerne siger selv hertil, at de har rigeligt at se til i forvejen. Andre mulige forklaringer på dette forhold kan være, at de vurderer, at lægerne i så fald vil overgive de mere 'kedelige' opgaver til dem. I den nuværende organisering<sup>92</sup> på de tre afdelinger ser sygeplejerskerne det altså ikke som attraktivt at overtage opgaver fra lægerne. En af forklaringerne herpå synes at være, at sygeplejerskerne synes, de i forvejen har opgaver nok og rigeligt med ansvar. Undersøgelsen peger i retning af, at sygeplejerskerne snarere ønsker, at lægerne i højere grad aner-

---

<sup>92</sup> Det kan ikke udelukkes, at dette ville være anderledes i en organiseringsform, hvor sygeplejerskerne havde mere generel autonomi i forhold til lægerne. Linda Aiken og Douglas Sloane har i USA studeret nye organiseringsformer på sygehusene i forbindelse med fremkomsten af sygdommen aids, hvor specielt sygeplejersker har spillet en væsentlig rolle og efterfølgende kunnet vise gode resultater for både patienter og sygeplejersker, bl.a. fordi, konkluderer de, at sygeplejerskerne i højere grad har fået deres eget arbejdsområde med højere grad af egen kontrol over arbejdet og mere autonomi i forhold til læger (Aiken og Sloane 1997:219).

kender deres arbejdes betydning for behandlingen, og at de lytter til sygeplejerskernes vurderinger.

Set i lyset af ændringerne i sygeplejerskeuddannelsen, hvor der bl.a. er kommet mindre fokus på sygdomslære og det mere naturvidenskabelige perspektiv, er det måske heller ikke indlysende, at sygeplejerskerne skulle bevæge sig i retning af minilæger. Der er også spørgsmålet om, hvorvidt 'minilæge-identiteten' rummer muligheder for at praktisere en form for autonomi fra lægerne, eller om der er tale om en omformulering af den gamle 'assistent for lægen'-identitet. Denne identitet synes at rumme uforløste rolleforestillinger på de tre afdelinger, hvor sygeplejerskerne på den ene side fungerer som lægen assistent og på den anden side differentierer sig netop fra denne rolle. Der kan argumenteres for, at der her må være tale om en rollekonflikt med et vedvarende potentiale, for hvordan kan ligeværdighed praktiseres i relation til en gruppe, der både står højere i hierarkiet og har en længere uddannelse netop med vægt på behandlingsmæssige beslutninger? Måske ligger det største udviklingspotentiale derfor ikke i at arbejde for ligeværdighed, men snarere for gensidig respekt i samarbejdsrelationen.

### **13.2 Opstigningsstrategien – delegering ned mod social- og sundhedsassistenterne?**

SINTEF-rapporten viste, at de norske sygeplejersker som udgangspunkt ikke mener, at de udfører opgaver, andre burde udføre. På trods af dette nævner over halvdelen af sygeplejerskerne alligevel opgaver, som andre kunne udføre. Disse opgaver er typisk husholdningsopgaver, at hente og bringe patienter samt kontoropgaver (Vareide 2001: 2).

Netop fordi sygeplejerskernes arbejdsopgaver er så sammenflettede, kan det dog være svært at finde simple bud på opgaver, andre ville kunne overtage. Ville andre eksempelvis kunne ringe til hjemmeplejen, som kan være en tidskrævende opgave? Eller servere mad for patienterne? Andre ville med sikkerhed kunne overtage opgaven med at klargøre en stue, efter en patient er udskrevet. Det tager ikke lang tid for sygeplejerskerne, men er et eksempel på en opgave, der som regel nedprioriteres og kan være kilde til irritation. Der kan givetvis være andre, små afdelingsspecifikke opgaver, som med fordel kunne udføres af andre. Det har dog ikke været denne undersøgelses formål at nå frem til konkrete forslag til, hvordan sygeplejersker og andre plejegrupper som social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere kan dele arbejdet mellem sig. I beskrivelserne af de tre afdelingers praksis ligger et bud på tre forskellige måder at dele arbejdet på.

I forhold til Sundhedsministeriets opstigningsstrategi er der ikke meget, der tyder på, at udviklingen i de tre afdelinger går hen mod, at sygeplejersker uddelegerer flere 'lette' opgaver til social- og sundhedsassistenter. Tværtimod går udviklingen i retning af, at sygeplejerskerne selv i højere grad kommer til at varetage de traditionelle sygehjælperopgaver med fx personlig pleje, og at social- og sundhedsassistenter i stigende grad får del i sygeplejerskernes stuegangs-, tovholder- og medicinopgaver.

Hvad angår de fremtidige muligheder for arbejdsopgaveglidning fra læger til sygeplejersker og fra sygeplejersker til social- og sundhedsassistenter på de medicinske afdelinger vurderes på baggrund af denne undersøgelse, at der er flere forhold forbundet hermed, som bør lede til eftertanke. Mest centralt synes her at være hensynet til patientsikker-



heden. Der kan således være god grund til at argumentere for, at udviklingen i liggetider og til dels også i behandlingsmetoder alt andet lige har medført en stigning i den procentvise andel af patienter, der ikke er stabile. Dette kræver et potentielt højere akutberedskab. I og med at patienterne er kortere tid indlagt, er der også kortere tid til at lære grænserne for deres 'normaltilstande' at kende. Og dermed bliver det potentielt vanskeligere at vurdere udviklingen i deres tilstand. Som Joint Commission har påpeget, er der en sammenhæng både mellem sygeplejerskenormeringen og antallet af komplikationer, utilsigtede hændelser og patientdødsfald og mellem stor udskiftning blandt personalet og patientdødsfald (Joint Commission 2003). Sygeplejerskerne har i dag et stort uformelt ansvar, hvad angår at opdage og reagere på truende udviklinger i en patients tilstand. Et forhold, der fylder en del i sygeplejerskernes bevidsthed og til tider hviler tungt på skuldrene – og går til grænserne for, hvad de egentlig vurderer sig selv kompetente til. Dette kan måske være en medvirkende årsag til, at sygeplejerskerne ikke umiddelbart er interesserede i at overtage opgaver fra lægerne. Fordi de vurderer, at de både har rigeligt med opgaver og rigeligt med ansvar.

Noget tankevækkende i interviewene med sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter var, at de selv vurderede deres egne reelle kompetencer som meget højere, end sygeplejerskerne gjorde. Dette kan selvfølgelig hænge sammen med, at sygeplejerskerne qua deres længere uddannelse og som del af markeringen af deres fagidentitet vurderer, at de er bedre kvalificeret end social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere. Men det er alligevel tankevækkende, for de jo kender hinanden og arbejder op og ned ad hinanden i det daglige. Så hvorfor denne forskel i vurderinger? Måske fordi social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere mener, de ikke altid har mulighed for at vise og bruge, hvad de kan; måske fordi det er en del af social- og sundhedsassistenternes og sygehjælpernes fagidentitet(er) at italesætte sig selv som ligeværdige med sygeplejerskerne. Hvis sidstnævnte er tilfældet, kan dette potentielt medføre, at social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere vil have sværere ved at sige til, når de egentlig er på kanten af deres kompetence, fordi dette så kan opleves som et nederlag i forhold til ligeværdighedsidealet.

Samtidig peger undersøgelsen på, at når det er muligt at anvende social- og sundhedsassistenter i mere selvstændige funktioner som på afdelingen i Herlev, så er det vigtigt, at der er tilstrækkeligt med sygeplejersker på afdelingen til at tage det ansvar på sig, som social- og sundhedsassistenterne hverken kan eller må. Ellers vil sygeplejerskerne opleve byrden for tung.

Endelig er spørgsmålet, om den basale sygepleje i form af hjælp til patienternes personlige hygiejne og opgaver som eksempelvis løbende oprydning og rengøring af udstyr og sengepladser, som sygehjælpere i høj grad har varetaget tidligere, ender med at blive alvorligt klemt i den fremtidige arbejdsdeling, hvis alle plejegrupper har deres primære fokus på at være tovholdere for patienterne. Denne bekymring understøttes af Ingrid Egerods artikel *Florence og Kari* i fagbladet *Sygeplejersken*, hvor hun kommer med eksempler på svigt i den basale sygepleje (Egerod 1995).

Udviklingspotentialet for sygeplejerskerne synes således at sikre de basale plejeopgaver og samtidig undgå de negative virkninger af den 'rullepølse-position', de kan siges at være i, hvor de presses af både læger og social- og sundhedsassistenter til at påtage sig det ansvar, som social- og sundhedsassistenterne ikke er kompetente til og lægerne

ikke har organisatorisk mulighed og tradition for. På nogle afdelinger vil den bedste løsning herpå sandsynligvis være kun at have sygeplejersker ansat og muligvis en udvidet service og rengøringsassistentfunktion til at varetage oprydning, opfyldning og klargøring af sengepladser. På andre afdelinger vil dette ikke være svaret, fordi det her er sygehjælpere og social- og sundhedsassistenter, der udgør kontinuiteten på afdelingen, når det nu ikke er muligt at fastholde sygeplejerskerne.

### 13.3 Idealet om den omsorgsfulde sygeplejerske

Som det er fremgået, er patientkontakten og omsorgen for patienterne et centralt omdrejningspunkt i sygeplejerskernes ideal-faglige identitet – såvel i de lokale ideal-faglige identiteter som i den generelle sygeplejefprofessions fagidentitet. Men som det også er fremgået, så giver den faktiske situation på de enkelte afdelinger ikke altid mulighed for at udleve eller praktisere dette ideal. På hjerteafdelingen i Skejby var det især tydeligt i forhold til den manglende tid til at informere patienterne ordentligt og forholde sig til den krise, patienterne var i; på mave-tarm- og leverafdelingen på Bispebjerg og den endokrinologiske afdeling i Herlev fx i forhold til, at idealet om den nære patientkontakt er vanskelig i situationer, hvor patienterne er svære at kommunikere med, samt at afdelingens patientklientel gør, at arbejdet handler mere om at lappe end at helbrede.

Når omsorgen i form af nære samtaler med patienterne fylder så lidt, er det sandsynligvis, fordi tovholderrollen fylder relativt meget. I det daglige synes omsorg at være oversat til at holde patienterne rene og mætte samt fungere som tovholder i relation til lægen, hjemmeplejen eller andre. Tovholderrollen og det at have styr på tingene afspejler en omsorg for patienterne i og med, at mange af 'styr på tingene opgaverne' ikke nødvendigvis er definerede som sygeplejerskens opgaver. Også i forhandlingen med hjemmeplejen om behov for og koordination af hjælp efter udskrivelsen ligger der en omsorg for patientens forløb og situation. Sygeplejearbejde af i dag på medicinske afdelinger handler om meget mere end patientkontakten – det handler i høj grad også om koordinering.

Men den gode samtale, der går længere end til overfladerelationer og stereotype kategoriseringer – samtalen, der skal give et reelt indblik i, "*hvor patienterne er*" og eventuelt føre til emotionel omsorg – denne form for omsorg har trange kår på hverdagens medicinske afdeling. Forklaringerne på uoverensstemmelsen mellem den ideal-faglige sygeplejeidentitet og den praktisk-faglige identitet er næppe entydige. I det følgende identificeres en række mulige forklaringer. Forklaringerne kan ses som værende sammenhængende.

- 1) Den **produktionsorientering**, der præger de medicinske afdelinger, betyder, at patienterne i dag ligger kortere tid, og at der er pres på fra systemets side for at få så mange patienter igennem som muligt. Hensynet til behandling kommer her før hensynet til pleje.
- 2) Diskursen om **travlhed** som barriere for at gøre arbejdet 'så godt som man egentlig gerne ville' er kendt, men ikke uvæsentlig. En barriere for at yde omsorg kan således være tid, når andre opgaver kommer før. Det bør dog diskuteres, om det nødvendigvis er mere tidskrævende at kommunikere med omsorg end uden.
- 3) **Arbejdets organisering** er også en barriere i og med, at afbrydelser og korte opgaver fremmer en hverdag, hvor sygeplejersken vænner sig til at *reagere* frem for at *organisere*. En stor del af sygeplejerskens hverdag består i at håndtere at

være en del af et kompliceret system, hvor hun koordinerer en række aktiviteter omkring patienternes forløb, og dette binder potentielt en stor del af hendes 'overblikks ressourcer'.

- 4) **Manglende overskud** til at yde omsorg. De mange og mangefacetterede opgaver kombineret med sygdommeldinger og til tider krævende eller anstrengte relationer til både læger, patienter og pårørende betyder, at de opgaver og behov, sygeplejerskerne vurderer, *kan* udskydes, bliver udskudt. Ubearbejdede svære hændelser bidrager til det manglende overskud.
- 5) **Svag professionel faglighed** omgivet det at yde omsorg i praksis. Den tætte patientkontakt og nære omsorg er noget af det nemmeste at nedprioritere, da omsorg generelt ikke prioriteres som det vigtigste at nå i afdelingernes daglige praksis. Heri ligger et paradoks i og med, at omsorg i ideal-fagligheden defineres som en af de vigtigste opgaver. Hverken den lokale eller den generelle professions ideal-fagidentitet foreskriver dog, hvordan omsorg skal omsættes til hverdagspraksis. Omsorg i praksis synes således et langt stykke hen ad vejen at være overladt til personlige evner og størrelsen af de individuelle sygeplejerskers "*omsorgsgen*". Den svage faglighed understøttes af manglende supervision.

Helle Ploug Hansen har i "Grænsefladen mellem liv og død" en pointe om, at den manglende overensstemmelse, der er mellem dét, sygeplejerskerne siger (fx deres *ideal om 'den totale sygepleje'* til kræftpatienter), og dét, de gør, kan opfattes som et udtryk for, at 'den totale sygepleje' netop er et ideal og ikke en kvalifikation, man som sygeplejerske endegyldigt kan tilegne sig. Ved at snakke om 'den totale sygepleje' efterstræber sygeplejerskerne idealet og prøver samtidig at overbevise sig selv og andre om, at de er i besiddelse af evnen til 'total sygepleje' (Hansen 1995:113). Dette kan perspektivere diskussionen om praktisk-faglig og ideal-faglig identitet: Altså at nogle ting måske netop ikke er kvalifikationer, man kan tilegne sig, eller forestillinger som rent faktisk er mulige at efterleve, men som netop er idealer – idealer, som kan være gode at tilstræbe, men aldrig kan efterleves til fulde (fx den tætte patientkontakt på en afdeling, hvor patienterne kun er indlagt et par dage, eller idealet om at helbrede på en afdeling, hvor man kun kan 'lappe' på patienterne. I tråd hermed siger Everett Hughes, at enhver fagprofession vil være præget af forestillinger om roller, som delvis er en realitet, delvis stereotype og idealiserede forestillinger, der bygger på et nostalgisk billede af fortiden og et ønske om en bedre fremtid (Hughes 1971:309).

Problemet kan dog være, at idealet om den omsorgsfulde sygepleje kan bidrage til skuffelser, demotivation og udbrændthed, hvis der ikke i højere grad er medierende værktøjer eller faglige refleksioner over, hvordan en form for omsorg kan praktiseres i den imperfekte dagligdag. Omsorgen i sygeplejerskernes faglighed synes således at være et afgørende udviklingsområde i arbejdet med at motivere og fastholde sygeplejersker. Der er principielt kun to måder at løse problemet med gabet på. Enten må den ideal-faglige identitet tilpasses dagligdagen, hvor sygeplejersken er en slags koordinerende tovholder, eller også må sygeplejerskerne blive bedre til at yde denne form for omsorg under de gældende vilkår. Dette vil kræve en udvikling af den praktiske faglighed med fokus på det relationelle – dvs. den gensidige påvirkning i relationer.

Marianne Borritz peger i sin ph.d.-afhandling om udbrændthed på fire centrale faktorer i udviklingen heraf: Dårlige udviklingsmuligheder, manglende rolleklarhed, mange rollekonflikter og mangel på forudsigelighed (Borritz 2006). Samtlige faktorer er indeholdt i sygeplejerskernes hverdag og understreger derfor betydningen af at dyrke en faglighed, der kan håndtere svære relationer i praksis.

## **Appendiks A: Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet**

Tabel A1 Anvendt tids- og opgaveregistreringsskema

Døgnvagt den \_\_\_\_\_

I \_\_\_\_\_ tidsperiode  
med start kl. \_\_\_\_\_

Afdeling:  Afd. I  
 Afd. II  
 Afd. III

Afbrydelser				
Patient	Kollega	Læge	Telefon	Andet

Specifik sygepleje	Pleje, pers. hygiejne og alm. ernæring (før og efter)
	Pleje, pers. hygiejne og alm. ernæring (hos patient)
	Sygeplejetiltag og prøvetagning (uden patient)
	Sygeplejetiltag og prøvetagning (hos patient)
	Medicinering og (anden) IV adm. (uden patient)
	Medicinering og (anden) IV adm. (hos patient)
	Observation og overvågning (uden patient)
	Observation og overvågning (hos patient)
Kommunikation med patient og pårørende	Oplæring/information til og fra patient
	Psykoemotional samtale med patient
	Småsnak med patient
	Samtale m. og oplæring/inf. til og fra pårørende
Orient. om pt.	Egen orientering om patient (i skriftligt materiale)
Stuegang o.a. lægerelateret samarbejde og koordinering	Stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)
	Stuegang (hos patienten)
	Ass. læge v. tiltag hos patienten uden for stuegang
	Andre planl. møder om ptt. m. lægelig deltagelse
	Afklare/tjekke lægelige ordrer
Anden koordinering	Vente på læge
	Vente på plejepersonale
	Vente på andre
	Vente på at kunne komme til (ex. i medicinrum)
	Lede efter patient eller ting (ex. journal)
	Følge patient eller pårørende et sted hen
	Koordinering af arbejdsopgaver
	Anden koordinering af tiltag internt
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (u. patient)
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (m. patient)
Administrativt arbejde	Sygeplejedokumentation og skriftlig rapport
	Andet administrativt arbejde
Kommunikation om patienter mellem plejepersonalet	Løbende italesættelse af patientens identitet
	Løbende kommunikation om sygepleje til ptt.
	Mundtlig rapport
Vejledning internt	Andre planlagte møder om ptt. for plejepersonalet
	Få faglig vejledning (mundtlig som skriftlig)
	Vejlede studerende og elever
Personale-relateret arbejde	Vejlede kollegaer o.a. sundhedspersonale på afd.
	Arbejdstidsplanlægning
	Personalemøder
Pauser	Fagligt relateret kollegial psyk. støtte/aflastning
	Pauser/beredskab i arbejdsfeltet
	Pauser/beredskab i frokoststue eller uden for afd.
Andet	Renholdelse og vedligeholdelse af udstyr etc.
	Hente/bringe udstyr eller gå ud/tilbage efter ptt.
	Rengøring og forefaldende arbejde
	Tale med mig
	Andet



Tabel A2 Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet på alle afdelinger

Over-kategorier	Opgaver - Alle afdelinger samlet set	I alt		Overkategorier	
		I alt	Reg.	I alt	Reg.
Specifik sygepleje	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (før/efter)	99,00	2,2%	1.084,25	23,9%
	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (hos pt.)	195,75	4,3%		
	Sygepl.tiltag, medicinering, prøvetag. mv. (u. pt.)	441,25	9,7%		
	Sygepl.tiltag, medicinering, prøvetag. mv. (hos pt.)	270,75	6,0%		
	Sygepl.tiltag, medicinering mv. (uden patient)	31,25	0,7%		
	Observation og overvågning (hos patient)	46,25	1,0%		
Komm. med patient eller pårørende	Oplæring/information til og fra patient	460,50	10,1%	654,50	14,4%
	Psykoemotional samtale med patient	52,75	1,2%		
	Småsnak med patient	51,75	1,1%		
	Samtale m. og oplæring/inf. til og fra pårørende	89,50	2,0%		
Orient. om pt.	Egen orientering om patient (i skriftligt materiale)	117,25	2,6%	117,25	2,6%
Stuegang o.a. lægerelateret samarbejde og koordinering	Stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)	211,25	4,7%	531,25	11,7%
	Stuegang (hos patienten)	250,00	5,5%		
	Ass. læge v. tiltag hos pt. uden for stuegang	8,00	0,2%		
	Andre planl. møder om ptt. m. lægelig deltagelse	41,00	0,9%		
	Afklare/tjekke lægelige ordrer	3,50	0,1%		
	Vente på læge	17,50	0,4%		
Anden koordinering	Vente på plejepersonale	7,50	0,2%	401,25	8,8%
	Vente på andre	19,25	0,4%		
	Vente på at kunne komme til (ex. i medicinrum)	13,50	0,3%		
	Lede efter patient eller ting (ex. journal)	33,00	0,7%		
	Følge patient eller pårørende et sted hen	6,00	0,1%		
	Koordinering af arbejdsopgaver	120,25	2,7%		
	Anden koordinering af tiltag internt	101,50	2,2%		
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (u. patient)	100,25	2,2%		
Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (m. patient)	0,00	0,0%			
Administrativt arbejde	Sygeplejedokumentation og skriftlig rapport	409,75	9,0%	453,00	10,0%
	Andet administrativt arbejde	43,25	1,0%		
Komm. om patienter mellem plejepersonalet	Løbende italesættelse af patientens identitet	8,00	0,2%	396,25	8,7%
	Løbende kommunikation om sygepleje til ptt.	158,50	3,5%		
	Mundtlig rapport	229,75	5,1%		
	Andre planlagte møder om ptt. for plejepersonalet	0,00	0,0%		
Vejledning internt	Få faglig vejledning (mundtlig som skriftlig)	31,50	0,7%	58,00	1,3%
	Vejlede studerende og elever	4,50	0,1%		
	Vejlede kollegaer o.a. sundhedspersonale på afd.	22,00	0,5%		
Personale-relateret arbejde	Arbejdstidsplanlægning	5,75	0,1%	80,50	1,8%
	Personalemøder	0,00	0,0%		
	Fagligt relateret kollegial psyk. støtte/aflastning	74,75	1,6%		
Pauser	Pauser/beredskab i arbejdsfeltet	180,75	4,0%	504,75	11,1%
	Pauser/beredskab i frokoststue eller uden for afd.	324,00	7,1%		
Andet	Renholdelse og vedligeholdelse af udstyr etc.	4,50	0,1%	256,25	5,6%
	Hente/bringe udstyr eller gå ud/tilbage efter ptt.	34,50	0,8%		
	Rengøring og forefaldende arbejde	28,75	0,6%		
	Tale med mig	114,25	2,5%		
	Andet	74,25	1,6%		
Efterfølgende beregninger	I alt	4.537,30	100,0%	4.537,25	100,0%
	Tid registreret sammen med patient	1.431,25	32,0%		
	Tid registreret uden patient	3.092,50	68,0%		
	Tid brugt med patient efter tilpasning for overlap	1.275,50			



Tabel A3 Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet på hjerteafdelingen

Overkategorier	Opgaver – Afdeling 1 (Skejby)	I alt		Overkategorier	
		I alt	Reg.	I alt	Reg.
Specifik sygepleje	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (før/efter)	13,75	0,9%	321,00	20,9%
	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (hos pt.)	8,50	0,6%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (uden patient)	27,50	1,8%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (hos patient)	56,75	3,7%		
	Medicinering og prøvetagning (uden patient)	99,50	6,5%		
	Medicinering og prøvetagning (hos patient)	49,00	3,2%		
	Observation og overvågning (uden patient)	29,00	1,9%		
	Observation og overvågning (hos patient)	37,00	2,4%		
Komm. med patient eller pårørende	Oplæring/information til og fra patient	252,25	16,4%	342,50	22,3%
	Psykoemotionel samtale med patient	27,75	1,8%		
	Småsnak med patient	23,00	1,5%		
	Samtale m. og oplæring/inf. til og fra pårørende	39,50	2,6%		
Orient. om pt.	Egen orientering om patient (i skriftligt materiale)	75,50	4,9%	75,50	4,9%
Stuegang o.a. lægerelateret samarbejde og koordinering	Stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)	78,50	5,1%	119,25	7,8%
	Stuegang (hos patienten)	28,00	1,8%		
	Ass. læge ved tiltag hos pt. uden for stuegang	8,00	0,5%		
	Andre planl. møder om ptt. med lægelig deltagelse	0,00	0,0%		
	Afklare/tjekke lægelige ordrer	1,50	0,1%		
	Vente på læge	3,25	0,2%		
Anden koordinering	Vente på plejepersonale	4,00	0,3%	148,25	9,7%
	Vente på andre	18,00	1,2%		
	Vente på at kunne komme til (ex. i medicinrum)	5,00	0,3%		
	Lede efter patient eller ting (ex. journal)	16,25	1,1%		
	Følge patient eller pårørende et sted hen	5,00	0,3%		
	Koordinering af arbejdsopgaver	39,00	2,5%		
	Anden koordinering af tiltag internt	25,75	1,7%		
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (u. patient)	35,25	2,3%		
Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (m. patient)	0,00	0,0%			
Administrativt arbejde	Sygeplejedokumentation og skriftlig rapport	127,75	8,3%	142,25	9,3%
	Andet administrativt arbejde	14,50	0,9%		
Komm. om patienter mellem plejepersonalet	Løbende italesættelse af patientens identitet	4,50	0,3%	55,25	3,6%
	Løbende kommunikation om sygepleje til patienter	29,25	1,9%		
	Mundtlig rapport	21,50	1,4%		
	Andre planl. møder om ptt. for plejepersonalet	0,00	0,0%		
Vejledning internt	Få faglig vejledning (mundtlig som skriftlig)	12,00	0,8%	25,00	1,6%
	Vejlede studerende og elever	4,25	0,3%		
	Vejlede kollegaer o.a. sundhedspersonale på afd.	8,75	0,6%		
Personale-relateret arbejde	Arbejdstidsplanlægning	0,00	0,0%	28,25	1,8%
	Personalemøder	0,00	0,0%		
	Fagligt relateret kollegial psyk. støtte og aflastning	28,25	1,8%		
Pauser	Pauser/beredskab i arbejdsfeltet	93,00	6,1%	156,00	10,2%
	Pauser/beredskab i frokoststue eller uden for afd.	63,00	4,1%		
Andet	Renholdelse og vedligeholdelse af udstyr etc.	2,50	0,2%	121,75	7,9%
	Hente/bringe udstyr eller gå ud/tilbage efter ptt.	16,50	1,1%		
	Rengøring og forefaldende arbejde	19,25	1,3%		
	Tale med mig	28,50	1,9%		
	Andet	55,00	3,6%		
Efterfølgende beregninger	I alt	1.535,00	100,0%	1.535,00	100,0%
	Tid registreret sammen med patient	534,75	35,0%		
	Tid registreret uden patient	995,25	65,0%		
	Tid brugt med patient efter tilpasning for overlap	465,75			

*Tabel A4 Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet på endokrinologisk afdeling*

Over-kategorier	Opgaver – Afdeling 2 (Herlev)	I alt		Overkategorier	
		I alt	Reg.	I alt	Reg.
Specifik sygepleje	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (før/efter)	43,00	2,9%	391,25	26,2%
	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (hos pt.)	72,00	4,8%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (uden patient)	35,25	2,4%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (hos patient)	49,25	3,3%		
	Medicinering og prøvetagning (uden patient)	142,25	9,5%		
	Medicinering og prøvetagning (hos patient)	43,00	2,9%		
	Observation og overvågning (uden patient)	1,50	0,1%		
	Observation og overvågning (hos patient)	5,00	0,3%		
Komm. med patient eller pårørende	Oplæring/information til og fra patient	119,25	8,0%	160,50	10,8%
	Psykoemotionel samtale med patient	18,00	1,2%		
	Småsnak med patient	19,25	1,3%		
	Samtale m. og oplæring/inf. til og fra pårørende	4,00	0,3%		
Orient. om pt.	Egen orientering om patient (i skriftligt materiale)	20,00	1,3%	20,00	1,3%
Stuegang o.a. lægerelateret samarbejde og koordinering	Stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)	58,75	3,9%	181,00	12,1%
	Stuegang (hos patienten)	111,00	7,4%		
	Ass. læge ved tiltag hos pt. uden for stuegang	0,00	0,0%		
	Andre planl. møder om ptt. med lægelig deltagelse	0,00	0,0%		
	Afklare/tjekke lægelige ordrer	0,00	0,0%		
	Vente på læge	11,25	0,8%		
Anden koordinering	Vente på plejepersonale	1,50	0,1%	135,00	9,0%
	Vente på andre	1,25	0,1%		
	Vente på at kunne komme til (ex. i medicinrum)	8,50	0,6%		
	Lede efter patient eller ting (ex. journal)	8,00	0,5%		
	Følge patient eller pårørende et sted hen	1,00	0,1%		
	Koordinering af arbejdsopgaver	46,00	3,1%		
	Anden koordinering af tiltag internt	35,75	2,4%		
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (u. patient)	33,00	2,2%		
Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (m. patient)	0,00	0,0%			
Administrativt arbejde	Sygeplejedokumentation og skriftlig rapport	141,25	9,5%	160,00	10,7%
	Andet administrativt arbejde	18,75	1,3%		
Komm. om patienter mellem plejepersonalet	Løbende italesættelse af patientens identitet	3,50	0,2%	159,50	10,7%
	Løbende kommunikation om sygepleje til patienter	55,75	3,7%		
	Mundtlig rapport	100,25	6,7%		
	Andre planl. møder om ptt. for plejepersonalet	0,00	0,0%		
Vejledning internt	Få faglig vejledning (mundtlig som skriftlig)	8,75	0,6%	15,25	1,0%
	Vejlede studerende og elever	0,25	0,0%		
	Vejlede kollegaer o.a. sundhedspersonale på afd.	6,25	0,4%		
Personale-relateret arbejde	Arbejdstidsplanlægning	5,75	0,4%	30,75	2,1%
	Personalemøder	0,00	0,0%		
	Fagligt relateret kollegial psyk. støtte og aflastning	25,00	1,7%		
Pauser	Pauser/beredskab i arbejdsfeltet	50,75	3,4%	165,75	11,1%
	Pauser/beredskab i frokoststue eller uden for afd.	115,00	7,7%		
Andet	Renholdelse og vedligeholdelse af udstyr etc.	0,00	0,0%	73,50	4,9%
	Hente/bringe udstyr eller gå ud/tilbage efter ptt.	10,50	0,7%		
	Rengøring og forefaldende arbejde	1,00	0,1%		
	Tale med mig	47,75	3,2%		
	Andet	14,25	1,0%		
Efterfølgende beregninger	I alt	1.492,50	100,0%	1.492,50	100,0%
	Tid registreret sammen med patient	441,75	30,0%		
	Tid registreret uden patient	1.042,25	70,0%		
	Tid brugt med patient efter tilpasning for overlap	405,75			

Tabel A5 Resultater af tids- og opgaveregistreringsstudiet på mave-tarm og leverafd.

Over-kategorier	Opgaver – Afdeling 3 (Bispebjerg)		Overkategorier		
		I alt	Reg.	I alt	Reg.
Specifik sygepleje	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (før/efter)	42,25	2,8%	372,00	24,7%
	Pleje, pers. hyg. og alm. ernæring (hos pt.)	115,25	7,7%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (uden patient)	17,75	1,2%		
	Sygeplejetiltag og specialernæring (hos patient)	27,25	1,8%		
	Medicinering og prøvetagning (uden patient)	119,00	7,9%		
	Medicinering og prøvetagning (hos patient)	45,50	3,0%		
	Observation og overvågning (uden patient)	0,75	0,0%		
	Observation og overvågning (hos patient)	4,25	0,3%		
Komm. med patient eller pårørende	Oplæring/information til og fra patient	89,00	5,9%	151,50	10,1%
	Psykoemotionel samtale med patient	7,00	0,5%		
	Småsnak med patient	9,50	0,6%		
	Samtale m. og oplæring/inf. til og fra pårørende	46,00	3,1%		
Orient. om pt.	Egen orientering om patient (i skriftligt materiale)	21,75	1,4%	21,75	1,4%
Stuegang o.a. lægerelateret samarbejde og koordinering	Stuegang (forberedelse og opfølgning med læge)	74,00	4,9%	231,00	15,3%
	Stuegang (hos patienten)	111,00	7,4%		
	Ass. læge ved tiltag hos pt. uden for stuegang	0,00	0,0%		
	Andre planl. møder om ptt. med lægelig deltagelse	41,00	2,7%		
	Afklare/tjekke lægelige ordrer	2,00	0,1%		
	Vente på læge	3,00	0,2%		
Anden koordinering	Vente på plejepersonale	2,00	0,1%	118,00	7,8%
	Vente på andre	0,00	0,0%		
	Vente på at kunne komme til (ex. i medicinrum)	0,00	0,0%		
	Lede efter patient eller ting (ex. journal)	8,75	0,6%		
	Følge patient eller pårørende et sted hen	0,00	0,0%		
	Koordinering af arbejdsopgaver	35,25	2,3%		
	Anden koordinering af tiltag internt	40,00	2,7%		
	Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (u. patient)	32,00	2,1%		
Koord. af tiltag og rådgivning eksternt (m. patient)	0,00	0,0%			
Administrativt arbejde	Sygeplejedokumentation og skriftlig rapport	140,75	9,3%	150,75	10,0%
	Andet administrativt arbejde	10,00	0,7%		
Komm. om patienter mellem plejepersonalet	Løbende italesættelse af patientens identitet	0,00	0,0%	178,00	11,8%
	Løbende kommunikation om sygepleje til patienter	70,00	4,6%		
	Mundtlig rapport	108,00	7,2%		
	Andre planl. møder om ptt. for plejepersonalet	0,00	0,0%		
Vejledning internt	Få faglig vejledning (mundtlig som skriftlig)	10,75	0,7%	17,75	1,2%
	Vejlede studerende og elever	0,00	0,0%		
	Vejlede kollegaer o.a. sundhedspersonale på afd.	7,00	0,5%		
Personale-relateret arbejde	Arbejdstidsplanlægning	0,00	0,0%	21,50	1,4%
	Personalemøder	0,00	0,0%		
	Fagligt relateret kollegial psyk. støtte og aflastning	21,50	1,4%		
Pauser	Pauser/beredskab i arbejdsfeltet	37,00	2,5%	183,00	12,1%
	Pauser/beredskab i frokoststue eller uden for afd.	146,00	9,7%		
Andet	Renholdelse og vedligeholdelse af udstyr etc.	2,00	0,1%	61,00	4,0%
	Hente/bringe udstyr eller gå ud/tilbage efter ptt.	7,50	0,5%		
	Rengøring og forefaldende arbejde	8,50	0,6%		
	Tale med mig	38,00	2,5%		
	Andet	5,00	0,3%		
Efterfølgende beregninger	I alt	1.506,30	100,0%	1.506,25	100,0%
	Tid registreret sammen med patient	454,75	30,2%		
	Tid registreret uden patient	1.051,50	69,8%		
	Tid brugt med patient efter tilpasning for overlap	407,50			



## Litteratur

- Adamsen, L. (2000). Klinisk sygepleje - definitioner, kerneområder og klinisk forskning. I: P. Ramhøj, I. Egerod, & J. Taleman (red.), *Klinisk Sygepleje. Praksis og udvikling 1*. (s. 18-53). København: Akademisk Forlag.
- 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, s. 203-222.
- Amtsrådsforeningen (2002). *Vakante sygeplejestillinger*. København: Amtsrådsforeningen.
- Andersen, V., Dybbroe, B. & Bering, I. (2004). *Fællesskab kræver fællesskab: rapport fra projektet Sygepleje i forandring - arbejdsliv, faglighed og fagforening: et analyse- og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt*. Hillerød: Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg Amtskreds.
- Arbejdsmarkedsstyrelsen (2006). *Arbejdsmarkedsredegørelse. Arbejdsmarkedsrådenes vurdering af udviklingen på arbejdsmarkedet. 1. kvartal 2006*. København: Arbejdsmarkedsstyrelsen.
- Armstrong-Stassen, M. (2003). Dimensions of control and nurses' reactions to hospital amalgamation. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 23(8/9), s. 104-128.
- Blomgren, M. (1999). Resultatansvarets betydelse för sjuksköterskornas professionalisering. I: E.Z. Bentsen, F. Borum, G. Erlingsdóttir, & K.S. Andersson (red.), *Når styringsambitioner møder praksis - den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*. København: Handelshøjskolens Forlag.
- Borritz, M. (2006). *Burnout in human service work - causes and consequences. Results of 3-years follow-up of the PUMA-study among human service workers in Denmark. PhD Thesis*. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.
- Bowker, G.C. & Star, S.L. (1999). *Sorting things out. Classification and its consequences*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Brooks, I. & MacDonald, S. (2000). 'Doing life': Gender relations in a night nursing sub-culture. *Gender and Night Nursing*, 7(4), s. 221-229.
- Dansk Sygeplejeråd (2002). *Sygeplejefagligt ansvar og sygeplejefaglig ledelse. Arbejdsrapport*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- du Gay, P. (1996). *Production of culture/cultures of production*. London: Sage Publications.
- Dybbroe, B. (2001). Uddannelsens behagelige lethed og arbejdets smertelige tyngde. I: A.S. Andersen, L.L. Andersen, B. Dybbroe, C. Hutter, & K. Weber (red.), *Bøjelighed og tilbøjelighed. Livshistoriske perspektiver på læring og uddannelse* (s. 125-170). (Skriftserie fra Erhvervs- og voksenuddannelsesgruppen; nr. 127). Frederiksborg: Roskilde Universitetsforlag.
- Egerod, I. (1995). Florence og Kari. *Sygeplejersken*, 95(33), s. 28-29.

- Eriksen, T.R. (1986). *Sygeplejekultur i erhverv og uddannelse*. Næstved: Kontekst.
- Eriksen, T.R. (1992). *Omsorg i forandring*. København: Munksgaard.
- Eriksen, T.R. (1999). Omsorgens paradoks - nødvendig for og legitimering af plejearbejdet. *Social Kritik*, 63, s. 72-83.
- Fagermoen, M.S. (1997a). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), s. 434-441.
- Fagermoen, M.S. (1997b). Professional identity: values embedded in meaningful nursing practice. *Journal of advanced nursing*, 25(3), s. 434-441.
- Franssén, A. (1997). *Omsorg i tanke och handling. En studie av kvinnors arbete i vården*. Lund: Arkiv Förlag.
- Gamarnikow, E. (1991). Nurse or woman: Gender and professionalism in reformed nursing 1860-1923. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 110-129). London: Routledge.
- Gjørup, T., Jacobsen, E.T. & Timm, H.U. (1997). *Forebyggelse som led i behandling af rygproblemer: Undersøgt med udgangspunkt i de sundhedsprofessionelles perspektiv* (Forebyggelse og sundhedsfremme; 1997/11). København: Sundhedsstyrelsen og DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Hallam, J. (2002b). Vocation to professions: Changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15(1), s. 35-47.
- Hallam, J. (2002a). Vocation to professions: Changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15(1), s. 35-47.
- Hallam, J. (2002c). Vocation to professions: Changing images of nursing in Britain. *Journal of organizational change management*, 15(1), s. 35-47.
- Halpern, S.A. (1992). Dynamics of professional control: Internal coalitions and crossprofessional boundaries. *The American journal of sociology*, 97(1), s. 994-1021.
- Hamran, T. (1887). *Den tause kunnskapen. Utviklingstendenser i sykepleiefaget i et vitenskapsteoretisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen, H.P. (1995). *I grænsefladen mellem liv og død*. København: Gyldendal Undervisning.
- Holstein, J. & Gubrium, J. (2000). *The self we live by: narrative identity in a post-modern world*. New York: Oxford University Press.
- Hughes, E.C. (1971). *The sociological eye. Selected papers*. Chicago & New York: Aldine. Atherton.
- Jensen, A.C., Smith, B.S. & Mortensen, R. (1984). *Administration af sygeplejen* (3. udg.). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Joint Commission (2003). *Health Care at the Crossroads. Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Dansk Sygeplejeråds oversættelse. Redigeret d. 2. februar 2003 af chefsygeplejerske Vibeke Krøll*. København: Dansk Sygeplejeråd.
- Katz, F.E. (1969). Nurses. I: A. Etzioni (red.), *The Semi-Professions and Their Organization. Teachers, Nurses, Social Workers*. (s. 54-81). New York: The Free Press.

- Kirkevold, M. (2000). Klinisk sygepleje - refleksioner over fagets kerne og grænser. I: P. Ramhøj, I. Egerod, & J. Taleman (red.), *Klinisk Sygepleje. Praksis og udvikling 1*. (s. 56-67). København: Akademisk Forlag.
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of Focus Groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health & Illness*, 16(1), s. 103-121.
- Kreiner, K. & Scheuer, S. (2002). *Forskning i praksis. Artikelsamling fra Institut for Organisation og Arbejdssociologi*. København: Nyt fra samfundsvidenskaberne.
- Kupferberg, F. (1999). *Kald eller profession - at indtræde i sygeplejerskerollen*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider - et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen* (Ph.d. afhandling). København: UCSF.
- Larsen, K. (2003). Outline of nursing in medical field. About inclusion and exclusion of concepts and practice. I: K.A. Petersen, S. Callewaert, S. Lindblad, J. Steensen, & A. Åberg (red.), *The network society and the demand of educational changes*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Littlewood, J. (1991a). Care and Ambiguity: Towards a Concept of Nursing. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 170-189). London: Routledge.
- Littlewood, R. (1991b). Gender, Role and Sickness: The Ritual Psychopathologies of the Nurse. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and Nursing* (s. 148-169). London: Routledge.
- Lomborg, K. (2000). Kroppens betydning i klinisk sygepleje. I: P. Ramhøj, I. Egerod, & J. Taleman (red.), *Klinisk Sygepleje. Praksis og udvikling 1*. (s. 121-139). København: Akademisk Forlag.
- Lupton, D. (1994). *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. London: Sage Publications.
- May, C. & Fleming, C. (1997b). The professional imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *J.Adv.Nurs.*, 25(5), s. 1094-1100.
- May, C. & Fleming, C. (1997a). The professional imagination: narrative and the symbolic boundaries between medicine and nursing. *J.Adv.Nurs.*, 25(5), s. 1094-1100.
- Menzies, I.E.P. (1960). A Case Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety. *Human Relations*, 13, s. 95-121.
- Mølgaard, E. (2000). *Beregning af plejeomkostninger i relation til DRG-systemet*. Viborg: Viborg Amt.
- Morgan, D. (1997). *Focus groups as qualitative research*. London: SAGE.
- Muff, J. (1988). Of Images and Ideals: A Look at Socialization and Sexism in Nursing. I: A.H. Jones (red.), *Images of Nurses, Perspectives from History, Art, and Literature* (s. 197-220). Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Pedersen, M. & Kürstein, P. (2002). *Fokus på plejepersonalet. Hvad gør den gode afdeling bedre?* København: DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- Ravn, K. (2003). *Ansvar i sygepleje - rettigheder og pligter*. København: Munksgaard.

Sahlin-Andersson, K. (1994). Group Identities as the building blocks of organizations: A story about nurses' daily work. *Scandinavian Journal of Management*, 10(2), s. 131-145.

Sahlin-Andersson, K. (1997). Kvinnoyrken i omvandling. I: E. Sundin (red.), *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* (s. 224-245). (SOU 1997:83). Stockholm: Fritzes.

Samuelson, H. (1991). Nurses between disease and illness. I: P. Holden & J. Littlewood (red.), *Anthropology and nursing* (s. 190-201). London: Routledge.

Schaarup, P. (1995). Gør klinisk praksis til et selvstændigt fag. *Sygeplejersken*, 95(40), s. 16-24, 37.

Skogstad, W. (2000). Working in a world of bodies. A medical ward. I: W. Skogstad (red.), *Observing organisations* (s. 101-121). London: Routledge.

Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000b). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J.Adv.Nurs.*, 31(3), s. 661-667.

Snelgrove, S. & Hughes, D. (2000a). Interprofessional relations between doctors and nurses: perspectives from South Wales. *J.Adv.Nurs.*, 31(3), s. 661-667.

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

Star, S.L. & Strauss, A. (1999). Layers of silence, Arenas of voice: The ecology og visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8(1-2), s. 9-30.

Strasen, L.L. (1992). *The Image of Professional Nursing. Strategies for Action*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.

Strauss, A. (2001d). *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strauss, A. (2001b). *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strauss, A. (2001a). *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strauss, A. (2001c). *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. & Wiener, C. (1997). *Social Organization of Medical Work*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Sundhedsministeriet (1990). *Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker. LBK nr. 759 af 14/11/1990 (Gældende)*

Sundhedsministeriet (2001a). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen. LBK nr. 232 af 30/03/2001 (Gældende)*

Sundhedsministeriet (2001b). *Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren. En analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker*. København: Sundhedsministeriet.

Sundhedsstyrelsen (1998). *Vejledning om medicinadministration og patienters selvadministration af medicin mv. Vejledning nr. 15005 af 06/02/1998 (Gældende)*



Svenningsen, S. (2004). *Den elektroniske patientjournal og medicinsk arbejde - reorganisering af roller, ansvar og risici på sygehuse*. Frederiksberg: Handelshøjskolens Forlag.

Udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet inden for sundheds- og plejesektoren (1995). *Redegørelse fra udvalget vedrørende analyse af sygeplejerskeområdet* Sundhedsministeriet.

Ulrichsen, H. & Eriksen, H. (1991). *Tre kulturer i sygehusvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Van Mannen, J. & Barley, S. (1984). Occupational communities: Culture and control in organizations. I: B. Staw & L. Cummings (red.), *Research in organizational behaviour*. Vol. 6 (s. 287-366). Greenwich, CT: JAI Press.

Vareide, P.K., Hofseth, C., Norvoll, R. & Røhme, K. (2001). *Stykkevis og helt - sygeplejerses arbejdsoppgaver, kompetanse og yrkesidentitet i sykehus*. Oslo: Sintef Helsetjenesteforskning.

Vikkelsø, S. & Vinge, S. (2004). *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*. København: Handelshøjskolens Forlag.

Waks, C. (2003). *Arbetsorganisering och professionella gränsdragningar. Sjukgymnasters samarbete och arbetes mångfald. Phd afhandling*. Uppsala Universitet.

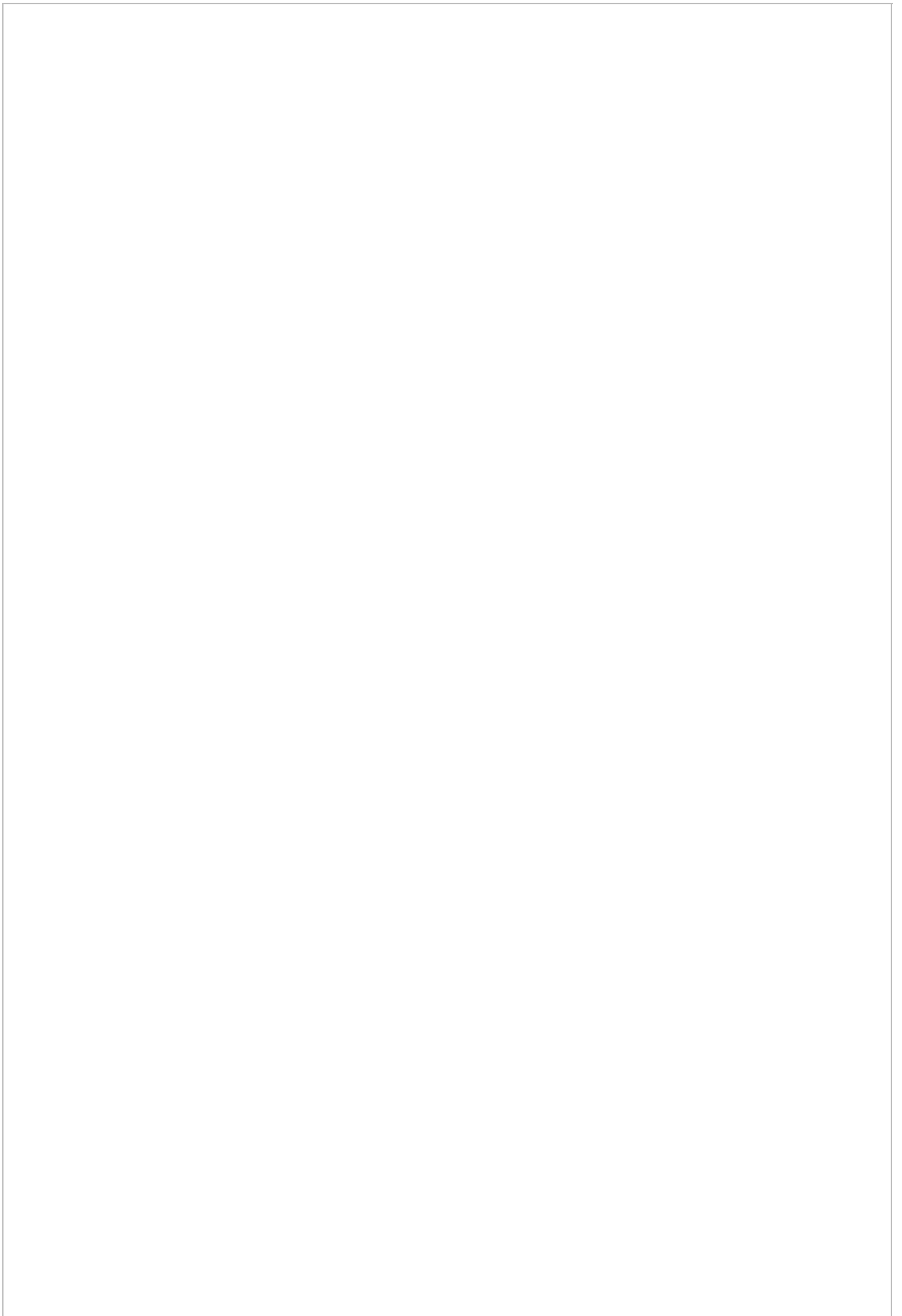
Watson, P.M., Lower, M.S., Wells, S.M., Farrah, S.J. & Jarrell, C. (1991). Discovering what nurses do and what it costs. *Nursing Management*, 22(5), s. 38-45.

Watson, P.M., Wells, S. & Lower, M.S. (1987). *Monitoring nursing functions. Final report*. University of Missouri-Columbia Hospital and Clinics. Division of Nursing Services.

Wiener, C.L. (2000). *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*. New York: Aldine de Gruyter.

Wolf, B.B. (1989). *Nursing Identity: The Nursing - Medicine Relationship* School of Nursing, University of Colorado.





## Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger

Hvad laver sygeplejersken på den medicinske sygehusafdeling egentlig? Vi hører så meget om høje produktivetskrav, svære arbejdsvilkår og vanskeligheder med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. Men hvordan former hendes arbejdsdag sig, hvad er hendes konkrete arbejdsopgaver, hvordan fungerer arbejdsdelingen og samarbejdet med de andre faggrupper, og hvordan praktiseres relationen til patienter og pårørende?

Det handler den her DSI Rapport om. Vi har i en periode fulgt sygeplejerskernes arbejde på tre meget forskellige medicinske afdelinger, og er dykket langt ned i hverdagens praksis.

Rapporten afdækker en række dilemmaer for sygeplejersken på den medicinske afdeling med gabet mellem hendes faglige selvforståelse og virkeligheden som fællesnævner. Sygeplejersken ser sig således som den nære omsorgsgiver for patienterne, men tiden går med at være tovholder på alle mulige aktiviteter i afdelingen. Sygeplejersken ser sig som ligeværdig partner i samarbejdet med lægerne, men oplever en tydelig og til tider problematisk hierarkisk relation.

Hverdagen er således ikke uproblematisk. Det er imidlertid også rapportens budskab, at der gøres en stor indsats for at få ting til at glide, og at meget mere ville kunne vindes ved at arbejde bevidst med relationer og dermed styrke sygeplejerskernes faglighed angående håndtering af relationer i en hverdag, der ikke altid er perfekt.

Rapporten henvender sig ikke kun til sygeplejersker på alle niveauer, men også til alle dem, der arbejder sammen med sygeplejersker, beskæftiger sig med planlægning af sygeplejerskers arbejdsopgaver og har interesse for den største personalegruppe i sygehusvæsenet.