Fællesskab kræver fællesskab

Rapport fra projektet
Sygepleje i forandring; arbejdsliv, faglighed og fagforening

Et analyse- og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt

Vibeke Andersen og Betina Dybbroe
Institut for uddannelsesforskning, RUC

Ida Bering
Kubix

Januar 2004

Forord

Sundhedsvæsenet er under hastig forandring i disse år. Det har konsekvenser for sygeplejen, sygeplejerskers arbejdsforhold og for sygeplejerskers fagidentitet. Forandringerne skaber også nye udfordringer for det fagpolitiske arbejde, hvor nye politikfelter bliver aktuelle og traditionerne for kollektiv interessevaretagelse udfordres. Men hvordan oplever sygeplejerskerne de forandringer der sker? Hvilke nye muligheder giver det i deres arbejdsliv og hvilke nye belastninger fremkalder det? Hvilke sygeplejefagligheder ønsker de at prioritere fremover? Hvilke forventninger har de til deres fagforening for at den kan levere moderne svar på de dilemmaer, som sygeplejerskerne oplever?

For at få belyst disse spørgsmål har DSR Kreds Frederiksborg Amt iværksat forsknings- og udviklingsprojektet: "*Sygepleje i forandring - arbejdsliv, faglighed og fagforening*". Projektet fokuserer på hospitalssektoren, men mange af de beskrevne udviklingstendenser er også aktuelle andre steder i sundhedsvæsenet, for eksempel i hjemmeplejen.

Rapporten er blevet til på baggrund af et projektsamarbejde mellem tre forskere og Dansk Sygeplejeråd i Frederiksborg Amt igennem knapt et år. Et samarbejde som har lært begge parter noget om sygeplejen som faglig identitet, som profession, som arbejde og levet liv. Men samarbejdet har rakt bredere. Projektet har nydt en stor fordel af den åbenhed og dialog, som har fundet sted imellem sygeplejersker og forskere , mellem sygeplejersker og deres fagforening, og mellem fagforeningen og forskerne. Tak for det givtige samarbejde til alle de, der har lagt tid og energi i projektet.

Der har været sundhedspolitiske diskussioner, sygeplejersker har fortalt deres livshistorier, der er blevet artikuleret og lyttet til glæder og problemer fra praksis netop nu i Frederiksborg Amt. Det har dannet baggrund for at rejse visioner for et andet hospitalssystem og en anden praksis, og for at skabe ideer til udvikling af det fagpolitiske arbejde såvel blandt tillidsvalgte på arbejdspladserne som i DSR.

Det frugtbare samarbejde omkring projektet, vurderer vi har handlet om en kombination af tre ting: At tidspunktet for at lave et projekt af denne karakter var mere end moden. Mange sygeplejersker ønsker nyorientering fra Dansk Sygeplejeråd og at blive hørt. Dernæst har de hypoteser i projektet, som vi har rejst i fællesskab med sygeplejersker og DSR, vist sig at have stor klangbund. Endelig har Dansk Sygeplejeråd i Frederiksborg Amt haft en tilstrækkelig stor vilje til at lytte og lære, således at projektet har kunnet realisere frugtbare dialoger. Selv blandt de mere skeptiske og vagtsomme har projektet vakt genklang i den forstand, at temaerne er blevet ivrigt diskuteret og uddybet. Projektet var vedkommende!

Vi har været rystede over den afmagt vi har mødt i forhold til bestemte problemstillinger, og fulde af beundring for sygeplejerskers faglighed og engagement. Vi har reflekteret over forhold og strategier som forekom uhensigtsmæssige i forhold til bestemte faglige målsætninger. Helt overordnet har vores indstilling været, at fællesskab og kollektivitet er forudsætningen for at mindske overudnyttelsen af sygeplejerskers ressourcer, og at svækkelsen heraf skaber en aktuel højrisikosituation i det danske sundhedssystem med konsekvenser for kvaliteten både i plejen og i arbejdsmiljøet.

Det har været af uvurderlig betydning at høre sygeplejerskernes historier og erfaringer, at sanse deres frustrationer og håb, og give luft og plads til de fortællinger, der ikke når avisernes overskrifter, og måske ikke engang er kendt af afdelingssygeplejerskerne. I en stærkt politiseret sektor som sundhedssektoren, foregår i disse år en kamp om at definere problemerne, målene og praksis selv. Den praksis som af nogle kan artikuleres som produktion af sengedage, kan af andre artikuleres som en menneskelig udviklingsproces med smerter og lidelse, og af atter andre som en helbredende plejeopgave henimod stadigt større grad af selvhjulpenhed. Formålet med sundhedsvæsenet vrides og drejes dagligt i de mange bud på konstruktioner af hvad der foregår, burde foregå, og ikke foregår.

Med denne rapport har vi ønsket at bidrage til at skabe nogle aktuelle fortællinger, som ikke blot vinder genklang hos sygeplejersker, men også perspektiverer dagligdagen i sygeplejen og Dansk Sygeplejeråds lokale arbejde.

1. Projektets baggrund

Arbejdet i hospitalssektoren er i disse år underlagt en række paradokser:

- Der efterspørges udvikling: af kvalitet i ydelser, af arbejdsgange, teknologien i pleje og behandling, faglige procedurer m.m. – samtidig med effektivisering. Udvikling ses dermed ikke som en investering, men som en omkostning
- Der søges øget fokus på helhed i pleje, omsorg og behandling samtidig med at arbejdsfunktioner opdeles og specialiseres. Sygeplejerskerne skal dermed både være dygtigere generalister og specialister.
- Der er forventninger om, at plejen tager individuelle hensyn samtidig med at behandlingsformer og plejeforløb standardiseres og systematiseres.
- Patienter og pårørende stiller større krav til behandling og pleje. Samtidig er borgernes opfattelse af de professionelles autoritet og legitimitet i opløsning.
- Politikerne udskriver behandlingsgarantier og stiller krav om kvalitetssikring samtidig med at de gennemfører nedskæringer, udlicitering og privatiseringer.
- Borgerne efterspørger tværfaglige tilgange til behandling og patientkontakt samtidig med, at fagenes monofaglighed professionaliseres yderligere.
- Der skal udvikles evidensbasering for pleje og behandling, og medarbejderne skal kunne akkreditere deres faglige handlinger, hvilket fremmer standardisering og kvantificering af arbejdet. Samtidig skal medarbejderne blive stadigt dygtigere til selvstændig opgaveløsning som ”virker”.
- Ledelsen professionaliseres og de tillidsvalgte inddrages heri, samtidig med at medarbejderne oplever sig mindre repræsenterede.

Denne undersøgelse viser, at disse paradokser har betydning for sygeplejerskerne på flere måder. Først og fremmest lægger det et dagligt pres på sygeplejersker i udførelsen af deres arbejde, hvor de fanges i double-bind situationer, dvs. valgsituationer hvor de ikke kan få succes, men altid vil fejle, fordi begge formål ikke kan opfyldes på én gang. Dernæst skaber det faglig rådvildhed omkring mål og retning, og om hvad sygeplejens faglighed er i dag. Hvilke sider af disse paradokser skal man forfølge eller læne sig opad, og kan man bygge bro over de modsatrettede tendenser? Endelig skaber det nye vilkår for det faglige arbejde og nye udfordringer til den faglige organisation.

Sundhedsvæsenet har siden 80ernes begyndelse været underlagt flere og konkurrerende rationaliteter. Først og fremmest har ønsket om at yde omsorg været i konflikt med en økonomisk rationalitet. Hermed mener vi en konflikt mellem det, der i bred forstand kan ses som hensynet til patienternes velbefindende og sundhedsbevarelse overfor hensynet til en økonomisering med ressourcerne og en effektivisering af institutionerne og arbejdet. Det påvirker sygeplejerskers arbejdsforhold og mulighederne for at udføre et arbejde, som den enkelte sygeplejerske fagligt kan stå ved.

Ses sundhedsvæsenets udvikling i sammenhæng med det danske samfunds udvikling de sidste 30 år er der samtidig nogle historiske usamtidigheder. Sundhedsvæsenets pyramidiske magtstrukturer og faglige hierarkier består på trods af mange ledelsesreformer og decentraliseringer fra forskellige moderniseringstiltag (afdelingsbudgetter, centerledelser,

trojkaledelser, m.m.). En anden usamtidighed ligger i den meget stærke kønssegregation i arbejdsfunktioner og magtpositioner i sundhedsvæsenet, hvorimod de kvinder og mænd, som arbejder i sektoren, er bærere af de samfundsmæssige forandringer i kønsidentitet som mange års ligestillingsindsats har medført. Disse konflikter er baggrunden for de problemstillinger som i denne undersøgelse træder i forgrunden i hospitalssektoren netop nu.

Dansk Sygeplejeråd oplever; i lighed med andre fagforeninger; at traditionerne for fagpolitisk arbejde og relationen mellem medlemmer og fagforening er under opbrud. Det viser sig ved at medlemmerne udtrykker stigende utilfredshed med Dansk Sygeplejeråd og som en begyndende opgivelse af at benytte den faglige organisation. Udviklingen i sundhedsvæsenet rejser nye dilemmaer for medarbejderne som kræver nye svar fra fagbevægelsen f.eks. omkring faglighed og tværfaglighed. Men dette forstyrres i stigende grad af emner der trænger sig på udefra og sluger mange kræfter i det faglige arbejde (ny løn, diskussioner om amternes fremtid m.v.). Derudover peger undersøgelser på en generel forandring i værdier og holdninger blandt lønmodtagerne som følge af stigende individualisering og et ændret syn på solidaritet, som også giver et behov for at nytænke fagpolitisk arbejde på en række områder.

På baggrund af de skitserede forandringer og aktuelle paradokser har Dansk Sygeplejeråd i Frederiksborg Amt iværksat en undersøgelse af, hvordan sygeplejersker på 4 hospitalsafsnit oplever deres fag, deres arbejde og hvordan de ser på kollektiv interessevaretagelse. Målet er:

- At afdække hvordan sygeplejerskerne oplever forandringerne i deres arbejde, de aktuelle forhold i sundhedsvæsenet og hvilke nye udfordringer det stiller til DSR og de tillidsvalgte.
- At afdække, hvordan sygeplejerskerne oplever deres faglighed og deres fagforening
- At skabe øget dialog imellem medlemmer og fagforening om kravene til fagpolitisk arbejde i dag.

2. Undersøgelsens metode

Undersøgelsen tager udgangspunkt blandt sygeplejerskerne på fire hospitalsafsnit på to sygehuse; Hillerød og Frederikssund. Fra hvert sygehus er indgået et kirurgisk og et medicinsk afsnit. Idéen har været at tage højde for forskelle i sygeplejerskernes arbejdsforhold og faglighed på henholdsvis et stort centralt sygehus, og et mindre lokalsygehus, med henholdsvis korttids- og langtidskontakt med patienter samt med forskelle i ressourcer.

Undersøgelsen bygger på forskellige former for interview: informantinterview, gruppeinterview og livshistoriske interview. Desuden er der afholdt et udviklingsseminar, hvor deltagere fra de fire afsnit og repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd har diskuteret gensidige perspektiver og ønsker, to seminarer for tillidsrepræsentanter hhv. fra sygehussektoren og fra primærsektoren og dialogmøder med repræsentanter for fagforeningens bestyrelse.

I 2003 gennemførte Dansk Sygeplejeråd i samarbejde med Arbejdsmiljøinstituttet en stor spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred. (Wethje og Borg, 2003) Undersøgelsen omfatter også sygeplejersker i Frederiksborg Amt. Vi har fravalgt en kvantitativ undersøgelse, fordi vi ønsker at belyse, hvordan sygeplejerskerne oplever deres arbejde i stedet for at fokusere på antal og omfang. Et dybdegående kvalitativt datamateriale giver mulighed for at foretage analyser af fortællinger og hændelser, som indeholder aspekter og dynamikker, der kan vise noget ret detaljeret om den større sammenhæng, der gælder for mange andre med samme arbejdsbetingelser. En kvalitativ undersøgelse giver desuden mulighed for en dialogisk proces, hvor deltagerne får indflydelse på hvilke konkrete temaer, der skal stå centralt i undersøgelsen.

Undersøgelsen belyser en kompleks praksis udfra et mikroperspektiv Vi ser på sundhedsvæsenet og sygeplejen indefra feltet selv, og nedefra, via sygeplejerskernes fortællinger. Imidlertid har vi arbejdet med at søge at objektivere disse oplevelser. Det kræver, at man kan se udover de konkrete eksempler og individuelle opfattelser. Vi har gjort dette ved at inddrage teoretisk viden om større sammenhænge, f.eks. analyser af moderniseringen af den offentlige sektor, viden om forholdet mellem strukturer og handling og arbejdslivsforskningens viden om forholdet mellem arbejdsorganisering og arbejdsmiljø. Vi har også benyttet teksttolkningsmetoder fra livshistorieforskningen til at analysere sammenhænge, modsætninger og betydninger i interviewene.

Overbliksanalyse gennem arbejdspladsundersøgelser
Med det formål at skabe et overblik over forandringerne i sygeplejearbejdet har vi på hver af de fire afsnit afholdt interviews med sygeplejersker og deres nærmeste samarbejdspartnere. Interviewene har varet ca. 1 time.
Det er afholdt interviews med:

- Afdelingssygeplejersken
- Tillidsrepræsentanten
- En læge og
- En social- og sundhedsassistent.

Derudover har vi gennemført gruppeinterview med 4 sygeplejersker fra afsnittet som bredt repræsenterer sygeplejerskerne i afdelingen med hensyn til alder, anciennitet m.v. Gruppeinterviewene har varet ca. 2 timer

Interviewene har handlet om følgende temaer:

- Oplevelsen af forandringer i sundhedsvæsenet
  Hvordan opleves de aktuelle forandringer (i ledelse, i opgavernes karakter, og indhold, normeringer, sundhedspolitiske mål, patientforventninger m.v.)
- Faglighed og tværfaglighed
  Hvordan opleves udviklingen af sygeplejefaget? Hvilke muligheder er der for at udføre god sygepleje i det daglige arbejde? Erfaringer med tværfagligt samarbejde
- Fællesskab og kollektiv interessevaretagelse
  Hvilke muligheder er der for fælles diskussioner og aktiviteter i arbejdet? Forandres mulighederne når arbejdet og arbejdsforholdene forandres? Hvilke temaer håndteres fælles og hvilke individuelt? Opfattelser af fællesskab og solidaritet. Forventninger til DSR og til tillidsrepræsentanternes arbejde.

Gruppeinterviewene har været meget informative i at beskrive arbejdsforhold, rutiner, en typisk arbejdsdag, historiske forhold for afdelingen, specialet og sygehuset m.m. Men disse interview har især kunnet bidrage til at tegne sygeplejekulturen, dvs. værdier, betydninger og tolkninger af sygeplejehverdagen, foretaget af sygeplejerskerne. I gruppeinterviewene er forekommet mange individuelle nuancer, og positioner er til tider også blevet tegnet op således at vi har fået et indblik i polariseringer, forskelligheder såvel som det fælles. Disse interview, med gruppen som udgangspunkt, har imidlertid ikke haft fokus på den enkelte sygeplejerskes tolkninger og erfaringer , og har ikke haft den fortællende, narrative karakter som de livshistoriske interviews.

Livshistoriske interviews

At inddrage livshistorier i en undersøgelse som denne, er en måde at indfange nogle aktuelle forandringer, som foregår i sundhedsvæsenet, igennem menneskers fortællinger om deres arbejdsliv i sundhedsvæsenet og liv i øvrigt samt deres forestillinger, håb og drømme om deres liv. Det er samtidig én blandt flere måder at få et indefra og nedefra perspektiv på en praksis frem, fordi dagsordenen og tematiseringen sættes af den fortællende og ikke af forskeren.

Det mere præcise formål med den livshistoriske analyse har været at forstå, hvordan sygeplejersker oplever forandringerne, både udfra hvad de præcist har været igennem, men også udfra den forståelsesramme som er skabt igennem deres eget liv. Oplevelsen af et arbejde, en fagforening og et fag afhænger ikke blot af jobindhold, arbejdsbetingelser, og den faglige politik, men også af de livsomstændigheder og de livserfaringer den enkelte lever med. Og disse er både personlige og samfundsmæssige, dvs. delt med andre, og afhængig af køn, generation, historisk periode, politiske forhold m.m. Samtidig bidrager den enkelte sygeplejerskes erfaring og livshistorie til at skabe sygeplejen og sundhedsvæsenets forandringer. Derfor har vi gennemført grundige livshistoriske interviews med 9 sygeplejersker fra de undersøgte afsnit. Interviewene har varet fra 1 ½ til 3 timer.

De livshistoriske interviews har bidraget til den generelle analyse i hele rapporten, idet vi herigennem har fået øje på en række af sygeplejerskernes måder at forstå og håndtere hverdagen, arbejdet og problemer i sygehusvæsenet. Disse har måske været der i glimt i gruppeinterviewene, men bliver forståelige og kan uddybes, set i forhold til hele den person der bliver fremstillet og "fortalt" i de livshistoriske interviews.

Dernæst har vi udvalgt tre af de ni livshistorier og præsenterer her en tolkning, som samtidig er som at "kigge sygeplejersken over skulderen". Vi har valgt at fokusere på vores forskningstemaer, og præsentere de tre sygeplejersker i forhold til arbejdet, sundhedsvæsenet, faglighed, fællesskabet og fagforeningen. De dele af livshistorien som relaterer sig til andre af livets områder og rækker bagud til barndommen er ikke fremdraget, men indgår som en del af den tolkningsramme vi har benyttet for at forstå betydningen og meningen med den særlige tilgang til arbejdet m.m. som den enkelte har.

De tre sygeplejersker er udvalgt udfra at de først og fremmest har fortællinger der kan anskueliggøre nogle af de centrale problemstillinger for hele den gruppe vi har undersøgt, og også de problemstillinger vi har viden om fra andre undersøgelser m.m. Ingen af de tre, eller de ni, er bestemte "typer", eller sygeplejeprofiler. Den opdeling i forskellige typer, som f.eks. skitseret i Sygeplejersken: løn, familie, kald eller karriere- hvilken type sygeplejerske er du?(Sygeplejersken nr.8, 2003) har vi ikke fundet empirisk grundlag for. Vi ser her nogle sygeplejersker som har flere livsorienteringer, i forhold til f.eks. karriere og familie, men på en meget sammensat måde. Og tydeligvis også skiftende i forhold til den livsfase den pågældende sygeplejerske er i.

Udvælgelse af interviewpersoner
Udvælgelsen af interviewpersoner er foregået i tre faser. Indledningsvist er flere sygehuse og afdelinger blevet opfordret af DSR ´s amtskreds til at deltage i undersøgelsen. De interesserede sygehuse og afdelinger er herefter blevet udgangspunktet for undersøgelsen. De første baggrundsinterviews i overbliksanalysen fra de fire afsnit har dannet grundlag for undersøgelsens næste fase. Personalet er blevet opfordret af ledere og tillidsrepræsentanter til at deltage i gruppeinterviews og interesserede har meldt sig. I begge disse faser tolker vi det at være "interesseret" både som en tilkendegivelse af at deltagerne finder temaerne væsentlige. Og vi tolker det som et udtryk for overskud og tid til at deltage, samt for et bevidst forhold til fagforeningen. Dermed forventer vi, at deltagerne i undersøgelsen har et engagement i forhold til sygeplejen, arbejdspladsen og fagforeningen. De er ikke nødvendigvis positive, men har en mening.

I den tredje fase har forskergruppen opfordret deltagerne i gruppeinterviewene til at deltage i livshistoriske enkelt-interviews. Enkelte var forhindret pga forestående ferie eller lign. Enkelte var ikke interesserede. De 9 som endte med at blive interviewgruppen var meget motiverede for at deltage, hvilket er forudsætningen for gennemførelsen af livshistoriske interviews.

Seminaraktiviteter
Med det formål at bidrage til diskussioner og dialog mellem menige sygeplejersker, tillidsrepræsentanter og Dansk Sygeplejeråd har vi tilrettelagt undersøgelsen, så de foreløbige resultater er blevet diskuteret på 3 seminarer. Det første var med deltagerne i undersøgelsen samt repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd. De to følgende med tillidsrepræsentan-

ter fra hh. sygehusene og hjemmeplejen og repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd. Det har givet anledning til diskussioner om, hvilke udfordringer det giver for det fagpolitiske arbejde. Synspunkter og erfaringer fra seminarerne indgår således i undersøgelsens konklusioner og anbefalinger.

Vi har ikke afholdt et klassisk fremtidsværksted, men alle fremtidsværkstedets elementer: kritikken og problemindkredsningen, visionerne og utopierne og endelig handlingsforslagene og de konkrete idéer har været til stede igennem forløbet. Under kollektive seminarformer, såvel som i dialogiske former i interviewgrupper og i individuelle interviews. Således oplever vi at sygeplejerskerne ikke bare er hoppet med på, men selv i vidt omfang har skabt de fokuseringer og temaer, som bliver beskrevet og analyseret i det følgende.

Når vi understreger samarbejdet og dialogen i projektet, er det nærliggende at spørge til forskelle imellem forskernes og de deltagende sygeplejerskers perspektiver og interesser. Var der enighed om alt mellem forskere, Dansk Sygeplejeråd og medlemmerne? Siger projektet noget andet og mere end det man kunne kalde et journalistisk synspunkt? Har projektet blot leveret en mikrofon til den menige sygeplejerske eller til fagforeningen? Vi vil gerne indrømme vanskelighederne i at skabe et projekt i dialog og samarbejde med den undersøgte part og opdragsgiverne, som samtidig bevarer en objektiverende distance. Kendetegnende for dette projekt er at vi har haft en teoretisk forforståelse af problemerne, som vi aktivt har søgt at udforske og udfordre, men også at vi har dannet holdninger og konklusioner på baggrund af undersøgelsen, som har været forudsætningen for at kunne fremkomme med handlingsforslag og anbefalinger til fagforeningen, som er en del af dette projekts resultater.

Men distancen til fortællingerne skabes også af selve designet som beskrevet ovenfor. Deltagernes aktive medskabelse af temaer og perspektiver skaber modsatrettede fortællinger, som ikke har nogen entydighed. Den åbne dialog i gruppeinterviews og seminarer i kombination med den livshistoriske metode i enkeltinterviews giver en forskningsmæssig forpligtethed overfor en analyse der baseres på at lade forskellige positioner træde frem, og at modsatrettede logikker, oplevelser og holdninger inddrages i analysen.

Rapportens opbygning

Vi præsenterer analyserne under tre overordnede temaer:

- *Sygeplejerskernes oplevelse af forandringer i sundhedsvæsenet*, som under en række prioriterede undertemaer sammenfatter både overbliksanalysen og den livshistoriske analyse af sygeplejerskernes oplevelser og måder at tænke om sundhedsvæsenets forandringer.
- *Sygepleje i forandring – hvor går fagligheden hen?* Som diskuterer sygeplejerskernes forskellige opfattelser af deres faglighed og erfaringer med hvordan forskellige fagligheder spiller sammen eller kommer i konflikt i det daglige arbejde. Desuden diskuteres hvordan de aktuelle forandringer i sundhedsvæsenet giver forskellige betingelser for at udfolde sin sygeplejefaglighed.
- *Fællesskab kræver fællesskab,* heri sammenfatter vi sygeplejerskernes oplevelser af fællesskab samt deres forventninger til et moderne fagpolitisk arbejde.

Undervejs præsenterer vi tre sygeplejerskers fortællinger om deres livshistorier. Eksemplerne går på tværs af de overordnede temaer. De beskriver nogle centrale måder at håndtere sygeplejens dilemmaer og sundhedsvæsenets paradokser. Samtidig illustrerer de, hvordan livshistorierne kan skabe forskellige faglige identiteter og forskellige forudsætninger for fællesskab.

3. Historisk blik på forandringer i sundhedsvæsenet

En historisk viden kan være væsentlig for at forstå baggrunden for reaktioner, opfattelser og strategier i dag, fordi de har rødder i tidligere erfaringer. Sundhedsvæsenet er et stærkt politiseret felt, som en af velfærdsstatens kerneydelser. Derfor hersker en udviklings ånd i sundhedsvæsenet der ikke alene er knyttet til den faglige bestræbelse på at skaffe teknologiske fremskridt for menneskers sundhed og liv, men i høj grad også er knyttet til de politiske dagsordeners hurtige skift og kortsigtede målsætninger. I denne udviklings ånd glemmer vi ofte at se os tilbage og forsøge at betragte de længere linier, gentagelserne, og at reflektere over, hvad vi afvikler når vi udvikler.

Sygeplejerskerne i denne undersøgelse er udviklingsoptimister for så vidt de tror på de menneskelige fremskridt, og de har en næsten ukuelig skaberlyst. På den anden side er de også udviklingspessimister. Ikke én har kunnet beskrive udviklingen i Frederiksborg Amts sundhedsvæsen og deres egen lille historie i den store historie som en succeshistorie, eller bare som en historie der skred frem mod noget bedre, tværtimod. Sygeplejerskerne er således ikke historieløse, de bærer rundt på en masse oplevelser og griber tilbage til 90érne, 80érne og 70érne endda for at finde forklaringer på deres nuværende problematiske situation i sundhedsvæsenet. Men de har ikke et egentligt kendskab til deres egen historie, som sygeplejens og sundhedsvæsenets historie, hvor de ser det i enkelthændelser, brudstykker og adskilte fænomener.

Derfor vil vi i det følgende give et kort historisk overblik over de senere års grundlæggende forandringer af sundhedsvæsenet. Forandringer som også påvirker arbejdet som sygeplejerske på centrale områder.

Moderniseringen af den offentlige sektor, som blev iværksat i 1983 i Danmark udfra den internationale strategi om New Public Management for den statslige sektor (Hjort 2001) indebærer 4 store reformer med afgørende betydning for sundhedsvæsenet:

1. Måden det offentlige er finansieret på er ændret således at institutioner som sygehuse, bliver ”virksomheder” som skal være selvbærende på markedets vilkår, og derfor ikke længere kan styres udelukkende eller overvejende udfra velfærdsmål eller faglige mål om den fagligt bedste løsning på de hjælpetrængendes behov.

2. Ledelsen reformeres således at ansvaret for aktiviteterne og brugen af ressourcerne lægges decentralt (afdelingsbudgetter), samtidig med at der centraliseres på mere strategiske områder (medicinsk teknologivurdering, amtslige sundhedsplaner m.m.)

3. Der skabes nye redskaber for kontrol og økonomisk rationalisering, udfra økonomiske og administrative logikker, hvori behandlings- og plejehandlinger bliver til ”produktion” (fra diagnoserelaterede gruppeindeks i 80´ernes slutning til de aktuelle bestræbelser på akkreditering), og

4. Der sker en demokratisering af visse beslutningsgange og lægges op til langt større forhandling om sundhedsydelser og aktiviteter, mellem brugerne og de professionelle, og mellem institutioner og stat og borgernes politiske repræsentanter. Det har den konse-

kvens at ikke bare lægernes faglige autoritet og magt udfordres, men i virkeligheden også de andre professionelle gruppers autoritet og legitimitet.

Dette har mange konsekvenser for både befolkning, patienter og de ansatte - bl.a. for sygeplejearbejde, faglig udvikling af sygeplejen og ledelse af sygeplejen. Sygeplejerskerne ophører ikke med at skulle være højt professionelle medarbejdere i sygehusene, men deres faglige vurderinger udfordres nu. Det økonomiske rationale: hvad må det koste og hvordan kan det billiggøres, har sammen med det bureaukratiske rationale: hvordan kan dette organiseres mest effektivt, udfordret det dobbelte sygeplejefaglige rationale om at tilgodese patientens behov bedst muligt og gøre det på den fagligt bedste måde. Udfordringen er så stærk, at man kan spørge hvorvidt, hvordan og hvor ofte det sygeplejefaglige rationale i praksis sætter sig igennem? Den foreliggende undersøgelse viser at det er svært i praksis, men også at de fleste sygeplejersker holder fast i at tænke sygeplejefagligt. En sygeplejerske udtrykker det således:

"*.. politisk der går de meget op i ventelister, og det gør man ikke som sygeplejerske, som det væsentligste. Fordi så fokuserer man på og få nedbragt ventelisterne med de penge, men så er der nogle andre ting, der så ikke bliver gjort, som er ligeså væsentlige, ikke. Man skal ikke forvrænge det der er i forvejen" (*fra livshistorisk interview med Kirsten*)*.

Moderniseringen har medført et stærkere fokus på kvalifikationsudvikling i sygeplejen og blandt de andre faggrupper indenfor det man kan kalde "menneskearbejde". Decentralisering af ansvaret og den bedre udnyttelse af ressourcerne kræver en veluddannet arbejdskraft som i højere grad kan handle selvstændigt og tage professionelt ansvar for kvaliteten af det der sker på hospitalerne. De professionelle skal også være i stand til i højere grad at beskrive og dokumentere deres handlinger, for at kunne legitimere deres faglighed og forhandle den i forhold til de økonomiske og bureaukratiske rationaliteter, og i dialog med andre professioner på sygehusene.(Christensen 2003)

Den kropslige tavse viden, om "hvordan man gør når man er sygeplejerske" (f.eks. beskrevet og analyseret af Eriksen 1992, Hansen 1995, Jensen 1995, Larsen 1999) skal artikuleres og vurderes; er det hele nu så godt og rigtigt, også når sygeplejersker gør noget forskelligt ? Og også hvis ikke det kan genfindes i teorien bag sygeplejen? Akkrediteringen, som er det seneste skud på denne stamme har til hensigt at få beskrevet den tavse viden og alt det der hidtil har unddraget sig skemaer og scores. Der ligger heri en anerkendelse af, at den kropslige tavse viden har stor betydning for praksis, og at praktikerne har en kapacitet som bør deles og gøres fælles. Samtidig er det indlejret i de økonomiske og bureaukratiske rationaler, således at kontrol og vurderingsdimensionerne også træder frem.

I alle omsorgsfagene jagter man i dag beskrivelserne af "det der gøres", for at kunne reflektere, og samtidig rationalisere det. Uddannelsesmæssigt har dette betydet et paradoksalt skift fra at fokusere på handlinger og klinik, til at fokusere på refleksion. Mesterlæren i sygeplejen glider i baggrunden i 80érne, fordi den netop ikke afkræver artikulation og dokumentation, men bygger på ideen om praksisfællesskaber, hvori de ukyndige langsomt indvies igennem handling (Lave and Wenger). Dette åbner op for nye muligheder for de studerende til selv at danne viden, og kunne adskille sig fra den rutiniserede praksis som

de kan møde i praksis. Således bliver det for sygeplejen både tab og nye landevindinger for udviklingen af faglig selvstændighed i forhold til andre faggrupper, traditioner m.m.

Igennem 90érne har den uddannelsesmæssige tænkning og planlægning i sygeplejen været drejet mere og mere over i retning af at sikre en teoretisk vidensbase for sygeplejeprofessionen som skabte legitimitet, tydelighed og indflydelse, både for at møde de krav der blev stillet, men også for at kunne forsvare sygeplejen og dens traditionelle kernefaglighed overfor de økonomiske og bureaukratiske logikker. Dette har i sygeplejeuddannelsen udtrykt sig som øget vægt på omsorgsteori og refleksion fra midten af 80érne i sygeplejeuddannelsen, akademisering i 90érne og tilbagevenden til en mere naturvidenskabelig, men også mere multidisciplinær fokusering i sygeplejeuddannelsen i takt med akademiseringen, fra omkring årtusindeskiftet. De sygeplejersker der deltog i denne undersøgelse bærer klart tegn på de skift der har været i sygeplejeuddannelsens udvikling. De kan noget forskelligt og de opfatter sygepleje som noget forskelligt, ikke overvejende, men også afhængigt af hvornår de blev uddannet.

Moderniseringen og forandringer i Frederiksborg Amt

Vi vil her kun pege på nogle få vigtige begivenheder fra moderniseringens historie i Frederiksborg Amt, og ikke komme med en fyldestgørende analyse af forandringerne. Det har ligget udenfor vores undersøgelse. Men vi vil gerne pege på nogle lokale historiske forudsætninger for sygeplejerskernes situation i dag.

I 80érnes begyndelse startede moderniseringen sit indtog i amtet. Amtets første sygehus og sektorplan var SP80 (Knudsen 2003), som i 80érnes begyndelse især blev synlig på to felter: i psykiatrien og på ledelsesniveau. Psykiatriens omstrukturering var et landsfænomen, som både havde til hensigt at demokratisere og effektivisere psykiatrien. Distriktspsykiatrien blev oprettet og der blev lukket sengepladser. Der skabtes nye muligheder og visioner for kvaliteten i arbejdet, samtidig med at der skabtes frygt for kvaliteten og vilkårene for de alvorligt syge, og for personalets vilkår. På ledelsesplan blev sygeplejerskerne del af trojka- ledelserne og samtidig blev både læger og sygeplejerskers faglighed nu i højere grad konfronteret med økonomiske tænkninger. Ledende sygeplejersker i amtet satsede på ledelsesudvikling for at hamle op med de nye udfordringer og havde rimeligt held hermed, Et eksempel er oprettelsen af Dybendal Sygehus (det nuværende Frederikssund Sygehus), i begyndelsen af 80érne, hvor de ledende sygeplejersker fik ny indflydelse på sygehusets organisering og indretning. Afdelingsledelserne, hvori sygeplejerskerne fik plads er en konsekvens af SP80, men blev først søsat fra 1989

I 90érnes begyndelse satte en indsats ind for at samordne Frederiksborg Amts sundhedsvæsen i en helhed, og ledelserne skulle arbejde sammen om strategier, og fungere med en overordnet amtslig ledelse. Dette blev søsat med Sund92 programmet, som imidlertid blev ensbetydende med indførelsen af konkurrence (Knudsen 2003) og ”slimning” af det somatiske sygehusvæsen , og ikke helhedstænkning. Det har også betydet en større hierarkisering af sygehusvæsenet, med den nye trebenede struktur, hvor lokalsygehuse kobles til større sygehuse fra 93. Der kom sygehussammenlægninger i større enheder og strukturforandringer, hvor specialer blev flyttet frem og tilbage imellem amtets sygehuse, som det f.eks, har været tilfældet med Hørsholm Sygehus´s skæbne. Omstruktureringerne har her strakt sig over en årrække og skabt usikkerhed hos de

har her strakt sig over en årrække og skabt usikkerhed hos de ansatte både om sygehusets som arbejdsplads, og om arbejdet og personalesammensætningen pga. skift i specialer, en usikkerhed som også har strakt sig til de andre sygehuse i amtet som var forbundet hermed. Der har været andre omstruktureringer som har været mere afgrænsede og har ændret et sygehus´s liv fuldstændig, f.eks. ændringen af Esbønderup Sygehus. Nedskæringer affødte de første bølger af utilfredshed blandt personalet, som pludselig oplevede at skulle deltage i udefra ønskede forandringer og følte den første utryghed i ansættelserne. Medens patient- og borgertilfredsheden med sundhedssystemet i amtet derimod steg. (refereret i Sygeplejersken nr. 18, 1992) Kvalitetssikring blev introduceret i hele amtet og satte afdelingerne i gang med at udvikle målbare standarder for virksomheden, hvilket både skærpede rivaliseringen mellem læger og sygeplejersker om vægtningen af de to fags indsats, samtidig med at begge fag blev mere synlige overfor hinanden og overfor andre samarbejdspartnere.

Fra 80érnes slutning begyndte de ledende sygeplejersker og Dansk Sygeplejeråd i amtet at udvikle en strategi for en højt profileret sygeplejefaglighed henimod at tage en debat om udvidelsen af sygeplejerskers kompetenceområder. Der var to sider af denne bestræbelse. Dels ønskede man at sygeplejerskerne i højere grad kunne få styringen over afdelingernes aktiviteter både indholdsmæssigt og organisatorisk. Dels ønskede man at sygeplejersker skulle kunne opnå mere selvstændighed i arbejdet igennem udelukkende at arbejde sammen i det daglige med andre sygeplejekolleger, med højt kompetenceniveau. Sygeplejerskerne og amtet indledte et samarbejde omkring indførelse af primærpleje i amtet og udviklede plan for en ny stabsstruktur, hvori sygehjælperne blev overflødige. (Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, april 1992). Visionen var afdelinger kun bemandet med sygeplejersker, som kunne påtage sig alle opgaver.

Sygehjælperne i hele amtet strejkede, medens sygeplejerskerne gik i pressen og erklærede:

”Udviklingen indenfor sundhedsvæsenet peger tydeligt i retning af et behov for bedre kvalificeret personale og færre faggrupper. Det er ikke en udvikling vi kan ændre på, og vi kan kun bakke op om, at kvaliteten på Frederiksborg Amts Sygehuse højnes” og Dansk Sygeplejeråds formand i amtskredsen udtalte at ”*Sygehjælpernes dage er talte*” (Sygeplejersken nr. 18, 1992)

I de følgende år forsvandt mange sygehjælpere fra afdelingerne, og sygeplejen oplevede en stimulerende faglig udvikling. Men det tværfaglige samarbejde fik nogle skår.

Denne begivenhed er værd at fremhæve fordi den både fortæller om traditionen for højt profileret sygeplejefaglighed i Frederiksborg Amt, og om problemerne der er indbygget i forsøget på at etablere tværfagligt samarbejde i plejegruppen. Samtidig med de begivenheder der fandt sted her i amtet, blev der gennemført en uddannelsesreform for hjælpegrupperne, den nye Social og sundhedsassistent og -hjælper uddannelse. Visionerne om at kunne undvære hjælpegrupperne blev i praksis gjort til skamme, og social- og sundhedsassistenterne fik plads på mange hospitalsafsnit i Frederiksborg Amt. Social- og sundhedsassistenterne blev integreret i arbejdet i en række afdelinger hen over årene, især pga. sygeplejemangelen. På nogle afdelinger har man dog holdt fast i ikke at ville have andet end sygeplejersker ansat. I den foreliggende undersøgelse ser vi en delvis

belysning af nogle af de problemstillinger det har skabt at sygeplejen i amtet fik indført et meget omfattende generalist begreb for sygepleje, samtidig med en høj professionel standard.

Et særligt træk ved Frederiksborg Amts strategiudvikling for sygehusvæsenet igennem 90érne har været en meget aktiv personalepolitik for at forme personalet. Projekt OPUS (Organisation, personale, udvikling, samarbejde) i 98-99 var det største af disse, som satsede på at skabe "nye" medarbejdere, som i højere grad identificerede sig med et fælles "væsen". Samtidig blev der truffet stadig flere beslutninger, oppefra-ned, om aktivitet, indflydelse og personalesammensætning i afdelingerne (Knudsen 2003). Denne indsats er den ene side af billedet af 90érne. Den anden side er løn- og arbejdsforhold, som ikke bevægede sig i positiv retning.

Sygeplejestrejkerne i 90érne havde stor betydning for amtets sygeplejersker, som deltog aktivt. Forhåbningerne til forandringer var bemærkelsesværdigt store i amtet, hvor man håbede på sygeplejerskernes "gennembrud" både lønmæssigt og statusmæssigt. De manglende umiddelbare resultater skabte ekstra store skuffelser i et amt hvor sygeplejerskerne havde meget høje forventninger, om lønforhøjelser på mere end 25% m.m. . Disse ikke så realistiske forventninger lever stadigt i erindringen og fungerer som en indre kollektiv målestok, samtidig med at strejkenederlagene indgår som horisont for erfaringerne, hos sygeplejerskerne i dag.

Dilemmaer for sygeplejerskerne i amtet i dag

Vores undersøgelse peger på, at de beskrevne forandringer i sundhedsvæsenet resulterer i en række faglige dilemmaer for sygeplejerskerne:

- Produktionsmålene med gennemsnitlige liggetider og antal indskrivninger og udskrivninger m.m. skal holdes og til tider forbedres, samtidig med at kvaliteten af plejen skal udvikles.
- Politikerne udskriver behandlingsgarantier og stiller krav om kvalitetssikring. Patienter og pårørende stiller store krav til behandlingen, samtidig med at der gennemføres nedskæringer, udlicitering og privatiseringer.
- Indlæggelsestiderne mindskes og kravene til dokumentation og standardisering af patientforløb og behandlingsmetoder stiger. På samme tid stilles der større krav om individuelle hensyn i pleje og behandling.
- Der søges øget fokus på helhed i pleje og omsorg samtidig med at arbejdsfunktioner opdeles og specialiseres.
- Der efterspørges tværfaglige tilgange til behandling og patientkontakt samtidig med at fagene professionaliseres.
- Der gennemføres mange ofte udefra bestemte udviklingsprojekter, som der ikke afsættes tid til. Dermed opleves udvikling af mange som en tvang og ikke en mulighed.

I det følgende har vi udvalgt nogle temaer som trængte sig stærkt på i analysen, uden at det følgende er fyldestgørende for alt det der kom frem i undersøgelsen. De temaer vi har valgt udspringer af de dilemmaer vi har skitseret ovenfor, formuleret ind i sygeplejerskernes hverdags erfaringer. Det drejer sig om:

- at det administrative arbejde fylder og faktisk fortrænger patientarbejdet
- at det er stærkt belastende at arbejde med et stigende forventningspres men med dalende anerkendelse
- at udviklingskravet uden tid til udvikling er en umulighed at opfylde
- at nedskæringer truer sygeplejefagligheden, og
- at det alt sammen er vældig svært at gennemskue, og dermed at handle på.

Mellem oprør og glæde:
Nanna: ”arbejdsforholdene var simpelthen så ringe, så vi sagde: nu er det fandme nok”

Nanna er i slutningen af 20érne, og bor med sin mand og sine to små børn i et miljø hun holder meget af. Hun er en travl sygeplejerske, med lyst til både at prioritere familie, arbejde og venner. Hun kan ikke sættes i en kasse udfra om arbejdet, familien eller hendes egen personlige udvikling er det vigtigste. Hun er netop karakteriseret ved at ville meget af det hele, og i starten af en sygeplejerske karriere, hvor udfaldet er helt uforudsigeligt. Nanna kan søge over i andre specialer, videreuddanne sig, eller søge helt ud af sygeplejen indenfor få år, for hun har lysten og energien til at præge sit liv og sine omgivelser.

”.. så har jeg sådan en helt ren subjektiv fornemmelse af, at jeg også er de steder, jeg gerne vil være. Jeg er en god mor for mine børn, jeg er en god kone for min mand, jeg er også en ressourceperson på mit arbejde, jeg gør også mit arbejde..godt..”

Hendes historie er fyldt af glæde og energi i forhold til sygeplejen, og Nanna har et fagligt engagement og faglig stolthed. Men der er også oprør og indignation overfor de mange urimelige situationer hun oplever i hverdagen, uden at det dog i dag går ud over glæden ved faget. Men i Nannas historie fylder problemerne og den modstand hun føler hun har måttet yde så meget, at det bliver tydeligt at tilfredsheden og glæden også skal opveje nogle ret hårde betingelser, set fra Nannas perspektiv. Nanna fortæller om den vanskelige pleje og omsorgssituationer på den ene side og de vanskelige situationer for personalet og hende selv som medarbejder i organisationen på den anden side. At fremhæve og argumentere med disse historier er væsentligt for at Nanna kan skabe sig en faglig identitet som en værdig og værdifuld sygeplejerske. Forholdene i sygeplejearbejdet oplever hun ikke giver hende denne identitet; hun skal selv skabe den. Nanna taler igennem hele interviewet op imod en anden sygeplejerske identitet, som ikke kommer inde fra hende selv, men diffust ”udefra”, og skal holdes på afstand. Det er sygeplejersken som den pæne pige, der ikke kender sit eget værd, og heller ikke kæmper sig til værdighed. Dette vil hun gerne bryde med, men hun mener også, at hun ”for” bryder sig imod det, dvs. gør noget forkert:

”, og jeg havde hørt mange gange før (under uddannelsen) at jeg var vitterlig ikke indbegrebet af en sygeplejerske.. det plejer at være pæne piger, der bliver sygeplejersker… jo jeg betragter da mig selv som en pæn pige, men jeg er også meget grov, altså, jeg vader ind i folk med træsko på for et godt ord. Og siger selvfølgelig undskyld, hvis jeg forulemper dem, men altså, jeg har ikke lige den der, jeg ved ikke om det er fordi jeg ikke har den der fingerspitzgefühl i forhold til.. altså det har jeg vitterlig med patienterne, der er jeg sådan meget, men hvis jeg har en mening om noget, så siger jeg det… men sygeplejersker er pæne piger, der siger de rigtige ting og som smiler på de rigtige tidspunkter.. og det har bare aldrig ligget til mig, det er nok rigtigt jeg er ikke indbegrebet af en sygeplejerske”

At sige sin mening, er det Nanna gentagne gange i interviewet vender tilbage til som ”grovhed”. Når man siger sin mening falder man uden for kategorien af pæne piger, og ”rigtige” sygeplejersker. Det er en repræsentation af sygeplejeidentitet, som Nanna videregiver selvfølgeligt, og dette må derfor være en del af det fælles i sygeplejekulturen, i hvert

fald i de dele af sygeplejen hvor Nanna bevæger sig: i uddannelsen, i hospitalet, i Frederiksborg Amt, m.m. Igennem ordspillet: at vade ind i folk med træsko på, formidler Nanna imidlertid en dobbelthed i sproget, som også er en dobbelthed i udsagnet og interviewet som helhed. Nanna beskriver sig selv som på en gang pågående/grov, og nær/vedkommende, og én folk kan lide. Hun synes egentlig det er rigtigt det hun gør, men registrerer sig "anderledes."

Denne fortolkning kan synes overraskende hos en ung kvinde, men giver fint genklang i de andre interviews og de forståelser der her er af "rigtige sygeplejersker", og de barrierer man stadig må overskride for at sige sin mening. Nanna er en kvinde der søger retten til at være sygeplejerske på en ikke traditionel feminin måde.

At søge sin fagidentitet relationelt og klinisk

Nanna opnåede "den praktiske sans" i arbejdet igennem en personlig proces, som hun ikke har mange ord for :

"jeg har ikke oplevet det som en lære, det er noget der bare er kommet stille og roligt, når man har stået i det, ikke"

Hun har opnået en faglig identitet igennem praksis, og finder stor tilfredsstillelse igennem det kliniske arbejde:

" altså mit arbejde fylder meget, det gør det.. og jeg er utrolig glad for mit arbejde, fraset alle de der irriterende ting, som er ved det. Selve faget, altså selve det jeg går ind og laver, når jeg er på arbejde, det kan jeg godt lide. Jeg kan godt li´, når jeg ser en patient kigge på mig med store våde øjne og simpelthen synes, at.. jeg er det bedste, der er sket i hendes liv lige nu, fordi at jeg simpelthen har gjort alverden for hende, hvor jeg i vitterligheden ikke har gjort ret meget andet end mit arbejde.."

Nanna beskriver her at hun oplever arbejdet meningsfuldt, ligesom mange andre undersøgelser af menneskers forhold til deres arbejde viser, at man finder mening i et hvilket som helst arbejde, som en del af at kunne være til. Men dette arbejde har en specifik mening for Nanna. Hendes identitet som sygeplejerske er forbundet tæt med interaktionen med den specifikke patient, de konkrete mennesker hun relaterer sig til igennem arbejdet, og ikke blot igennem "patientarbejdet". Ved første øjekast kan en sådan åbenhjertig betragtning blive belyst igennem en professionskritisk indgangsvinkel. Patientkontakten i asymmetriske afhængighedsforhold kan skabe en tilfredsstillelse hos den professionelle, som kompenserer både for manglende samfundsmæssig anerkendelse, såvel som manglende personlig bekræftelse fra andre livsfaser og/eller andre livsområder. Dette har været et vægtigt argument i den kritiske debat om professionalisering i omsorgsarbejdet siden begyndelsen af 80érne (se f.eks. Schmidbauer 1986)

Men en række omsorgsteoretikere peger også på den eksistentielle tiltrækningskraft der ligger i omsorgsarbejdet, som rummer muligheden for at opnå den dybe glæde (eller "joy" hos Noddings) ved ikke blot at give og få igen, men at kunne opleve og reflektere sig selv igennem at opleve sig anerkendt og genkendt som den der har stillet et andet, nødlidende og hjælpetrængende menneske tilfreds (f.eks. Noddings 1984, Wærness 1989). Der fore-

går en læring om hvem man selv er, samtidig med at man anerkender hvem den anden er, og lærer noget stadig nyt om det at være sygeplejerske i klinik. Det er vigtigt at lægge mærke til den personlige og specifikke dimension i arbejdet, fordi det er med til at forklare hvorfor netop Nanna, som også bliver vred over sit arbejde, kan fastholde sig selv i arbejdet med entusiasme. Hvorimod det er langt mere oplagt at "slippe ud" af sygeplejen, når man ikke længere får disse oplevelser.
I Nannas historie er glæden ved det patienten formår at bibringe hende tæt forbundet med en faglig vurdering af, hvad hun faktisk har givet patienten på den ene side, og en medmenneskelig identifikation på den anden side. Dermed er det ikke muligt at tale om denne tilfredsstillende oplevelse som "følelsesmæssig", eller "omsorgsmæssig", i betydningen i modsætning til "faglig" eller klinisk. Oplevelsen er sammenhængende for Nanna, og refleksionsprocessen over hvem hun selv er som sygeplejerske og menneske er sammenhørende:

" altså vi har jo nogle.. der er nogle grimme oplevelser.. som jeg et eller andet sted bliver klogere af hver gang ,ikke. At selvom det er grimt, så giver det mig et eller andet også….men der er situationer, hvor man sådan lige får den op til overvejelse.. det ku have været din far måske.. hvor der er nogle af de der oplevelser, hvor: åhh for søren, den trak tænder ud, ikke.."

Nanna fortæller igennem interviewet nogle signifikante livshistoriske oplevelser, som vi forstår, har været væsentlige for den proces hun er i med at konstruere identitet og mening. Der er to lange historier om døende patienter og hendes egen rolle i forløbet, hvor det der berører og foruroliger hende dels er identifikationen med patienten, og dels identifikationen med de pårørende. Hun har nogle reaktioner og refleksioner over sine egen følelsesmæssige berørthed:

".. mine tårer de stod også.. og det er okay at græde, det er okay at være ked af det med familien, men det der det kunne jeg ikke rumme, jeg kunne ikke rumme det.. men altså kommer du til det punkt, at det ikke rører dig, så skal du ikke være der mere, altså så er du brændt ud, tror jeg. Det skal berøre dig og det gør det også.."

Her er tegn på en indre dialog omkring berettigelsen af at lade sig følelsesmæssigt rive med, hvor Nanna ikke er afklaret omkring hvad der er det rigtige. Men det går som en rød tråd igennem hele interviewet, at Nanna lægger meget af sin egen personlighed i arbejdet, og dagligt forsvarer sin ret til at gøre dette. Det stemmer overens med hendes opfattelse af hvordan man lærer at blive en god sygeplejerske- det er et personligt spørgsmål. Samtidig med at det også fortæller om hvor ubærligt det kan føles at være følelsesmæssig ramt midt i et professionelt forhold.

Hun har nu arbejdet som sygeplejerske i 5 år, og kan begynde at vurdere den sygepleje hun og hendes kolleger yder med en vis erfaring. Hun har allerede været på 2 andre afdelinger, og dette er hendes tredje speciale. Hun omtaler sine kolleger og den pleje de sammen yder, som af meget høj kvalitet. Samtidig med at hun beklager, at der hele tiden er ting de ikke når og ikke gør godt nok.

Asymmetrierne og hierarkiet i organisationen skaber krænkelser

Men for Nanna hænger problemer i kvaliteten meget sammen med rammerne, som hun føler hun har meget lille indflydelse på. Hun føler hun kan præge sine arbejdsopgaver meget med sin faglighed og person, men hun kan ikke præge betingelserne de foregår under ret meget. Det giver en spænding imellem frihed og tvang for Nanna. Hun fortæller tre lange historier om modstand hun har ydet overfor det hun er blevet budt. Den første historie drejer sig om at blive underlagt nogle betingelser i arbejdet, som er lagt af en anden faggruppe højere i hierarkiet end hun selv, lægerne. Nanna positionerer sig i den fortalte erindring, som en ligeværdig partner overfor en samarbejdspartner som placerer hende i et asymmetrisk forhold, som ydmyger hende fagligt . Overlægen forsøger at gribe hende i faglig uvidenhed foran en patient:

" han havde simpelthen sat mig i en situation som var dybt foragtelig.. hvor jeg konfronterer ham med det og siger: det gør du aldrig mere foran patienten, det vil jeg simpelthen ikke ha, det synes jeg er noget svineri. Og den blev taget til efterretning, så rent faktisk bedrede det jo forholdet gevaldigt til den læge.."

Denne historie fortælles som en krænkelse af både personlig og faglig værdighed. Nannas evne til at sige fra; være "grov", som hun også mener, er en betegnelse fra den kultur hun bevæger sig i- belønner hende imidlertid. Lægen lægger sin stil om og forholdet bliver bedre.

Den næste historie drejer sig også om en overlæge, som har opført sig uanstændigt overfor hende, kaldt hende dybt debil og forsøgt at slå ud efter hende. Også denne historie endte som en sejr for Nanna, efter at hun havde kørt en officiel klagesag:

"Jeg klagede over hans opførsel. Han var simpelthen.., jeg har aldrig, jeg har aldrig i mit liv blevet så forulempet hverken som person eller som sygeplejerske.. jeg gik hjem og var rystet og var sådan virkelig.. og snakkede med min mand om det, fordi hvad fanden.. jeg virkelig så forulempet. Og normalt skal der meget til, men lige præcis den her mand var en mand der aldrig havde været positiv.. jeg lavede en skriftlig klage over ham og så kørte det selvfølgelig over ledelsen og alle var til samtale…"

Denne fortælling lyser op i Nannas erindring pga. den modstand hun ydede, og den sejr hun vandt. Den illustrerer hendes pointe om at hun er grov og usædvanlig, men samtidig fagligt værdig til at fylde sin plads ud. Hvor mange gange Nanna har oplevet andre krænkelser ved vi ikke. Men set i forhold til interviewmaterialet som helhed tror vi, at der finder mange små og nogle gange store krænkelser sted, for de fleste sygeplejersker. Både i forhold til andre faggrupper, ledere og patienter og pårørende.
Vi vil foreslå at forstå det delvist som et historisk efterslæb. I bogen Ind i faget, hvor sygeplejersker fortæller om 50´erne og 60´erne, får man indtrykket af at den læge Nanna her har et sammenstød med, ville have passet fint ind i 50érnes og 60érnes sygepleje: "I den ene kirurgiske afdeling hvor jeg var, var der en overlæge der var lidt distræt. Han glemte det der med håndvask. Det løste afdelingssygeplejersken ved, at yngste elev stod med et fad med sprit i og et håndklæde over armen. Hun skulle stille sig midt i døren, for at overlægen ikke kunne komme forbi hende, uden han havde desinficeret sine hænder. Sådan

foregik det. Det var vel i 1967, jeg var på den afdeling, så det holdt ved længe." (Harrits og Scharnberg 2001)

Afdelingerne var tidligere i den patriarkalske kultur at forstå som et hus eller et hjem, hvor patienterne: børnene, blev passet af sygehjælpere og unge sygeplejersker: tyendet, og hvor de ældre, erfarne, og ledende sygeplejersker var mødrene. Over dem alle var overlægen, deres fader (Wærness 2003). Der herskede en både formynderisk og omsorgsfuld paternalisme på hospitalerne. I dag er paternalismen som ledelsesform og accepteret kultur forsvundet, eller er der stadig rester heraf? Og hvis disse rester består, hvordan spiller de sammen med det fortsatte, og oven i købet delvist udbyggede sygehushierarki.

Hierarkiet er med de moderne ledelsesformer blevet ændret således at de ældre og erfarne sygeplejersker ikke længere er placeret så underordnet i forhold til lægerne. Sygeplejerskens faglige rolle i afdelingen er også med sygeplejens udvikling over imod flere og flere selvstændige opgaver mindre og mindre at forstå som lægens hjælper. Sygeplejen er blevet synlig og professionaliseret. Imidlertid kan vi desværre ikke udfra denne undersøgelse sige noget om hvordan de andre faggrupper, især lægerne, opfatter dette, eller hvilke faktorer der virker i retning af at fastholde et kønshierarki indeni sygehushierarkiet, hvilket er yderst relevant at få indsigt i. Vi får igennem Nannas historie dog et indblik i at de faglige roller stadig ser ud til at følge kønsstereotype roller, hvor sygeplejersker skal være "pæne piger", som er kendetegnet ved netop ikke at kunne bryde ud af de daglige magtrelationer.

Den moderne kønssocialisering af kvinder og mænd skaber imidlertid andre rolleforventninger hos de unge end at skulle indgå i et traditionelt kønshierarki. Nannas historier er her fremdraget fordi vi i materialet har fundet mange eksempler på at sygeplejerskers forventninger om at indgå i respektfulde og ikke hierarkiske forhold til lægerne bliver skuffet og til tider krænket. Nanna er en af de unge sygeplejersker som ikke vil finde sig i det, og som fastholder sin biografiske forventning om at være af lige så stor faglig og menneskelig værdi, "selvom" hun er kvinde og sygeplejerske.

Individuel handling og fællesskab

Den tredje historie Nanna fortæller drejer sig om arbejdsforholdene. Nanna mener, at det danske sundhedsvæsen er fuldstændig tvetydigt omkring værdien af hende og hendes kollegers arbejdskraft. Lønnen er så dårlig i forhold til andre på arbejdsmarkedet at man skulle tro man ikke havde høj værdi, og arbejdsforholdene så ringe at det peger i samme retning. Og dog oplever hun at der er mange interesser i at hun faktisk udfører sit arbejde hver dag, og at hun er praktisk uundværlig:

" det var for to år siden, vi havde indkaldt 48 vikarer til at dække vores afdeling. Det er fuldstændigt urimeligt, fuldstændigt urimeligt. Vores patienter gik for lud og koldt vand. De fysiske rammer var til at dø af grin ad… arbejdsforholdene var simpelthen så ringe, så vi sagde, nu er det fandeme nok.. og så blev jeg indkaldt til.. det var så et fagligt møde, men overenskomststridigt, så vi nedlagde jo sådan set arbejdet.. og pludselig så sad jeg der og var i pressen og telefoninterview og vi lavede pressemeddelelse.. og sundhedsdirektøren han var rasende, han var rasende.. så der foregik en hel masse, og klokken tre stod vi ne-

de på amtsgården og strejkede og råbte og skreg med bannere.. og jamen hele sundhedsudvalget var der…

Nanna fortæller om de mange møder, klager og forhandlinger og om indrømmelsen de fik, som i sidste ende ikke var noget værd. Bagefter føler hun sig meget træt, og at det har været forgæves:

" jeg fik brugt en helvedes masse personlige ressourcer, jeg fik ikke en skid ud af det, andet end jeg fik sådan en personlig opbakning,"

Alligevel fik hun noget igen, og hele den lange historie bærer præg af at det var sjovt og spændende, fordi Nanna trives med ikke at lade stå til, og at handle. I de to første episoder handler Nanna selv, som et individ der kræver sin ret og frihed, uden at tænke ret meget over hvad de andre mener. I den tredje historie om arbejdsforholdene glider hun over i en historie hvor det er "os " og "vi" der handler. Men hun ender i denne historie med alligevel at vurdere dens betydning udfra hvad den har givet hende personligt, og i mindre grad hvad den har betydet for sygeplejegruppen.

Nannas fortælling er eksempel på at individuelle handlinger både subjektivt kan opleves som nødvendige som indre trang, og samtidig som social nødvendighed, fordi nogen må gå forrest. Ikke fordi Nanna ikke vil være fælles med de andre og med fagforeningen, men fordi hun oplever nødvendigheden af at handle og ikke ser kollegernes eller den faglige organisations initiativer. Manglen på rammer for kollektiv handling på arbejdspladsen betyder for Nanna, at hun nærmest skubbes ud, ikke i individualisme, men snarere i fagpolitisk ensomhed:

" mange er nået til sådan et punkt, hvor man siger, jamen det er jo ligegyldigt, det nytter ikke noget. Vi kan råbe herfra til.. jamen det er ikke så meget folk, men vi kan ikke råbe dem op. Vi tror ikke på at vi kan lave en ændring, altså, og det viser sig jo også med den sidste.. urafstemning vi havde nu omkring.. det var så vores overenskomst, ikke, stemmeprocenten var jo til at dø af grin over.. folk gider ikke mere. Og problemet er jo vitterlig også at vores fagforening fra starten havde grebet det forkert an, der for 10-15 år siden, ikke så det eneste de har opnået med alt det her, det er sgu, at vi har fået befolkningen imod os.. jeg synes de har kæmpet kampen forkert, hvordan kan man sige ja til at indgå i et forhandlingsfællesskab med nogle faggrupper, som. overhovedet ikke tilnærmelsesvist laver det samme stykke arbejde som os?"

Nanna vil gerne fællesskabet, og trækker kritikken af kollegerne lidt i sig "det er ikke så meget folk", fordi hun selv er ambivalent, og kan dele de andres opfattelse af, at det ikke nytter at handle. Hun kan bare ikke lade være, og fortæller om flere situationer hvor hun nærmest sidder og holder sig for munden. Hun mener på den ene side at hun ikke altid skal kæfte op og stå i forreste linie, og alligevel mener hun at sådan som hun selv gør, burde nogle flere gøre. Nannas historie om arbejdsnedlæggelsen er på den ene side en succeshistorie for fagligt sammenhold, og subjektivt for Nannas forståelse af sig selv. Men den er samtidig en historie om det man kan miste ved at udsætte sig selv på denne måde, og ikke vinde nogen form for varig sejr, eller spor i sandet bagefter - men tværtimod at have eksponeret sig selv overfor ledelse og kolleger.

Nanna er en sygeplejerske som gerne vil handle og har et oprør mod krænkelser og uværdige forhold i sig som en skabende drivkraft. Nanna spørger: hvad har fagforeningen gjort for mig? Fagforeningen har hun haft kontakt med igennem tillidsmandens og fællestillidsmandens opbakning i flere tilfælde, men hun registrerer det ikke rigtig som fagforeningens indsats, men mere som sin egen og sine kollegers når de har gjort modstand. Fagforeningen er en institution hun ikke identificerer sig med, selvom kollektiv handling er noget hun godt kan identificere sig med.

Når Nanna ikke er holdt op i sit fag skyldes det formodentlig flere ting.

".. jeg kunne sagtens vælge at sige: ved du hvad, det her det gider jeg ikke mere, jeg tager mig et kontorjob et eller andet sted fra otte til fire, og så er lønnen derefter, og så er det bare det. Men det giver ikke mig personlig tilfredsstillelse. Jeg sidder med nogen.. jeg sidder med en viden, og jeg sidder med nogle erfaringer, som jeg kan bruge konstruktivt.. så jeg tror vitterlig, at dem der vælger sygeplejen, de gør det fordi de mener, at de gør en forskel.."

Nanna kan godt lide sit arbejde, først og fremmest. Hendes mand synes hun skal holde op, og de har råd til det. Men Nanna henter en stor del af sin identitet fra arbejdet og har en professionel og personligt sammenvævet ærgerrighed, der retter hendes opmærksomhed mod at udvikle sig fagligt, blive anerkendt og leve i arbejdets daglige glæder på én gang. I både Nannas historie og de andre interviewedes historier kan man spore vanskeligheder i at beskrive glæden ved arbejdet, som handler om kultur. Det der her er påfaldende hos Nanna er at hun fortæller meget længe om andres negative vurderinger af dette arbejde på baggrund af lønnen, de store krav, arbejdsforholdene m.m. Dette er parallelt til en igangværende norsk undersøgelse (Karen Jensen 2004), hvor sygeplejestuderende fortæller at de af de samme årsager er flove over at fortælle at de skal være sygeplejersker.

Samtidig ligger det også i Nannas historie at hun som alternativ ser et dårligere betalt og mere trivielt arbejde. Det arbejdsmarked som er i horisonten for Nanna er her ikke et akademisk eller mere kvalificeret arbejde, men et mere traditionelt arbejdsmarked for kvinder. Nanna tilhører lige nu i sit liv den ene halvdel af sygeplejerskerne, som ikke forestiller sig at gøre karriere opad og ud af sygeplejen, men som drager mange fordele af det spændende og sikre arbejde som tilbydes praktiske sygeplejersker.

På denne måde er Nannas historie en meget positiv historie om den moderne sygeplejerske, som vil og kan lide det hun gør. Men ikke uden faremomenter. Nanna peger selv på disse faremomenter: for hårde arbejdsforhold, manglen på tro på at dette kan laves om, følelsen af isolation fagpolitisk, det menneskeligt krævende arbejde med for lav status, og dagligdagens krænkelser i et stramt hierarki. Hun nævner selv, at 30% af dem hun var på uddannelseshold med, er holdt op i sygeplejen indenfor deres første 5 år. Om Nanna selv holder op vil vi ikke gisne – det kunne der godt være tegn på, men det interessante bliver at diskutere hvad der skal til for at Nanna bliver. Det vil være en del af det vi lægger op til i konklusionen.

4. Sygeplejerskernes oplevelser af forandringer på sygehusene

Administration - Papir i stedet for patienter, når tiden er knap

På alle de fire afsnit vi har undersøgt har nye behandlingsmetoder betydet at patienterne er indlagt kortere tid. Nye behandlingsmetoders fremkomst, i sammenhæng med sygehuspolitikken op igennem 90érne har også betydet at patienter skal være i en stadig dårligere fase /tilstand for at være hospitalsindlagt. En sygeplejerske fortæller i et individuelt interview:
"*Man er heldig hvis man kender nogle patienter når man kommer efter en weekend*.."

I de kortere indlæggelser er der mange ting som skal nås og det kræver dygtige sygeplejersker med overblik, som kan ordne både "de gamle opgaver" – pleje og omsorg- og "de nye opgaver" dokumentation, udvikling, effektmåling, administration af plejen m.m.. I nogle afdelinger sker der en polarisering imellem nogle der mest ser og er optaget af det ene og nogle der satser mest på det andet. Det afføder sygeplejefaglige prioriteringskampe i det daglige. Måske uudtalte, men meget klart benævnte i denne undersøgelse af de deltagende sygeplejersker:

" jeg oplever, at man møder patienter ude på gangen, der render rundt i et par underbukser, der er våde her op til (viser til op midt på maven) og bare fødder, og man tænker har de overhovedet fået vådt eller tørt i dag, er der overhovedet nogle der har taget sig af dem, ikke. Og det er der faktisk heller ikke altid, ikke fordi der ikke er tid, men fordi sygeplejersken skal sidde og skrive sytten steder, om det ene og det andet og det tredje og det fjerde. Der kommer jo en masse nye sygeplejersker, som er uddannet efter de nye regler, og som er vant til at arbejde på den måde. Men som jo heller ikke overskuer ret meget, kan man jo desværre sige, fordi de er vant til at gå ind og fordybe sig i et lille bitte område, og det er der bare ikke plads til i dag, når vi skal være produktive, ikke I den afdeling jeg er i, der har vi jo et massivt flow, ikke, vi kan godt have et ud og ind flow på fjorten patienter i døgnet, ikke." (fra livshistorisk interview med Margit*)*

Margit giver os her et indblik i to daglige dilemmaer, som lægger sig ind over hinanden: at være effektiv produktionsarbejder og producere flow og samtidig yde sygeplejefagligt kvalitetsarbejde. At kunne fokusere på patienterne, og kunne fokusere på det administrative på én gang. Det lader sig ikke gøre. Det er tydeligt at denne form for dilemma giver anledning til kollegiale uenigheder og splittelser, bagtalelse af hinanden og manglende forståelse for dem der vælger et andet fokus end én selv.

De kortere indlæggelsestider betyder at administrativt arbejde ifm. indlæggelse og udskrivning, fylder en stor og stigende del af sygeplejerskernes arbejdsdag. Ligeledes betyder stigende krav til skriftlig dokumentation af patienternes behandlings- og informationsforløb, at sygeplejerskerne bruger meget tid på kontoret. Dertil lægger sig at sygeplejerskernes centrale og mere selvstændige rolle i afdelingerne også involverer en mængde administrative opgaver omkring patienterne, som lægger sig oveni de centrale sygeplejemæssige opgaver:

" Det er det kontor der bliver kernen. Og faktisk snakkede vi om det på sidste personalemøde, hvordan det kan være at der er så mange mennesker på kontoret, hvorfor er vi ikke

ude hos patienterne? Altså hvorfor sidder vi derinde, hvorfor er vi der, og ikke ude?…Jamen hvis du spø´r mig, så er jeg nok 70% af min arbejdstid i en dagvagt på kontoret. Og ordne alle de der fuldstændig…dødssyge ting, ikke. I gamle dage havde de jo.. det har ikke været i min tid, men de havde en sygeplejesekretær. Hun blev sparet væk, ikke. Hvor man kan sige, det er jo guld værd, altså, at man havde en sekretær til at sørge for at patienten får mad, indlægge dem i systemet, få printet sedler ud, få samlet en mappe af papirer, alle de der ting, som tager så lang tid, men som bare ikke er sygeplejerskeopgaver.." (fra livshistorisk interview med Nanna*)*

Sygeplejerskerne forstår ikke selv hvordan det sker, men det sker hver dag, at de havner alt for meget på kontoret, og centrum for aktivitet bliver her. Dette er helt parallelt til observationer fra en større undersøgelse af sygeplejeuddannelsen i praktikken på københavnske hospitaler fra for ca. fem år siden (Larsen 1999). Det logistiske forvalterarbejde af afdelingens drift fylder mere og mere i sygeplejerskens daglige arbejde. At fastholde sygeplejefagligt fokus på patienterne oplever Nanna her bliver forstyrret. Ved at pege på kontoret som den centrale arbejdsplads for plejepersonalet i afdelingen, og samtidig ikke finde det legitimt, peger hun dermed også indirekte på, at centrum burde ligge et andet sted, ude hos patienterne.

Kontorarbejdets placering i fortællingerne vi her har indsamlet er entydigt negativt. Dette er imidlertid komplekst. Årtiers sundhedspolitik har påpeget at patienten skal være i centrumdette "skal" og "bør" gør det på forhånd illegitimt at udtale sin glæde ved ikke at være hos patienter. Indlejret heri er også den sygeplejefaglige kultur, som finder sygeplejerskens værdi og berettigelse ude hos patienten.

"*Vi vil arbejde på gulvet. Vi vil ikke sidde på kontor", (*som en formulerer det i et gruppeinterview).
En anden siger det således i et gruppeinterview: " *Jeg troede, at sygepleje handlede om at være tæt på patienterne*".

Helle Ploug Hansen (1995)har i sin undersøgelse af personalet i en kræftafdeling vist sygeplejerskers omgåelser af dette og problemer med at italesætte det. I denne undersøgelse fortæller nogle af sygeplejerskerne imidlertid, at de interesserer sig for og til tider hellere vil noget andet- men det er ikke kontorarbejdet de nævner. Det er derimod uddannelse, udviklingsprojekter, kollegial vejledning og undervisning. Altid mennesker først og papir sidst.

Hvis kontorarbejde var attraktivt, som en flugt fra det besværlige patientarbejde, ville det finde i det mindste lidt positiv omtale blandt sygeplejersker. At skulle lave kontorarbejde opfattes af de fleste ikke som "rigtigt " sygeplejearbejde, og som en frustration. En frustration, som for nogle kan blive det der får bægeret til at flyde over i en alt for travl hverdag:

"*så pludselig fik vi en opgave med EDB-mæssigt at indskrive alle patienter … og der var en skrækkelig bunke billeder, man skulle igennem og.. ja, jeg ku´ mildest talt ikke finde ud af det….. Og lige pludselig så ville computeren bare ikke tage mit password mere, så ku´ jeg bare ikke mere, så- pift var det nok… Det at.. ved siden af at skulle sidde og lave et stykke computerarbejde, jeg stadigvæk synes var…var forfærdeligt, og mit password så*

ikke virkede og jeg ku pga. larmen , når jeg ringede til hotline, ganske enkelt ikke høre, hvad de sagde." (livshistorisk interview med Pernille*)*

Kontorarbejdet er ikke sjovt. Mange af de administrative procedurer opleves som meningsløse at udføre, hvilket opleves som meget frustrerende i det daglige arbejde. Eksempelvis opleves det overdrevent at skulle beskrive patienternes baggrund, livssituation m.v. grundigt, når patienten kun er indlagt få dage. Sygeplejerskerne efterlyser nogle forklaringer på, hvad der er baggrunden for disse procedurer, da det tager tiden fra den direkte patientkontakt.

"*Der er endda indført sygeplejersker, som skal administrere de andre sygeplejersker*" , som én formulerer det i et gruppeinterview.

Set fra de interviewede sygeplejerskers perspektiv beskrives udviklingen af sygeplejen, som om at der er en ny organisation på vej, hvori et helt lag af sygeplejen er sporet ind på en refleksiv, skriftlig og ikke kropslig sygeplejefaglighed, som har korrespondens problemer i forhold til de konkrete sygepleje faglige opgaver med patienter under højproduktive vilkår:

*"der er jo ansat en masse mennesker i dag, udviklingssygeplejersker, som prøver at udvikle faget, så vi hele tiden bevæger os på et eller andet niveau, som jeg opfatter det, ikke. Og som hele tiden skal finde på nye tiltag, ikke, hvor man må sige, kan man ikke bare se på det eksisterende, og se på hvordan man kan forbedre det, så kan man se er der overskud til nye tiltag… Hvis du spørger mig, hvad jeg gerne vil have som patient.. jeg vil selvfølgelig gerne have, at jeg blev behandlet på den rigtige måde, ikke. Om de så ikke sagde en lyd til mig, så vil jeg sige, at bare de behandlede mit kadaver rigtigt, det er det vigtigste, ikke. Om de får skrevet ind i papirerne, hvilken religion jeg har, det vil jeg skide et langt stykke, eller om jeg har fire søskende eller kun tre, eller om jeg har godt kontakt med mine børn.. Det har betydning hvis jeg ligger der en måned,.. men på det der hurtigt ind og ud… (*fra livshistorisk interview med Margit*)*

Nogle sygeplejersker fortæller at deres forventninger til fremtiden er, at den daglige patientpleje i stigende grad varetages af social- og sundhedsassistenter, mens sygeplejerskerne tager sig af de administrative og udviklingsorienterede funktioner. Dette er et noget ironisk perspektiv set i lyset af den historiske udvikling i plejegrupperne og stabsstrukturer i amtet fra 80érnes slutning, som beskrevet i det foregående. Samtidig mener vi i denne undersøgelse at kunne se, at sygeplejerskerne i dag og mange år tidligere har haft en tendens til at skabe idylliserende fortællinger om sygeplejersken som altid er ude hos patienten. I samme åndedræt beskriver de en arbejdsdag og afdelingernes rutiner hvor tidligere sygehjælperne, og siden hen social- og sundhedsassistenterne har fået uddelegeret mange opgaver hos patienterne, og sygeplejersken altid har måttet påtage sig koordinerende, undervisende og administrative opgaver.

Samfundets forventninger stiger – men ikke samfundets anerkendelse

Sygeplejerskerne oplever, at patienter og pårørende generelt har store og stigende forventninger til dem. Tidligere ventede patienterne i større udstrækning tålmodigt og var tak-

nemmelige for den pleje de fik. I dag forventer mange patienter, at sygeplejerskerne står til rådighed for at opfylde den enkeltes individuelle behov øjeblikkeligt.

*" den enkelte borger er begyndt at have et helt andet krav på sundhedsvæsenet, som ikke har været før. Nu har jeg været uddannet i fem og tyve år, og det bliver noget helt andet. Folk stiller meget større krav, og det skal være nu, og det skal være her, og det skal være når jeg har tid. Altså noget med at ambulatorievirksomhed og egen læge kun har åbent til klokken tre, det er folk ikke tilfredse med. Det bliver mere og mere, at det skal være servicemindet, at du kan komme til egen læge, uden at det går udover dine arbejdstider.. og vi mærker da også en masse utilfredshed, når vi for eksempel har lang ventetid, og nogle dage er man da mere påvirkelig end andre, med at få skældud for tredje, fjerde, femte gang og de siger: nu er det simpelthen for dårligt. Så siger jeg, jamen jeg kan ikke gøre noget ved det og vi har ventetid på grund af, at vi har nogle ting der er højere prioriteret… Det er ikke fordi de ikke forstår det, men derfor er vi de første i hvid kittel, der skal høre på dem og modtage skideballen, selvom vi ikke kan gøre noget ved den." (*fra livshistorisk interview med Kirsten)

Kirsten er den der er tættest på patienten og har det umiddelbare ansvar for kvaliteten i pleje og behandling overfor patienten, hvilket hun påtager sig. Hun lever helt op til moderniseringens intention om den serviceorienterede medarbejder, som forhandler med kunderne og træffer faglige prioriteringer. Men Kirsten har ikke magten over rammerne, og har ikke indflydelse på grundlaget for at patientens behov ikke kan opfyldes. Hun skal derimod påtage sig dette ansvar i situationen, som Velfærdsstatens repræsentant overfor borgeren. Patienternes anklager og kritik skaber skyld og svækker selvværdet og den faglige stolthed.

Mange patienter og pårørende forventer desuden, at sygeplejerskerne skal kunne løse problemer, som ikke har været løst før indlæggelsen fx at skaffe en bedre bolig til ældre efter et benbrud. Patienterne er mindre autoritetstro, og de er i stigende grad informerede om sygdom og behandlingsmuligheder fx via Internettets sundhedsportaler. Det betyder at plejepersonalets autoritet drages i tvivl, samtidig med at sygeplejerskerne oplever, at mange patienter er fejlorienterede gennem Internettet eller ikke har kunnet overskue de mange informationer. Mange sygeplejersker nævner at information er en kerneaktivitet i deres arbejde og at pædagogisk sygepleje er et væsentligt element i deres faglighed.

Alle har dog også en mængde positive oplevelser af ros fra patienter og personlig anerkendelse, som spiller en hel afgørende rolle for det daglige arbejde:

" På en eller anden måde så har jeg det altid godt når jeg er inde hos patienter og er i gang med et eller andet med en patient" (fra livshistorisk interview med Pernille)

Til gengæld oplever sygeplejerskerne at deres fag samfundsmæssigt har lav status, hvilket lønniveauet og mangelen på positive politiske signaler og "en gulerod" i hver dagen afspejler:

"jeg lægger mange timer, og jeg lægger meget af min person i mit arbejde, og det bliver jeg ikke belønnet for, hverken økonomisk eller frihedsmæssigt" (fra livshistorisk interview med Nanna*).*

Dette er klart forskelligt fra afsnit til afsnit, afhængig af normering, ledelse og afdelingens placering i amtslige strukturplaner. Men det er generelt, at der savnes noget anerkendelse oppefra det lidt overordnede niveau, som man kunne forstå som udtryk for den samfundsmæssige indstilling på politisk niveau, i modsætning til indstilling på befolkningsniveau, som vi har omtalt ovenfor.

" det kunne jeg egentlig godt tænke lidt over, om politikerne er klare over, at når man ikke spæder i eller tænder mere op under folk, så er det måske sådan det går at arbejdet prioriteres lavt)… fordi jeg kommer og brænder for noget, og så siger min afdelingssygeplejerske og egentlig også hospitalsledelsen: det er der ikke penge til, det er der ikke tid til.. men det er sådan noget vi ikke vil have. Altså, sådan hele tiden trykker en ned." (fra livshistorisk interview med Lene)

Lene udtrykker her, at hun savner incitamenter til at handle for afdelingens ve og vel, og peger her især på betydningen af ros og anerkendelse. Når gode ideer altid afvises ned manglende tid og penge skaber det manglende selvtillid.

Når tildelingen af penge, enten til løn eller projekter spiller en så stor rolle hos alle de interviewede kan det forstås på flere niveauer. Dels må det forstås som, at det økonomiske indgår som et fast element i de hverdagsfortællinger om forsøg på selv den mindste forandring som sygeplejersker ønsker. Dernæst kan det forstås på et symbolsk og værdimæssigt niveau. Det økonomiske betyder i dag stadigt mere som værdisætter for menneskers indsats. Kvantificerbarhed er måden succes måles på i stadig flere sammenhænge. Netop sundhedsvæsenet kvantificerer deres succes som aldrig før. Et ironisk eksempel på kvantificering af *værdien af* sygeplejerskers *arbejdsydelse og resultater*, *uden* en kvantificering af *værdien* af sygeplejerskers *møje og slid* er den måde akkreditering i dag introduceres i sygehusene i Frederiksborg Amt:

*" Nu skal vi så til at lave det, der hedder akkreditering på afdelingen.. jamen det er så fint nok, men lige pludselig har man fundet ud af, efter så mange års sygepleje, at nu skal de bløde værdier kunne måles og vejes, ikke. Jamen, man har sådan set forsøgt det de sidste 150 år, og det har man ikke kunnet, men nu skal det være, ikke.. hvordan vil de gøre det?.. Der kommer sådan nogle hele kompendier med forslag til, hvordan man kan komme i gang.. og hvornår skal vi have tid til at sætte os ind i det? For mig bliver det sådan noget, jamen det er fint nok, I gerne vil det, men vi får jo ikke tilført ekstra ressourcer i den periode, hvor vi skal indføres i det.. Fandeme nej, altså det er en del af det at være ansat i det danske sundhedsvæsen, det tager vi bare med, ikke. " (*fra livshistorisk interview med Nanna)

Nanna peger på, at det er et vilkår i det danske sundhedssystem altid at skulle yde mere uden at opleve at få økonomisk kompensation og/eller værdsættelse for indsatsen. Harmen og skuffelsen er tydelig. Nogle føler sig stærkere "mærket" socialt af det lave lønniveau, end andre. Livshistorisk kan dette forstås udfra den baggrund de har fra hjem med gode indkomster og forventningen om at god uddannelse senere belønnedes med jobs med gode indtægter. Fra disse hjem ville forventningen tidligere måske ikke have været at sygeplejerskerne skulle opnå høj indtægt og status, da det var velanset uanset indtjeningen. Men i det moderne Danmark, hvor 90% af unge kvinder er på arbejdsmarkedet og

gør egen karriere, måles deltagerne i uddannelse og arbejdsmarked i højere grad på en vinder-taber skala, uanset kønnet. Dette er samtidig udtryk for en individualisering af menneskers problemer med at lykkes på arbejdsmarkedet, som her beskrevet:

*"følelsen af at sygeplejersker var… dumme mennesker, sygeplejersker var ingenting, og det er selvfølgelig noget der foregår inde i mit eget hoved.. for jeg har ikke hørt nogen sige det. Det er mig selv der oplever det. altså det er jeg blevet klar over, at det er det jeg har lært hjemmefra: at når man tjener mange penge så er man vigtig. Så jeg tjener ikke mange penge, ergo er jeg ikke vigtig… så er det interessant at skille det virkelig, ikke. .er det sådan at man vil opleve samfundet, eller er det kun inde i mit eget hoved?" (*fra livshistorisk interview med Lene)

Ny løn blev præsenteret for sygeplejerskerne som en løsning på et årelangt lønefterslæb og der blev lovet meget høje lønstigninger fra fagforeningens side. DSR gik ind på banen og pustede til forventningen om at der er retfærdighed til i verden. Igennem ny løn ville sygeplejerskerne få deres belønning. Ironisk nok er ny løn i stedet blevet et symbol på sygeplejerskernes manglende samfundsmæssige anerkendelse, fordi de stort set ingenting fik, og alle lønforhandlinger er fastlåst af et system, hvor der reelt ikke gives individuelle lønninger, og hvor lønrammen hele tiden skal holdes nede. Denne manglende anerkendelse fra samfundets side opfatter sygeplejerskerne på gulvet ikke kun kommer fra arbejdsgiverne og de ansvarlige politikere, men også fra deres egen fagforening. Fagforeningen ville have ny løn og talte om anerkendelse. Fagforeningen har fejlet i deltagernes opfattelse. Denne skuffelse over fagforeningen følger alle de samtaler vi har haft med deltagerne om ny løn:

" Altså, jeg føler så heller ikke.. jeg ved ikke hvorfor, jeg skulle hen og bede om ny løn, jeg har ikke noget at gøre krav på, for jeg ved ikke hvor jeg skulle finde det henne, vel. Der er heller ingen penge, vel. Altså, der er jo ingen penge til os. Vores afdeling har skrevet nogle ting ned, der er sendt til ledelsen om hvorfor vi synes vi skal have mere og hvor vi skal have det, ikke… Jeg er ved at være nået dertil.. at jeg egentlig har været stolt af at have min lille nål, og at tilhøre den der gruppe der, ikke. Men jeg kan bare ikke se, hvad de har gjort for mig, mens jeg har været sygeplejerske.. altså gøre lidt for vores hverdag, altså. Gå ud og finde ud af, hvordan.. men det kan ikke være rigtigt, at mennesker i dag skal arbejde på den måde, som vi arbejder på. Altså under de forhold, altså. Stresser rundt og bliver så dårligt behandlet, og får så lidt igen, altså ikke kun det økonomiske jeg snakker om, vel…" (fra livshistorisk interview med Annette*)*

Flere interviewpersoner efterlyser et større kendskab til deres arbejdsopgaver og – betingelser - generelt i befolkningen. En sygeplejerske beskriver det således i et gruppeinterview:

"*Folk forstår ikke, at det også er et arbejde. "Går I tur med patienterne", spørger de."*
En kollega supplerer: "*Ingen forstår, hvor stort et ansvar vi har*"

"Jeg synes det skal vurderes så højt som de faktisk gør når vi står i en krise.. altså så er vi virkelig uundværlige.. vi må ikke strejke, fordi det går ikke overfor vores patienter.. fordi I er i virkeligheden virkelig, virkelig nødvendige, for at det her det kører. Men skal til gengæld

ikke være så nødvendige at I behøver få penge for det. Det er sgu da noget… bavl!" (fra livshistorisk interview med Nanna*)*

Anerkendelse, både på et intimt relationelt, arbejdsmæssigt-professionelt og samfundsmæssigt niveau er helt afgørende for det senmoderne menneskes evne til at skabe identitet. Manglende anerkendelse på et af disse niveauer fører til en form for usynlighed og ikke-eksistens, som er socialt ekskluderende og personligt invaliderende, hvilket i undersøgelser af de marginaliserede, de fremmede, og de uarbejdsdygtige er nemt at få øje på. Men hvad det betyder for omsorgsarbejdere er kun svagt belyst. Det er blevet betegnet som menneskelig krænkelse og samfundsmæssig fejludvikling af en nulevende samfundskritisk teoretiker Aksel Honneth (Honneth 2003). Han peger specifikt på omsorg som ikke anerkendt og usynligt i dagens samfund, og mener det skaber identitetsproblemer.

Sygeplejerskerne oplever disse krænkelser, som vi har illustreret igennem Nannas historie tidligere. Men sygeplejersker er på ingen måde ekskluderede, selvom de også berøres af disse ekskluderende mekanismer. Det skyldes først og fremmest den anerkendelse de høster for deres arbejde fra patienterne, de pårørende og fra deres egne netværk. Dette oplever de selv som meget væsentligt, og det forekommer også i livshistorien at kunne samlet fremstå som en helt afgørende afbalancering på vægtskålen overfor hverdagens andre krænkelser og afmagtsoplevelser.
Fra kolleger og afdelingsledelse er der også anerkendelse, mens det hører til sjældenhederne, at de anerkendes for deres arbejde af den overordnede ledelse, der opleves som fraværende og på meget lang afstand i hverdagen.

"*Vi ved hvor de har kontor",* som en sygeplejerske beskriver det i et gruppeinterview.

*" det handler meget om at få dagen til at gå. Altså, jeg ser ikke sådan lange perspektiver i det.. Det er sådan noget med; har vi fået dækket vagterne, har vi lige klaret dagens arbejde. Puha, ikke… Og det er jo også hele sundhedssystemet, så. Det handler jo ikke om, at folk skal være glade for at være der som arbejdskraft. Det handler jo bare om at få økonomien til at hænge sammen, ikke, lige nu, og i vores valgperiode, og inden for det år her, og altså.. sådan nogle målbare ting lige her og nu, ikke..(*fra livshistorisk interview med Lene)

Udviklingsramt – vi har ikke tid til vores egne projekter

Sygehusene i Frederiksborg Amt har de senere år gennemført en række udviklingsprojekter, som sygeplejerskerne ikke altid oplever, har ført til forbedringer af kvaliteten i arbejdet og ydelsen på afsnittene. Sygeplejerskerne er generelt positivt indstillede til at deltage i udviklingsprojekter, men de savner at blive hørt inden projekterne sættes i værk, da det ofte er op til dem at sikre, at projekterne rent faktisk kan realiseres. Ofte oplever de, at projekterne forøger deres administrative arbejde og derfor på ingen måde letter dem i deres arbejde. Et aktuelt eksempel er indførelsen af et nyt madbestillingssystem, som har til hensigt at lette den daglige arbejdsgang og gøre patienternes madvalg mere fleksibelt. De menige sygeplejersker vi har talt med oplever ikke, at de har været taget med på råd. Det betyder at brugervenligheden i forhold til bestillingen er meget ringe. Der har desuden været meget store indkøringsvanskeligheder, som har betydet, at sygeplejerskernes arbejdsbyrde er blevet væsentligt forøget, idet det blev deres ansvar at sørge for, at patienterne

fik den mad, som systemet ikke var i stand til at sikre dem grundet en række tekniske indkøringsproblemer.

Ligeledes oplever mange sygeplejersker at omfanget af udefrabestemte udviklingsprojekter er så stort, at der ikke bliver tid til at arbejde med de temaer, som de selv finder vedkommende. Mange udviklingsprojekter igangsættes på initiativ af politikerne, hospitalsledelsen eller lign. På de fire afsnit fortæller både afdelingssygeplejersker og menige, at der ikke er meget overskud til udviklingsprojekter. Man inviterer sygeplejersker ind i udvalg og diskussioner af kvaliteten, forbedring af arbejdsgange m.m. men uden at give lønmæssig kompensation. Det bliver fritidsarbejde, som samtidig ofte ikke fører til de store resultater.

*" der er mange ting udviklingsmæssigt der går i stå på grund af økonomi… Ikke så meget med kroner og øre, men der bliver brugt så meget tid på økonomiske problematikker.." (*fra livshistorisk interview med Kirsten*)*

Hovedindtrykket er, at udviklingsprojekter skal kunne finde plads i det daglige arbejde og at mange sygeplejersker kun i ringe grad har mulighed for at prioritere at bruge fritiden på at lave udviklings- og forskningsarbejde. Derfor har mange oplevelsen af, at de udefra bestemte projekter beslaglægger al ledig kapacitet på afdelingerne uden at føre til forandringer på områder, som sygeplejerskerne oplever som centrale. I travle perioder bliver der ikke tid til det udviklingsarbejde, som de selv initierer på afdelingerne, selvom de synes det er spændende. Et eksempel er akkrediteringen, som sætter fokus på at dokumentere eksisterende procedurer uden at der er afsat tilstrækkelige ressourcer til at forandre de forhold, som afdækkes som uhensigtsmæssige. Det underbygger fornemmelsen af, at udviklingen kommer udefra, og at man ikke selv kan præge det der omgiver en.

Erfarne sygeplejersker oplever at mange af de forandringer, som de udsættes for er unødvendige og i værste fald blot giver meget ekstra arbejde og besvær. De nævner specialer, som flyttes fra et sygehus til et andet for få år efter at blive flyttet tilbage eller opdelt på nye måder. De efterlyser mere stabilitet og bedre muligheder for at blive gode til noget, før der sker omstruktureringer.

Dette er nogle af de væsentligste årsager til, at mange sygeplejersker bliver udviklingstrætte og mistroiske overfor strømmen af udviklingsprojekter. Det betyder tillige at der er et begrænset overskud til at involvere sig i fremadrettede udviklingsprojekter som f.eks. den elektronisk patientjournal. Det er interessant at bemærke, at kun ganske få af de interviewede sygeplejersker kommenterer arbejdet med den elektroniske patientjournal selvom det får betydning for arbejdet - og for arbejdsdelingen mellem faggrupperne. Problemstillingen opleves tilsyneladende ikke nærværende og tillægges ikke særlig stor betydning.

Nogle af de mandlige interviewpersoner, som har deltaget i udviklingsarbejdet med den elektroniske patientjournal i amtet, har dog en anden opfattelse. De mener at den vil betyde radikale ændringer i den måde arbejdet kommer til at foregå på og arbejdsdelingen mellem faggrupperne. I dag bruger sygeplejerskerne meget tid på administrativt papirarbejde, som den elektroniske patientjournal vil overflødiggøre store dele af. Det gælder f.eks. opgørelserne over medicin samt telefoniske bestillinger af undersøgelsestider til patienterne. Det falder i virkeligheden godt i tråd med, at sygeplejerskerne sukker over, at de bruger for megen tid på kontoret væk fra patienterne. Spørgsmålet er blot, om det automa-

tisk vil give sygeplejerskerne mere tid til patienterne. Et andet synspunkt lyder, at det f.eks. med lige stor ret kan være laboratoriepersonalet, som foretager de mange analyser der også kommer til at stå for udformningen af medicinplanerne. I forlængelse heraf nævner de, at den elektroniske patientjournal kan være med til at opveje manglen på sygeplejersker.

Hvis den elektroniske patientjournal skal blive et redskab til at forbedre arbejdet og arbejdsgangene for sygeplejerskerne er det centralt at de involverer sig allerede i udviklingsprocessen. Derfor bør temaet være en central del af de faglige diskussioner også blandt menige sygeplejersker.

Nedskæringer i omsorgen: Man skal da have tid til at snakke med patienter og pårørende - eller skal man?

Sideløbende med omstruktureringerne er der de senere år gennemført nedskæringer på sygehusvæsenet med jævnlig overbelægning, travlhed og ansættelsesstop. Sygeplejerskerne oplever generelt at det er vanskeligt at udføre en pleje og omsorg for patienterne som lever op til deres faglige normer. En sygeplejerske beskriver det således i et gruppeinterview:

”*Man skal kunne klare at komme på arbejde og se, at der står fire ekstra senge på gangen. Nogle har mest lyst til at vende om og gå hjem, når de ser det.”*

Belastningerne stiger i tider med sygdom, ferie og evt. personalemangel på grund af ansættelsesstop. Tilsyneladende utilsigtede virkninger af omstruktureringer og nedskæringer er ofte for det fagligt kvalificerede personale forudsigelige, men da de ikke inddrages eller høres i beslutningsprocesserne indgår det oftest ikke i de besluttendes overvejelser. Eller man kan måske foreslå kynisk at det sker mod bedre vidende. En sygeplejerske fortæller en meget aktuel historie om hvordan ansættelsesstop i kombination med lægemangel, sygeplejerskemangel og skrabet normering er baggrund for en ændring i arbejdsdelingen i afsnittet. Det får vidtrækkende kollegiale såvel som faglige konsekvenser:

” det der rent konkret er sket på mit afsnit, det er at vi fik pludselig at vide, at nu var det kun sygeplejerskerne der måtte gå stuegang, og vi har ellers prøvet at gøre det sådan at assistenterne også gjorde det, vi er ikke så mange sygeplejersker… Og det synes vi har kørt fint, men så er der åbenbart problemer med lægedækning.. og så har man bestemt, at derfor skal det være erfarne sygeplejersker, der går stuegang, så de kan lære lægen hvordan man skal gøre.. jeg syntes det lød helt forkert… det er jo ikke for at stuegangen bliver sat op på en piedestal, fordi der er assistenter og det er bare det de vil, men det er bare dråben, ikke? Der er sket så meget, og altså det nu, det er bare dråben, at det jo er en ældgammel plejeform vi lige pludselig vender tilbage til, som hedder rundepleje ikke? Og som er yt alle steder altså.. og folk ville skrige af grin, hvis de hørte det ikke? Og det er også et ubehag, en ubehagelig plejeform, og den er meget, den giver mange fejl altså.. så skal de hele tiden rende til mig og så spørge: han har i øvrigt også ondt i tåen altså, det er lidt nemmere at opdage det selv, altså..” (fra livshistorisk interview med Camilla)

Årtiers arbejde for at udvikle plejeformer der giver kontinuitet i plejen og fokuserer på den enkelte patient, samtidig med at det udvikler sygeplejerskens faglige selvstændighed, rulles hermed tilbage på grund af en administrativ og økonomisk konsekvens af nogle helt andre problemstillinger. Camilla føler sig flov over den plejeform de er gået over til, og skal som den der dagligt udfører den forsvare den overfor patienter og social- og sundhedsassistenter som er hendes kolleger. Hun mere end antyder at det er pinligt, og gør hende irriteret i forhold til kollegerne som pludselig tvinges til at være mindre selvstændige end de var før.

Flere beskriver hvordan grundlæggende aktiviteter som daglige bade, mobilisering og samtale med patienterne forsømmes. Det er personligt belastende hele tiden at skulle vurdere, hvad der er den gode nok omsorg. Det håndteres individuelt - opleves som en individuel utilstrækkelighed og frustration – ikke som fælles betingelser, der skal håndteres kollektivt.

"jeg synes at jeg som menneske har svært ved at komme igennem.. dagen sådan rent moralsk… jeg var egentlig lidt, jeg synes godt nok jeg brugte mig selv meget, når jeg var på arbejde, og jeg synes det var hårdt, og jeg synes ikke vi gjorde det godt nok, og jeg tror også det er fordi.. at.. jamen, når jeg er der, så bruger jeg enormt meget tid ude hos mine patienter.. jeg er meget omsorgsfuld vil jeg i hvert fald sige, altså om mig selv, ikke.." (fra livshistorisk interview med Annette)

Annette beskriver det som en daglig moralsk konflikt, imellem opgaver og vilkår, og hendes faglige tolkninger af patienternes behov- og hun bringer det hjem til sig selv. "Jeg tror også det er fordi jeg bruger enormt meget tid". Hun føler det er nødvendigt at bruge den tid, men tager ansvar for frustrationen hun føler- det er nok for godt det hun gør. Dette er et uløseligt problem for den professionelle som har indarbejdet en forståelse og praktisk sans for hvad den rigtige pleje er, og denne bekræftes også og næres af teori og uddannelse. Men i praksis opleves det som individuel svaghed at efterleve det. Et kollektivt fagligt paradoks formuleres her som et individuelt personligt moralsk dilemma, som har double bind karakter. Hvis Annette bruger den tid hun føler rigtigt lever hun ikke op til arbejdskravene, men gør hun det ikke lever hun ikke op til sin egen samvittighed, som på den anden side næres af den offentlige debat. Annette bærer nemlig også rundt på den smertelige erfaring, at dette er et langt større samfundsmæssigt problem, og at den sociale kontrakt, eller tilliden i det offentlige rum imellem borgerne og de professionelle i sundhedsvæsenet er tyndslidt:

" Jeg vil da synes.. at det vi går rundt og gør, er ret vigtigt, og jeg kan egentlig ikke forstå, hvorfor man ikke tager højde for at der bliver flere og flere ældre, og vi bliver færre og færre sygeplejersker, og der sker ikke andet end vi får mindre tid til det vi gør, altså. Det er da enormt pinligt at læse i avisen, at der kan gå dage hvor patienterne ikke ser deres sygeplejerske.. jeg vil ikke krumme tæer over vores fag på den måde.. jeg er da glad for at sige jeg er sygeplejerske, men det er da ikke noget, jeg er så stolt over mere som jeg har været.." (fra livshistorisk interview med Annette*)*

Behovet for daglige prioriteringer, relateret til eksempelvis de ændrede faktorer Annette her nævner: ældre og dermed tungere patientklientel og ringere sygeplejenormering, stiller

nye krav til de ledende sygeplejersker. Der er behov for at ledere hjælper medarbejderne med at lave den prioritering som betyder, at man kan opfylde de kollektivt accepterede faglige krav, som man stiller til arbejdet, men samtidig heller ikke slides ned.

Nedskæringerne spiller sammen med moderniseringen om at flytte fokus fra behandling til administration. Decentralisering af ledelsesfunktioner, selvstændig opgaveløsning fra medarbejdernes side, og flere krav til dokumentation er grundlaget for sygehusets virksomhed i dag. Det var tiltænkt at skulle give en højere effektivitet, men har også lagt mange nye opgaver over til plejepersonalet. Når man samtidig går ind og økonomiserer udfra politiske og økonomiske konjunkturer udenfor sygehuset, og ikke fordi der er opsparet ekstra ressourcer i sygehusafsnittene, som kan anvendes på nye måder, så træder de kvalitetsmæssige og kvalifikationsmæssige hensyn i baggrunden.

Flere sygeplejersker fortæller, at der lægges megen vægt på deres kompetencer, specialer og erfaringer ved ansættelsessamtalen, og at dette er grundlaget for afsnittenes bemanding. Men i alle administrative og økonomiske struktur og nedskæringsplaner reduceres sygeplejersker til en gennemsnits arbejdskraft, som er umiddelbart erstatbar. Man forestiller sig at sygeplejersker i specialafdelinger kan overflyttes til andre afdelinger, udføre andre opgaver, og at de samme kompetencer vil være der ved opnormering, genåbning m.m. På trods af sygeplejerskemangel.

Et eksempel på tidsrøvende aktiviteter er, at sygeplejerskerne fra et afsnit, der er forpligtet til at have et akutberedskab, fortæller, at de hver dag bruger lang tid på at viderevisitere de patienter, som skal flyttes for at sikre ledige senge, hvis der kommer akutte indlæggelser. Sygeplejerskerne fra hospitalets øvrige afsnit afviser ofte patienterne på grund af overbelægning. Så må sygeplejerskerne kontakte deres overlæge, som skal kontakte de andre afsnits overlæger som så giver sygeplejerskerne dér besked på, at de skal tage patienterne, selvom de ikke har ledig kapacitet. Det er ikke fagligt eller økonomisk begrundet, at det er sygeplejerskerne, som har til opgave at løse et problem, som de i sidste ende ikke har den fornødne kapacitet til at løse. For patienterne er sygeplejerskerne repræsentanter for sundhedssystemet og derfor går alle former for utilfredshed, også de der skyldes nedskæringer eller udliciteringer, ofte ud over sygeplejerskerne.

Mellem faglig autoritet og personlig afmagt
Pernille:" jeg har det altid dårligt når jeg ved at jeg efterlader mennesker, som jeg er sygeplejerske for, i mit kølvand, som faktisk ikke får det ,de havde krav på og behov for, men at jeg løber efter hvad politikerne har bestemt"

Pernille er i begyndelsen af 50érne, og en meget erfaren sygeplejerske i sit speciale. Hun har arbejdet både i primær og sekundær sektor, arbejdet i udlandet, og i flere forskellige specialer. Hun bor alene i dag, har en kæreste, og få venner. Hun har nogle udendørs interesser som hun dyrker i perioder, når hun synes der er tid til det for sit arbejde. Arbejdet kommer først, selvom Pernille virker umiddelbart når man møder hende, som om hun godt kunne tænke sig at det ikke fyldte så meget. Arbejdet har altid fyldt meget i hendes liv, og er blevet til meget mere end et arbejde, snarere et kald eller livsværk. Samtidig er Pernille dog ikke slet og ret "sygeplejerske af den gamle skole", selvom hun betegner sig selv som "klassisk". Hun er fagligt udviklingsorienteret og med til at skubbe sygeplejepraksis i afdelingen fremad.

Pernilles fortælling indeholder mange historier fra klinikken, der detaljeret beskriver hendes arbejde, og vidner om stor klinisk erfaring, grundighed indtil det pedantiske og en kærlighed til faget og patienter. Livet med patienterne er et helt liv for Pernille. Men den anden halvdel af Pernilles fortælling er en række lange historier om et vanskeligt personligt liv udenfor arbejdet, og et personligt udviklingsforløb, som egentlig fylder mindst lige så meget, men ikke rigtig har fået lov til at fylde så meget. I begge disse sider af livet optræder der udefrakommende kaotiske forhold, og Pernilles indsats for at mestre og styre dette. At få livet til at hænge sammen som et fuldt arbejdsliv og et fuldt personligt liv er et projekt Pernille forsøger stædigt at holde fast i, uden at renoncere på kravene.

At blive klinisk ekspert igennem hårdt arbejde
Imidlertid startede Pernilles forløb i sygeplejen et helt andet sted end med faglig stolthed og kaldsbevidsthed:

"Jeg valgte sygeplejen, fordi det var det at man kunne tjene penge.. altså man kunne overleve selv mens man fik en uddannelse. Og jeg havde ikke forestillet mig, at jeg ville blive så glad for det, eller at det ville fylde så meget af min tilværelse, fordi ind imellem har jeg jo så været gal på det, fordi det næsten tog hele mit liv…"

Pernilles indgang til faget er ganske typisk for hendes generation, selvom det ikke altid har været den dominerende fortælling om indgangen til faget. Det var væsentligt at sygeplejen allerede under uddannelsen gav løn, og gjorde det muligt for unge kvinder at selvstændiggøre sig fra deres familier, flytte hjemmefra m.m. Det var også væsentligt at udsigten til beskæftigelse var sikker. Socialt var det vigtigt at Pernille tidligt kom til at klare sig selv, fordi familien levede i små kår. Faderen var ufaglært og moderen fik først sent en kortere uddannelse. Pernille klarede sig kun nogenlunde i skolen, og trivedes ikke så godt derhjemme

"jeg havde ikke nogen store sejre i skolen eller sådan noget.. men da jeg begyndte på sygeplejen, der oplevede jeg, at her var noget, som jeg kunne mærke, det var rigtig spændende. Det var virkelig noget jeg gerne ville.. dybest set eller overordnet set er jeg mest en praktisk sygeplejerske, jeg er ikke en teoretisk sygeplejerske, men altså jeg synes at alt

det der blev budt på i min uddannelse var virkelig spændende, og jeg var indstillet på at gøre det bedst muligt.. jeg kunne ikke drømme om at komme uoplagt på mit arbejde.. jeg sov det rigtige antal timer, altså.. den slags ting skulle være i orden. Jeg skulle møde frisk og veludhvilet og jeg sku´ ha læst og skrevet de ting, som det var meningen jeg sku´ha´læst og skrevet, ikke."

Sygeplejen appellerede til Pernille som et praktisk fag, og hun formåede via sit engagement at få den lyst til at læse, som hun ikke havde haft i gymnasiet.
Pernille var autoritetstro og pligtopfyldende, med en høj arbejdsmoral. I lang tid som elev følte Pernille hun blev hvirvlet rundt fra afdeling til afdeling, uden selv at tage stilling til det der skete, og det er tydeligt at elevtiden heller ikke lærte hende meget om selv at tage stilling:

" vi kørte bare fuld skrue og var satellitter rundt i systemet, ikke. Og det synes jeg jo egentlig er.. næsten umenneskeligt, ikke.. men jeg kunne jo mærke, da jeg blev færdig, der tænkte jeg: gud, hvor er det nu, jeg skal drøne hen? Og hvad er det egentlig jeg skal gøre ved mig selv?"

Elevuddannelsen var på det tidspunkt en mesterlære, samt egentligt arbejde på linie med de færdiguddannede, hvor eleverne fik stort ansvar. Det foregik dengang overvejende uden forventning til elevens refleksive evner og evner til at stille sig kritisk til faget, i modsætning til i dag. Pernille var en sygeplejestuderende som passede ind i tidens krav, og først i dag kan hun retrospektivt se, at det ikke kun var godt for hende. Hun fortæller at da hun blev færdig var hun dygtig, men på den anden side var hun ikke forberedt på at fungere selvstændigt. Hun kom imidlertid ud i en række specialer som optog hende og selvtilliden i faget voksede, så langt at hun begyndte at blive opfordret til at søge flere nye stillinger, og på et tidspunkt af sine ledere blev skubbet ud i at påtage sig en række vejledningsopgaver og arbejde med sygeplejestuderende. Teorien i specialet og sygeplejen har også i de senere år optaget hende mere og mere, selvom hun mener hun grundlæggende er en "praktisk sygeplejerske":

"det der skete, det var at jeg blev genopvakt på mine sygeplejeting, fordi jeg nu fik lejlighed til at snakke sygepleje på en helt anden måde og det var bare så fedt, og jeg begyndte så igen, for egen regning at gå på kurser i sygeplejeteori"

Efterhånden er hun blevet en ambitiøs udviklings og læringsorienteret sygeplejerske, som skubber på for at få mere refleksion over praksis, langt mere end flere af hendes yngre kolleger. Hun har arbejdet for indførelse af sygeplejefaglig vejledning i flere afdelinger. Hendes store interesse for sygeplejen får hun imidlertid ikke tilfredsstillet, da der er så lidt tid til at mødes i arbejdstiden, og lønarbejderbevidstheden fører til at de fleste ikke vil møde op i deres fritid - og så kan der ikke ske noget:

"jeg er sådan, jeg vil gerne komme i min fritid, hvis det er sådan at jeg kan få lejlighed til at diskutere sygepleje og videreudvikling og sådan noget, også selvom andre i afdelingen vil sige: jamen, det er sørme ikke noget man bruger sin fritid til, det skal man ha løn for. Jamen jeg siger: jamen, det er interessant for mig, og det synes jeg godt jeg vil bruge min fritid på. Ligeså meget som at gå til gymnastik eller noget andet, jeg synes ville være sjovt, ikke. Så synes jeg lige præcis også det her er sjovt, og der er så meget indenfor sygeple-

jen man kunne lære… og pludselig opdager man, at, hey, her ved jeg lige, der er et værktøj jeg kan bruge til noget, ikke."

Autoritet kontra forhandling

Pernille oplever sig som en autoritet i faget på to måder. Dels beskriver hun, at hun har en form for bred "inside" viden på det kliniske plan, indhøstet igennem at være meget sammen med patienter, ikke så meget nu. Men "før":

" men dengang havde jeg så mange andre ting, som jeg så skulle gøre ved patienterne… som gjorde, at jeg lærte det at omgås patienterne, lærte det at huske de små ting eller se, at sådan ser et menneske ud, som egentlig godt vil be´om et bækken, eller som egentlig godt vil be´om et glas vand, men bare ikke vil forstyrre dig, eller hvad det nu er.. at kunne se det ud af øjenkrogen og fornemme: ja, jeg synes nogle gange jeg kan mærke deres tissetrang eller sådan har jeg det bare ikke, uden de behøver at sige det, men det er utrolig svært at lære andre det.."

Pernille kan mærke patienternes behov, og tolke deres mindste bevægelser, foruden at hun kan stort set alle de procedurer og forholdsregler der kan være påkrævet og derfor ikke er urolig for de faglige procedurer:

"jeg føler mig utrolig selvsikker når jeg går rundt og gør de hersens ting, ikke. Og vel vidende hvad det er, jeg skal gøre og i hvilken rækkefølge, så længe jeg selv er med patienten.."

Hun holder antennerne ude for alle de menneskelige tegn og reaktioner, og oplever derved at hun overfor mange yngre kolleger og studerende er den der kan tolke for dem. Pernille oplever sig også som en autoritet på den måde, at hun indtager en myndighed rent fagligt overfor patienterne og i sin relation til patienterne:

" jeg er nok sådan, at så gør vi sådan og så gør vi sådan.. nok på en forholdsvis autoritetsagtig måde i forhold til hvordan unge sygeplejersker gør det. De er mere på diskussion og forhandling eller de skal be´s om at gøre en ting.. der siger jeg: det har de naturligvis brug for at få hjælp til , så det gør jeg uden at de spørger om det, og jeg kan lige så godt gøre det med det samme, fordi det skal gøres på et eller andet tidspunkt, så derfor gør jeg det nu"

Men her formulerer Pernille sig klart op imod "den moderne " måde at arbejde med patienterne, hvor man forhandler med patienterne:

" men det er blevet misforstået på en eller anden måde, set med min vinkel, ikke. Det er en misforstået hensyntagen til, hvad patienten selv vil, fordi patienten ikke kan tage stilling på et oplyst grundlag, ikke, og faktisk så er min næste bekymring om de sygeplejersker egentlig er oplyste nok om, hvad det kan medføre for den her patient.."

Her oplever hun sygeplejen i en brydningstid, hvor de unge sygeplejersker vil forhandle med patienterne om forløbet. Hun fortæller tre forskellige historier om de uheldige konsekvenser en forhandling med patienterne har kunnet afføde. I det ene tilfælde var hun selv patient, i de to andre var hun den der overtog en patient. Det der optager Pernille er her, dels at hun ikke føler sig i stand til at formidle til de unge, hvordan man opnår den nødvendige kliniske sikkerhed, som gør at man med lethed kan optræde som en legitim autoritet. Hun føler egentlig at de unge nok dækker sig ind under at de mener man skal forhand-

le med patienterne, men at det delvist bunder i deres usikkerhed overfor at hævde en faglig sikkerhed. Dels er Pernille optaget af en tvivl overfor hvad de unge egentlig kan i dag. Hun kan ikke helt gennemskue den kundskab de har, og oplever i flere konkrete tilfælde at hun ikke selv vurderer at de har den nødvendige kundskab.
Pernille opfatter her at autoritet er en væsentlig del af hendes professionalisme og den faglige forudsætning for at hun kan hjælpe dem der trænger til hjælp. Hun fortæller detaljeret om forskellige patientforløb og hvordan hun tacklede dem, uden at forvente at patienterne skulle kunne give udtryk for krav til den faglige indsats, men bagefter er taknemmelige. Dette er en klassisk problemstilling, om autoritet som grundlaget for professionalisme hos professionelle hjælpere (som beskrevet af adskillige teorier om omsorg og socialt arbejde)kontra virkeliggørelsen af demokratiseringen af det offentlige, hvor borgerne selv skal kunne udøve myndighed. Igennem Pernilles eksempel her kan man se, at det er vanskeligt at føre faglig dialog herom. Pernille forundres og kritiserer "forhandlingssygeplejen", og på den anden side har vi interviewet andre som har kritiseret Pernilles form for sygepleje.

Den individuelle afmagt
Pernille vil gerne dele af sine erfaringer, og har fået en særlig faglig identitet som vejledende og vidende sygeplejerske, især på det kliniske område. Den form for viden Pernille har, føler hun imidlertid ofte skaber skel imellem hende og andre. Hun beskriver sig selv i en verden sammen med patienterne, hvor hun både ikke kan nås af andre, der kunne forstyrre hendes arbejde, og dels er det uklart om hun vil nås:

"På en eller anden måde så har jeg det altid godt, når jeg er inde hos patienter og er i gang med et eller andet med en patient. Det er såmænd.. det sted, hvor… så glemmer jeg alt hvad jeg så i øvrigt har af problemer…. .jeg synes jeg er hellig inde hos patienterne, men ikke udenfor, fordi det er ikke sådan man.. de andre går og gør. Det er sådan jeg går og gør, ikke… for ind imellem når jeg overtager de andres patienter, så tænker jeg: hvad har de overhovedet foretaget sig her? Altså.. andet end at føre patienten ind på et rum og skrive.. men jeg kan godt se ind imellem, at jeg gør nok.. mere på en eller anden måde. Der er en anden opskrift, ikke."

Pernille oplever skel og forskelle i sygeplejen, og er selv medskabende af disse, hvilket viser sig i interviewbidden som modsætningen "indenfor" hos patienten og "udenfor", samt modsætningen "man" og "jeg", og "jeg" og "de" omkring konkrete handlinger, og endelig når hun frem til at der nok er en forskellig formel, man arbejder udfra. Det problematiske er ikke at der nok er forskellige formler i sygeplejen, men at den enkelte kan opleve sig alene i sin "formel", og at dialogen om formlerne ikke ser ud til at blive ført åbent her. Alvoren i Pernilles følelse af forskellighed og ensomhed i plejearbejdet ligger i at Pernille har følt sig dybt belastet af arbejdet og arbejdsforholdene i en længere periode. I Pernilles beretning er der en forbindelse imellem hendes oplevelse af at være overladt til patienterne, sine erfaringer og "sin formel" - og hendes store engagement. Pernille har igennem en længere årrække oplevet at alt det hun ikke magtede, var hendes egen skyld:

"jeg har det altid dårligt, hvis jeg ved jeg efterlader mennesker i mit kølvand, som jeg er sygeplejerske for. Som regel får de ikke det, som jeg synes de havde krav og behov for, men at jeg løber efter hvad politikerne har bestemt, eller at der er nogen der tror at jeg kan

nå alt mellem himmel og jord, og jeg ved at hvis jeg ikke når den sidste, hvor de har siddet og ventet på mig hele dagen, så har jeg ødelagt deres dag, men jeg ved heller ikke, hvad søren skal jeg gøre, altså.. det synes jeg er dybt.. frustrerende. Det går mig personligt på. Så der ryger.. forsøge at løbe, og jeg kan huske hjemmeplejen, jeg fik jo aldrig nogen frokost, det.. og ellers var det løb i 8 timer. Og ha sved på panden og direkte fysisk stress hele tiden og løbe af sted.."

Pernille har været igennem en udbrændtheds fase, som hun er ved at komme ud af nu:

"Det var kulminationen på mit arbejde, det føler jeg mig fuldstændig overbevist om. Afsnittet har været ekstremt presset, og det er hele tiden sådan hårdere og hårdere pres på. Pludselig skulle vi tage alle xx patienter fra yy sygehus, og vi fik ikke flere senge, vi fik heller ikke mere personale…"

En dag får Pernille i forbindelse med endnu nogle ekstra krav som stilles til hende et fysisk sammenbrud:

"det var fuldstændig ligesom det hele, ligesom et hus faldt sammen inde i mig, altså, det gjorde sådan.. fysisk ondt og der bare lå sådan en smeltet klat.."

Det særlige ved Pernilles historie er det stærke engagement, i kombination med manglende grænser overfor arbejdets krav, og stigende krav i arbejdslivet, som ikke kan indfris. Pernille er i modsætning til flere af hendes kolleger ikke den der renoncerer på de faglige kvalitetskrav, og kan ikke afbalancere arbejdets doublebind situationer, som derfor fysisk "æder" hende, og hun nærmest brændes op af sin egen indre ild. Det særlige i livshistorien gør os også opmærksomme på generelle træk ved arbejdet og måden at håndtere dets krav, fordi det blot for Pernille er lidt vigtigere at hente positiv identitet i arbejdet.

Pernille har været meget stille med sin situation, hvilket oplagt ligger i forlængelse af hendes måde at tackle problemerne på tidligere i forløbet, hvilket var medvirkende til hendes sammenbrud. Men dog kæmper hun for en kollektivisering af problemet:

"jeg tænker meget på Dansk Sygeplejeråd i det hersens, fordi jeg, måske godt kunne.. at jeg føler det er en arbejdsskade, jeg har haft. Jeg har faktisk meldt det som en arbejdsskade. Men jeg føler altså at alle har sagt, at det ikke er en arbejdsskade, fordi der var så mange andre ting. Og derfor er der ingen der anerkender det… jeg vil nok ha´smadder svært ved offentligt at sige at det var mit arbejde, men det synes jeg det er.. men det er selvfølgelig også fordi jeg er den person jeg er og har den personlighed…"

Pernille er en specifik person med særlige problemer, men situationen hun er havnet i er udløst af belastninger i arbejdet. Samtidig har vi her forsøgt at foreslå hvordan Pernilles håndtering af arbejdet hænger sammen både med arbejdet og en helt legitim strategi, *som arbejdets rammer lægger op til.* Den fagpolitiske udfordring ligger derfor i at kunne håndtere Pernilles case som en fagpolitisk udfordring, og skabe anerkendelse for arbejdets ansvar og åbenhed om problemerne. Pernilles afmagtsfølelse var jo ikke et isoleret tilfælde, som vi i øvrigt i rapporten har giver eksempler på.

5.”Vi kan se det, men kan ikke se igennem det”

Mange af de forandringer, som sygeplejerskerne beretter om opleves som isolerede og adskilte. De ser dem ikke i en sammenhæng og derfor oplever de dem ikke som del af en fælles tendens og bagvedliggende langsigtede politikker. Det kommer til at se ud som den enkelte leders eller politikers værk.

”*Vi kan se det men kan ikke se igennem det”*; som en sygeplejerske formulerer det på et af de afholdte seminarer.

Der er imidlertid nogle mønstre i sygeplejerskernes forståelser af forandringer i sundhedsvæsenet, som relaterer sig til den måde de i forvejen ser på sig selv i arbejdet. En fælles delt opfattelse for næsten alle deltagere i undersøgelsen er, at forholdene opleves så presset, at det er svært at forstå at der skulle være mere at ”tage af”. Den enkelte føler sig inddraget i at bruge billigere medicin, spare på energien og arbejde hurtigere, men i forhold til de besparelser der til stadighed tales om politisk virker det som pebernødder og omsonst for den enkelte. De store tal skaber afmagt, og angst for at det går udover én selv:

”..folk er mættede nu, fordi de tal, der bliver slynget ud, det er så store tal, man skal spare og så siger folk, ja hvad så? Og de vil gerne have, at personalet går ind i de her forskellige besparelser, at vi skal komme med forslag. Og der synes jeg efterhånden det er meget svært, at skulle give nogle forslag, det er jo nærmest ligesom, at save den gren over man selv sidder på..” (fra livshistorisk interview med Kirsten*)*

Denne kommentar fra en erfaren sygeplejerske skal ses på baggrund af næsten 20 år med nedskæringer og omstruktureringer i amtet, hvor personalet netop i mange tilfælde har samarbejdet med ledelsen om nedskæringerne, men oplevet ikke at kunne undgå forringelser for personalet. Kommentaren fortæller også noget om ledelse og synet på ledelse. Sygeplejerskerne føler sig svigtede af lederne,når de skal deltage konstruktivt i processer som gentagne gange rammer dem selv efterfølgende negativt. Mange af de krav lederne stiller til personalet kan forstås som uddelegering af ansvar og inddragelse, men rejser også spørgsmål til hvad ledelsens opgaver og ansvar bør være.
Det er en fælles opfattelse blandt de interviewede at de gerne vil være med til at diskutere økonomiske prioriteringer, om end det er uklart hvem man mener, skal tage ansvaret.

*”Jeg kan da godt se at vi skal spare nogle penge, men jeg synes bare det bliver brugt forkert.. …. sådan rent, ned på mit sygeplejevinkel, der kan jeg ikke se, hvor jeg kan spare. At jeg går og slukker lyset.. altså det er sådan lidt, puhh..” (*fra livshistorisk interview med Annette)

Den måde sygeplejerskerne modtager de sundhedspolitiske budskaber bærer således ikke præg af en tiltro til at patientbehandlingen nødvendigvis bliver bedre. Der er således en tillidskløft at spore. Alle omtaler i interviewene frygten for at hver gang der skal spares rykker udsigten til mere i løn endnu længere væk.

Reaktionen på forandringerne som politiske budskaber bærer også præg af sygeplejerskernes nærmest sanselige oplevelse af at befinde sig i en grådig organisation.
" *På mange måder har jeg altid følt sygeplejen som et kald, men samtidig synes jeg, at det kan ikke være rigtigt, fordi.. det spiste mig i stedet for at gøre mig lykkelig.." (*fra livshistorisk interview med Pernille)

Forandringer i en organisation vil altid blive modtaget i overensstemmelse med hvordan dens medlemmer i forvejen har det i organisationen. Den lave anerkendelse og de store krav vi har talt om ovenfor præger den måde sygeplejersker hver eneste gang vil tage imod en forandring.

"Engagementet bliver svært fordi man hele tiden skal lave om, hele tiden spare og der er ikke noget.. man får ligesom ikke lov til at søsætte nogle ideer og få en succes ud af det, før der skal pilles ved det, og det synes jeg næsten er noget af det største.. grundlæggende så tror jeg at jeg opfatter det sådan at, nej det gør de bare ikke igen, de er simpelthen ikke rigtig kloge. Hvis man ser på at de tager en procent sidste år og to procent i år, plus seks og tre, jamen hvad har de tænkt sig.. de bliver ved med at smide alt muligt op, så lukker det ene, så lukker det andet, så flytter det tredje, så bliver det til en brik, og så har vi hørt på det så længe og hvornår skal vi tage det alvorligt, hvornår skal vi ikke …" (fra livshistorisk interview med Kirsten)

Kirsten beskriver de mange efter hinanden følgende omstruktureringer og nedskæringer som et vilkår der delvist skaber afmagt overfor et vanvittigt tog der kører, som man ikke kan stoppe. Togførernes magt overfor passagernes afmagt er på den anden side så overvældende alene på grund af farten, at det forståelsesmæssigt må forsøges diminueret, for at kunne indgå som en del af hverdagen. "De er nok skøre", de ved ikke hvad de selv gør, og man må le i stedet for at græde. Eller på den anden side: så betyder det hele måske ikke så meget, de råber "ulven kommer" og måske sker der slet ingenting. Denne reelle tvivl: sker der egentlig så meget eller bliver alt ved det samme, var en hyppigt forekommende opfattelse. Men Kirsten antyder også den tilsløringseffekt der ligger i de mange hyppige nedskæringer og omstruktureringer," hvornår skal vi tage det alvorligt, og hvornår ikke" som vanskeliggør en faglig strategi.

En anden opfattelse er en mere politisk, af at dette hænger sammen med nogle større samfundsmæssige forandringer. Det afføder et alment ubehag og oplevelsen af erosion af grundlæggende værdier, såsom velfærd. Det er imidlertid svært at forstå og skabe sig indsigt i hvad der sker:

*"Jeg ville meget meget gerne hvis jeg kunne finde et eller andet område hvor de så kunne gå ind og spare i stedet for. . Jeg føler at det hele bare er ved at krakelere, både på landsplan og amtsplan og kommunalplan. Vi har jo de samme problemer i kommunen ikke?.. og jeg kan ikke sådan hitte rede i hvad det er der er ved at ske, for jeg synes jo bestemt ikke vores sociale velfærd er blevet bedre.." (*fra livshistorisk interview med Camilla*)*

En sidste opfattelse vi har mødt i undersøgelsen, er opfattelsen af at der er noget der ikke er effektivt, men det er noget helt andet end det de besluttende har fokuseret på:

*”Jeg synes ikke det offentlige sygehusvæsen er effektivt i dag, jeg synes der er alt for lidt produktivitet i det. Det kan egentlig nogle gange ryste mig lidt, og egentlig er jeg træt af det offentlige sundhedsvæsen.. nu snakker man meget om i Frederiksborg Amt at man skal spare, og så er der så noget med, hvad skal vi så lukke og hvem skal det gå udover. Men nogle gange så tænker jeg at hvis bare alle var effektive så tror jeg slet ikke der var problemer. Fordi jeg synes at sygeplejen har udviklet sig, og det har gjort mig negativ, man har akademiseret faget så utrolig meget, vi bruger enorme mængder af tid på at mødes i nogle grupper og snakke om ting som slet ikke.. som er oppe på et helt andet plan. Når vi ikke kan finde ud af at spørge om folk har haft afføring i fire dage…” (*fra livshistorisk interview med Margit*)*

Margit accepterer effektiviseringsbestræbelserne. Men for Margit er effektivitet et fagligt spørgsmål om hvad sygeplejen er og kan, om sygeplejens produktivitet, som reel nytte. Dette er et anderledes perspektiv nedefra og indefra den kliniske praksis, i forhold til produktivitetskriterierne: sengedage, flow, belægning, normering, diagnoserelateret patientklassifikation m.m. For Margit handler det om hvad sygeplejersken beskæftiger sig med indholdsmæssigt når hun er på arbejde. Der er naturligvis et forhold imellem hvad sygeplejersken faktisk beskæftiger sig med, og hvor længe patienter er om at blive klar til udskrivning f.eks. Men dette faglige forhold gøres ikke ofte til genstand for sygehusets effektiviseringsbestræbelser.

Margit retter sin kritik mod en udvikling i professionen henimod en stadig større grad af teoretisering og fjernelse fra de klinisk praktiske handlinger. Hun sætter det på spidsen ” når vi ikke kan finde ud af at spørge om folk har haft afføring i fire dage.. ”ved at pege på sygeplejens opgaver og ansvar i forhold til de syges kroppe, og stiller dermed indirekte det spørgsmål en norsk omsorgsforsker også har stillet ”Kan skiten akademiseres?” (Dahle 2002) Når det kommer til de grundlæggende kropslige processer med lort, mad, søvn og gråd er det den praktiske sans, erfaringen og ikke mindst *viljen* til at tage ansvar for de syges situation og handle på det, det kommer an på i sygeplejen. Dette står ikke i modsætning til teori- men Margit mener her at mere teori fører væk fra denne ”evne” hos sygeplejersker (hun bruger ordet ”kan”).

Det er tydeligt at der er mange forhold ved sundhedspolitikken, både lokalt institutionelt, på politisk plan, og mere samlet samfundsmæssigt som er svære at gennemskue. Sygeplejerskerne er imidlertid ret optagede af og orienterede mod at forsøge at begribe deres egen situation i sundhedsvæsenet. I modsætning til mange andre grupper af professionelle bærer de præg af at arbejde i et meget stærkt politisk reguleret felt. Imidlertid bærer interviewene også tegn på at der er forståelser og holdninger, som holdes ude af det offentlige rum, og ikke kendes af ledere, fagforening, kolleger eller samfundet bredere.

De har en række problemer med at tale og tænke om sygeplejen, fordi, som vi her har vist, de også kæmper med anerkendelsen: deres egen, kollegernes, ledelsens og samfundets. De er til tider flove over deres egen sygepleje, og afdelingens sygepleje. De forsøger til tider at bagatellisere problemer, eller udelukkende rette skylden mod sig selv. Eller de retter den udad mod deres kolleger, eller undlader i hvert fald at anerkende den gode praksis, når den viser sig i afdelingen.

Flere af de interviewede reflekterede over deres forhold og sundhedspolitikken på en måde, de ikke gjorde så klart til dagligt, fortalte de. Sygeplejerskerne har som alle andre mennesker en hverdagsbevidsthed, som hjælper dem til at skille tingene ad, og overleve en modsætningsfyldt hverdag. En bevidsthed som hjælper dem med at tilpasse sig til umulige arbejdsvilkår, når det brænder på. En hverdagsbevidsthed som indeholder rutiner, og hjælper til at skabe balance overfor de mange krav. Men når de interviewes hjemme i stuen, eller i haven, dukker der også andre tolkninger op, som ikke er nye eller ubevidste, men blot gemt lidt af vejen, medens arbejdet dagligt skal udføres.

6. Sygepleje i forandring – hvor går fagligheden hen?

Et fag – mange fagligheder
Interviewene peger på, at der er store forskelle på hvordan sygeplejerskerne oplever deres faglighed. Det kommer f.eks. til udtryk som forskellige vurderinger af, hvad der prioriteres i det daglige arbejde.

"*De gamle sygeplejersker lægger vægt på at kunne give et godt sengebad. Ikke at sidde og reflektere over det*", som én beskriver forskellen i et gruppeinterview.

Det kommer også til udtryk i forskellige opfattelser af kollegialt samarbejde. Opfattelsen af om det skal overlades til den enkelte selv at bede om hjælp (fordi man er i stand til at vurdere sine egne kompetencer), eller om det skal vurderes af de erfarne, hvem der skal have hjælp.

Vi har søgt at spore, hvor sygeplejearbejdet og sygeplejefagligheden er på vej hen. Vi har opstillet fire hovedoverskrifter, som har til formål at vise de udviklingstendenser i sygeplejen, som vi har fundet:

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

"Minilægen": Der er en del eksempler på, at sygeplejersker har fået udvidet deres kompetence til at opnå en behandlerkompetence indenfor specifikke områder – og at en del meget gerne ønsker, at denne kompetence udvides til flere områder. Kompetenceuddelegeringen foregår ofte ved at lægerne underviser sygeplejerskerne i de specifikke ting og godkender dem. Udvidelsen af sygeplejerskernes viden og kompetence oplever mange som meget tilfredsstillende. Udvidelsen af sygeplejerskers kompetenceområder på disse områder er foregået over en længere årrække, men har så taget nogle større ryk i de senere år, og særligt i bestemte specialer. En beskrivelse som den følgende udtrykker den forandring der er sket af sygeplejerskers faglighed over en generation:

" Altså i går havde jeg en gammel sygeplejerske som patient som sagde "Hold da op hvor kan du mange ting, i min tid som sygeplejerske ville en sygeplejerske aldrig have gjort så mange ting" – Jeg lagde drop og kateder på hende og observerede at hendes vejrtrækning ikke var i orden. Derfor satte jeg bare ilt på hende, for nu havde jeg jo et pulsometer og sådan. Så trak hun vejret noget bedre – altså man kan sige, hun bad jo ikke om at blive sat op i sengen, og hun mente ikke hun havde vejrtrækningsbesvær – men hun kunne jo

alligevel godt mærke hvor meget bedre hun fik det, når hun kom op og sidde og fik ilt i næsen og armene lidt ud." (fra livshistorisk interview med Pernille*)*

Det at overtage dele af de lægefaglige kompetencer ligger helt i tråd med den akademisering, der sker af selve uddannelsen i disse år.

"Projektsygeplejerske i dagvagt" – en del sygeplejersker er i dag beskæftiget med at lave udviklingsarbejde eller har specialiseret sig indenfor en række specialfunktioner som f.eks. rehabiliteringssygeplejerske, som rygestopinstruktør, som klinisk vejleder osv. Dette har sin baggrund dels i moderniseringens rationaliseringsbestræbelser, og dels i den udvidelse af sygeplejerskens arbejdsområder som er foregået de sidste 20 år. Det betyder at de får mindre daglig omgang med patienterne og slipper for at indgå i vagtplanerne. Når man ikke længere skal rende op og ned ad gangene, men mest sidde på et kontor, Så kommer "træskoene" af og "sekretærskoene" på. Uniformen dækkes af en cardigan slynget om skulderen. "*Hvad laver alle de cardiganer her?*" er et spørgsmål som en af lægerne stillede os i et interview.

"Patientnærkontakten". Der er stadig mange sygeplejersker, for hvem det er den daglige omsorg og pleje af patienterne, som udgør kernen i det daglige arbejde. Det er centralt, at det er en kontakt "live" og ikke på afstand i form af administrativ omsorg og pleje, som også ses som nødvendig, men som flytter tid og opmærksomhed væk fra den direkte patientkontakt. Kravene til skriftlig dokumentation opleves af disse sygeplejersker som nogle store tidsslugere, men da det indgår som en del af afdelingens kvalitetssikring og det afdelingen bliver målt på, er der ikke mulighed for at skære ned på denne del af arbejdet. Den direkte kontakt med patienterne måles derimod ikke. Mange af disse sygeplejersker nævner sengebadet og den daglige samtale med patienter og pårørende som det, der gør en forskel. I dag er der ikke megen tid til disse funktioner.

Sengebadet og den grundlæggende sygepleje har stor betydning for patientens velbefindende og helbredelse. Men det har også stor betydning for forholdet til de professionelle omkring patienten, idet det giver kropslige, sanselige og personlige oplevelser af hinanden. I den grundlæggende sygepleje manifesterer patienternes afhængighed og hjælpeløshed sig konkret, og det danner derfor grundlaget for en gensidig forståelse for ansvar og værdi. Det er her patienten for alvor kan føle sig taget vare på, eller forsømt, glemt og afvist (se f.eks. Plough Hansens analyse af et sengebad, 1998).Den grundlæggende sygepleje er også grundlaget for vellykket behandling, f.eks. som hygiejne i forbindelse med operation.

For sygeplejersken rummer den grundlæggende sygepleje og sengebadet derfor muligheden for at etablere et nærmere og trygt forhold til patienten, samtidig med at det er en kilde til informationer og oplevelser af patientens tilstand og udvikling. Det er her det kliniske blik udvikles, og det er her sygeplejersken skaffer sig grundlaget for at kunne tage ansvar for patientens ophold i afsnittet. De erfarne sygeplejersker i undersøgelsen har en stor frustration over, at der netop sker store forandringer på dette område i disse år:

" nu har jeg jo selv lige været patient, og.. jamen jeg oplevede meget, at hvis ikke jeg havde bedt om.. at hun ville være rar at hjælpe mig med at blive tørret på ryggen, da jeg var ude at bade næste dag. Hun var.. hun kom aldrig i nærheden af mig ellers, men jeg ville

*gerne ha´ at hun hjalp mig med at tørre mig på ryggen, det var det eneste hun hjalp mig med. Så tænkte jeg.. jeg kan ligeså godt komme hjem.. for jeg tænkte: jeg får ikke nogen hjælp, der var ingen der tilbød mig noget som helst. Intet" (*fra livshistorisk interview med Pernille)

På den anden side opleves det af nogle af de yngre og også de mandlige sygeplejersker som om den hygiejniske side af den grundlæggende sygepleje og sengebadet delvist overdrives af de ældre sygeplejersker. Nogle spørger- hvorfor kan man ikke sengebade hver anden dag? Regimerne og rutinerne, herunder det daglige sengebad, var i den tidligere hierarkiske struktur med til at opretholde orden og kontrol med afdelingen, patienterne, og livstruende og livskritiske situationer. Ploug Hansens etnografiske analyse af sengebadet viser f.eks. sengebadets rituelle rolle og betydning for den professionelle, hvilket rækker langt udover hygiejniske, behandlingsmæssige eller omsorgsmæssige begrundelser. Det relaterer sig også til det som vi her meget kort kan benævne "det farlige" i arbejdet, alt det urovækkende, det grænseoverskridende, forfaldet m.m. Diskussionerne om prioriteringen af sengebadet er derfor kompleks.

"Superkoordinatoren". Der er kommet en del nye opgaver til og en del opgaver, som er blevet udskilt fra andre faggruppers arbejde, som nu er blevet sygeplejerskernes ansvar. Det kan dreje sig om at passe telefoner, fylde op i skabe og arrangere kørsel. Det kan også skyldes at aftaler omkring rengøring betyder, at der bliver rengøringsopgaver til overs, som så bliver sygeplejerskernes arbejde. For eksempel at gøre rent ovenpå skabe, på hylder, men også at tørre frisk blod op, da rengøringspersonalet ikke har den fornødne hygiejnekompetence. Et andet eksempel er, at med den nye SOSU-uddannelse er det flere steder velbeskrevet, hvad denne faggruppe skal lave og ikke lave. Det betyder, at nogle af de opgaver, som sygehjælperne tidligere varetog ikke længere skal laves af SOSU-erne. Sygeplejerskerne oplever, at de arbejdsopgaver der på denne måde bliver "til overs" i stedet tilfalder dem. Disse funktioner er desværre ikke så prestigefyldte, de minder om husmoderlige opgaver, men er helt afgørende for at afdelingen kan fungere:

" jeg er sådan én, som du kan høre stæse rundt og fylde op i skabene og tømme affaldssække og sådan noget, og så virker det meget stærkt på mig når andre klart markerer, at hvis der er nogen der gider rende rundt på den måde, så er det deres eget problem"
(fra livshistorisk interview med Pernille)

I den forskydning af opgaver mellem forskellige kolleger i afdelingen som sker i dagligdagen, sådan som Pernille refererer til det, er det oftest de ældre sygeplejersker der ser og tager sig af problemerne, og de yngre der ikke prioriterer det så højt.

Dertil kommer nedskæringer af kontorpersonalet samtidig med en decentralisering af dele af det administrative arbejde, som så også bliver sygeplejerskearbejde. For slet ikke at tale om, at det er sygeplejerskernes opgave at feje op efter projekter, som har svært ved at komme i gang og fungere.

Udviklingsretningerne, som vi her har givet navne, skal ikke ses som fire forskellige typer, så den enkelte sygeplejerske alene er Superkoordinator eller Minilæge. De er i stedet eksempler på forskellige faglige orienteringer, hvor forskellige sygeplejersker især prioriterer og finder faglig stolthed i forskellige dele af faget. Typisk vil mange sygeplejersker lægge

vægt på omsorgsdimensionen i deres arbejde. Men interviewene og diskussionerne på seminarerne har tydeliggjort at de lægger vægt på forskellige elementer i det at give omsorg. Eksempelvis er både et sengebad og udvikling af dokumentationsmateriale om den enkeltes behandlingsforløb omsorg for patienten, men på meget forskellige måder.

Som udviklingsretninger kan alle fire retninger ikke realiseres i sammenhæng og homogent. Dertil er tiden oftest for knap og den menneskelige kapacitet for lille. Men mange forsøger at splitte deres dag ud på disse forskellige dimensioner i arbejdet. I hverdagen identificerer den enkelte sygeplejerske sig med flere af dem på én gang, om end nogle har større betydning end andre. Forskellene bunder bl.a. i forskellige generationer af sygeplejeuddannelsen, som omtalt i næste afsnit, af livshistoriske faktorer, faglige og personlige interesser, kulturen på afsnittet, arbejdets karakter på afsnittet m.v. Men som udviklingsretninger for kompetenceudvikling, arbejdstilrettelæggelse m.m. stritter disse retninger delvist i hver sit hjørne og giver anledning til at også den enkelte sygeplejerske kan føle sig splittet i sin professionalitet.

Der er stor forskel på den status, som de forskellige opgaver tildeles og også de muligheder for løntillæg, de giver adgang til. Minilægen og Projektsygeplejersken i dagvagt tildeles således såvel anerkendelse, højere status og løn, mens Patientnærkontakten og især Superkoordinatoren ligger i bunden. Patientnærkontakten opfattes af de fleste som såvel vigtig og nødvendig, men bliver samtidig den dårlige samvittighed. Det er en funktion, som primært anerkendes af patienterne. Et tankevækkende dilemma, som blev formuleret på et af seminarerne er, at jo længere sygeplejerskerne kommer opad i hierarkiet og væk fra at udføre denne funktion, jo mere vigtig og central omtaler de den, men de menige sygeplejersker oplever ikke, at det prioriteres i praksis.

Superkoordinatorens funktioner vil de fleste sygeplejersker helst være fri for. De ser det ikke som deres ansvar og arbejde. Nogle steder er det lykkedes at få lavet særlige aftaler som sikrer, at det ikke er sygeplejersker, som skal varetage dette arbejde, og de fleste giver udtryk for, at det er vigtigt fremover at sikre, at det flyttes ud af sygeplejerskernes arbejdsområde.

Interviewene afspejler store forskelligheder i opfattelsen af, hvad sygeplejearbejdet er og skal være. Mange sygeplejersker har vanskeligt ved at sætte ord på de forskellige fagligheder og oplever deres egen faglighed som selvfølgelig, fordi den er tæt integreret med deres personlige identitet. De forskellige forståelser fører ofte til nid, misundelse, usikkerhed, bagtalelse og samarbejdsproblemer blandt kollegerne. Har man en forkert forståelse, bliver man let opfattet som useriøs, doven, gammeldags, uprofessionel, sjusket, erfaringsramt osv., og det er såvel ledelsens som kollegers dom. Det peger på et behov for at tage fælles diskussioner om forskellige faglige prioriteringer, hvor mangfoldigheden vel at mærke ses som en kvalitet og ikke som et spørgsmål om rigtig og forkert. Der er brug for at finde ud af, hvad der kan skabes enighed omkring, og hvad der skal være en rummelighed omkring. Her kunne de tillidsvalgte eller DSR spille en væsentlig rolle i forhold til tage initiativer til, at de mangfoldige opfattelser af faglighed løbende bliver diskuteret.

De forskellige retninger rummer også forskellig opfattelse af tilhør til arbejdspladsen. I interviewene udtrykker sygeplejerskerne forskellige faglige orienteringer afhængigt om de

føler sig knyttet til specialet til det konkrete afsnit eller til det sygehus, de er ansat på. Det har eksempelvis stor betydning for hvordan politiske planer for omstruktureringer mellem amtets sygehuse opleves. Nogle sygeplejersker vil foretrække at søge ansættelse på en afdeling med et tilsvarende speciale i et andet amt frem for at flytte afdeling. Andre vil søge over i et andet speciale fordi man oplever en stærk tilknytning til et bestemt sygehus. Det giver også forskellige prioriteringer af efteruddannelse f.eks. om man uddanner sig ift et speciale eller ift at opnå et bredt kendskab til forskellige specialer.

De fire retninger har forskellig plads til at udfolde sig. Eksempelvis støttes minilægen af ønsket om kortere indlæggelsestider og mindre ventetid, ligesom superkoordinatoren underbygges af de store forventninger til udvikling og teoretiske refleksioner i arbejdet samt støttes af akademiseringen af sygeplejeuddannelsen. Prioriteringen af den tætte kontakt med patienterne er ikke en del af de moderne udviklingstiltag og derfor oplever sygeplejerskerne sig som ladt i stikken i deres kamp for at tilskrive den daglige patientkontakt status og opnå anerkendelse.

Alle retningerne har værdi i det daglige arbejde. Men sygeplejerskerne oplever ikke, at de i praksis møder lige stor anerkendelse. F.eks. gives løntillæg under Ny Løn typisk til sygeplejersker som indgår i udviklingsarbejde. Det betyder, at de sygeplejersker, der prioriterer den daglige standardbehandling af patienterne ikke oplever, at de bliver anerkendt for deres arbejde. Mange sygeplejersker oplever, at den strategi som DSR har ført i forhold til at arbejde for en professionalisering af sygeplejen har været med til at nedvurdere værdien af dette arbejde.

Forholdet til de andre grupper

Vi havde i undersøgelsen sat fokus bl.a. på forholdet til de andre faggrupper, både omkring fordeling af arbejdsopgaverne, og i forhold til interessevaretagelse. Det er imidlertid kun blevet berørt i begrænset omfang af de interviewede, og dette kommer rapporten til at afspejle. Vi vil imidlertid her gerne anføre nogle få punkter, hvor det bliver berørt.

De senere år har der både ledelsesmæssigt og fagpolitisk været stort fokus på det tværfaglige samarbejde. Faggrænserne mellem sygeplejersker og deres nærmeste samarbejdspartnere (læger og social- og sundhedsassistenter) er mange steder under forandring. Som vi indledningsvist gjorde opmærksom på i det historiske afsnit har sygeplejerskerne op igennem 90érne ønsket at varetage stadig flere opgaver. Samtidig er nye hjælpegrupper kommet til, som kan noget andet og mere end sygehjælpergruppen kunne. I forhold til lægerne er der sket det skift, at enkelte tidligere lægeopgaver er blevet overladt til sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne på nogle afsnit får mulighed for at varetage udvalgte funktioner, som tidligere hørte under det lægelige. Enkelte sygeplejersker oplever det som en yderligere udnyttelse i arbejdet, mens de fleste beskriver det som en berigelse af jobbet og som en kærkommen mulighed for at afslutte opgaver i stedet for at vente på at en tilkaldt læge kommer (f.eks. tage venyler).

Oplevelsen af social- og sundhedsassistenternes entré på sygehusene varierer meget mellem afsnittene. Nogle steder opleves det som en fordel, at de erfarne sygehjælpere er opkvalificerede, og at de nye assistenter kan meget mere. I betragtning af de knappe personaleressourcer i afsnittene opleves det flere steder som nødvendigt at opererer med en ligestilling imellem sygeplejersker og SOSUér for at kunne opretholde en kvalitetspleje

organiseret som tildelt patientpleje. De unge sosu- studerende er også mere velkomne generelt end de sygeplejestuderende, fordi sosu-elever kan indgå direkte i arbejdet, hvorimod de studerende ikke er en del af arbejdskraften, men er koncentreret om særlige studieopgaver, også i praktikperioderne. På disse afsnit er man kommet langt væk fra den skepsis der herskede i 90érnes begyndelse. Her indgår SOSU´erne på stort set lige vilkår i sygeplejegruppen bortset fra enkelte funktioner, som sygeplejerskerne alene har ansvar for at varetage. På flere afdelinger fortæller de, at en erfaren SOSU´assistent kan opleves ligeså kompetent som en nyuddannet sygeplejerske.

På andre afsnit fortæller sygeplejerskerne, at samarbejdet med den nye faggruppe er præget af konflikter – fordi det ikke opleves som en aflastning men som en konvertering af sygeplejestillinger på grund af nød (mangel på sygeplejersker). Sygeplejerskerne oplever at de skal være ressourcepersoner for sosuérne , og i forvejen har de svært ved at nå deres eget arbejde. Selvom problemstillingen således er anderledes end i 90érnes begyndelse, så er temaet stadig konfliktfyldt, og deler i højere grad end tidligere sygeplejerskerne i amtet.

På flere afsnit har SOSU´erne bidraget med en anden omsorgstilgang end sygeplejerskerne. På et specialiseret, højteknologisk medicinsk afsnit fortæller flere sygeplejersker, at de især interesserer sig for de teknisk/naturvidenskabelige og medicinske elementer i plejen. SOSU´erne har derimod mere opmærksomhed på patienternes generelle situation og er fx gode til at huske at dokumentere det. Det illustrerer at tværfaglige diskussioner ville kunne medvirke til at udvikle forståelsen af, hvad god pleje er, og om hvordan prioriteringerne i sygeplejen bør være.

Dette forhold til de andre faggrupper både udtrykker og er i sig selv prægende for, at professionaliseringen i sygeplejen ikke er særlig entydig i dag i Frederiksborg Amt. Professionaliseringen kommer meget tydeligt til at blive hæftet op på udvidelsen af kompetenceområder ind i lægernes domæne. Det kræver ny videnstilegnelser i naturvidenskabelig retning, hvilket de unge også efterspørger. Samtidig har sygeplejersker fået udvidet deres administrative og vejledende og undervisende opgaver igennem de samme 12-14 år. Dette kræver øget videnstilegnelse af kommunikativ, administrativ, økonomisk, pædagogisk og psykologisk karakter. Samtidig er assistentgruppen i dag i højere grad end den tidligere sygehjælpergruppe i stand til at varetage kliniske sygeplejopgaver, således at i de afsnit hvor man bygger en stor del af sygeplejen på assistenterne, er sygeplejerskerne friere stillet i forhold til en professionalisering af de sygeplejemæssige kundskaber, hvorimod man i andre afsnit er nødsaget også til at forøge disse kundskaber. Disse tvetydigheder er i bevægelse og man kan derfor foreslå, at sygeplejen er inde i en større professionel omfortolkningsperiode?

7. Uddannelsen giver baggrund for forskellig faglig identitet

Interviewgruppen falder i tre grupper rent uddannelsesmæssigt: de unge uddannet i anden halvdel af 90érne frem til år 2001. Det var perioden hvor sygeplejeuddannelsen var blevet et studium. Så er der en mindre midtergruppe af sygeplejersker uddannet i slutningen af 80érne, fra den periode hvor sygeplejeuddannelsen var en elevuddannelse, men hvor pædagogikken og indholdet i uddannelsen havde undergået en reformering, herunder havde teori fået større betydning. Så er der endelig den tredje gruppe af sygeplejersker uddannet i anden halvdel af 70érne, hvor uddannelsen lagde stor vægt på praktikken og mesterlæren fungerede intakt. Vi vil her beskrive den ældste og den yngste gruppe, med fokus på hvad uddannelsen har betydet for deres faglighed og forhold til sundhedssystemet.

Uddannet i slutningen af 90érne

Nanna, er fra den unge generation af sygeplejersker uddannet i anden halvdel af 90érne. Det var svært at komme ind i praksis med den uddannelsesbaggrund hun har, synes Nanna:

"vores kæmpe kæphest var jo, at vi syntes vi havde alt for lidt naturvidenskab. Det hele lå jo i humaniora, ikke, og de bløde værdier, empati og omsorg og tillid.. hvordan en krop er sat sammen, og hvad for nogle der er i den og hvilke organer, det er sådan en bitteting, ikke. Det kan du lære når du kommer ud i praktik... Vi efterlyste jo længe, om ikke vi kunne få noget sygdomslære. Simpelthen fuldstændig udenads sygdomslære: Nej, det kan man lære i praktikken… Når man kom ud i praktik: Nå, du er fra Hillerød Sygeplejeskole, okay, det er så Kari Martinsen I arbejder med? Nå men så tror jeg lige, vi skal starte med, det her det er så en hånd, før hånden kommer armen…"

Forholdet mellem teori og praktik var på det tidspunkt således at man først efter et år kom ud i praktikken og blev konfronteret med hvad sygepleje i praksis er, og kræver af den der skal udøve det. Nanna husker, at det var skrækindjagende at komme ud i praktik, og at hun følte sig dum og uden forudsætninger for det hun skulle lave. Praksischokket har altid været et tema i sygeplejeuddannelsen. Dette drejer sig ikke specielt om forholdet mellem placeringen af teoriperioder og praktikker, men drejer sig i høj grad om vanskelighederne for skolerne i at kunne forberede de studerende tilstrækkeligt til det arbejde de skal ud i. Det drejer sig også om den vanskelige balancegang imellem arbejde og uddannelse. Nanna beskriver her dilemmaet imellem at komme fra en uddannelse, der reflekterede over praksis, og en arbejdsplads, som forventede hun kunne udføre praksis, når hun kom ud. Det der imidlertid sidder tilbage som en mærkbar oplevelse, var oplevelsen af ydmygelse ved at komme ud som studerende på denne måde:*" fordi vi kunne ingenting".*

Nanna har ikke haft oplevelsen af teorien på skolen som en vej til faglig identitet og faglig stolthed. Den har hun oparbejdet siden hen igennem kollegerne og ved at prøve sig frem, og ved at have noget med sig livshistorisk på forhånd. Annettes historie er parallel. Hun havde været en flittig elev i gymnasiet og blev overrumplet af den pædagogik hun mødte, med ansvar for egen læring og problemløsningsmetoder:

"Det var enormt frustrerende at det ikke var det der med, nu skal vi sætte os ned på en skolebænk, og så skal vi læse noget anatomi og fysiologi, og så kommer du i morgen og

kan det, ik. Det blev da også forventet, at du bare kunne det, ik men.. Det var enomrt flagrende, altså det var meget lidt her, lidt der og jeg vidste ikke hvad jeg skulle bruge det til. Så havde man sundhedsvidenskab og omsorg og puh, og Kari Martinsen og—det er meget heroppe ikke (hun peger på sit hoved), hvor vi mere savnede, nu skal vi ud og altså.. Altså, jeg havde det sådan lidt, hvad laver en sygeplejerske? "

Annette beskriver sin vej ind i at få grebet om sygeplejen ret præcist kom via dem neden under i hierarkiet, som havde erfaring og praktisk kunnen, og som det ikke var pinligt at spørge:

"..jeg skulle lære sådan lidt selv (i afdelingen).. det var det der med at læse om tingene, og se det blive gjort og så gøre det selv. Men jeg kan huske jeg støttede mig enormt meget til sygehjælperne. Fordi hvordan reder man en seng og sengebad og hvor holder du på en tøjvogn. Dem lærte jeg godt nok meget af, altså det der basale.."

Både Nannas, Annettes, Camillas og Katrines historier viser at praksisfællesskabet har betydet utrolig meget for deres måde at lære sygepleje på, selvom det har været mere utilsigtet end tilsigtet pædagogisk. De gennemgik en uddannelse som netop havde opgraderet teori, men desto mere stræbte de efter praksis. Uddannelsens opbygning og indhold er de distanceret overfor i dag, de kan ikke pege på hvad de egentlig lærte, og alle fire beklager at de ikke fik lært noget mere anatomi og fysiologi. Uddannelsen har tydeligvis ikke indfriet den forventning at være et tilstrækkeligt grundlag for praksis. På den anden side er de alle fire i dag engagerede og dygtige sygeplejersker. Det er dog bemærkelsesværdigt, at den skarpe kritik af det manglende naturfaglige, og overvejende omsorgsteoretiske fokus i deres uddannelse hænger sammen med deres ønsker om at udvide deres kompetenceområder i dag, over i retning til at blive mere "minilæger". I forhold til de foregående sider, hvor vi kort berørte forholdet til de andre faggrupper i et professionaliseringsperspektiv, vil vi her fremhæve at de yngste i undersøgelsen ret entydigt pegede på behovet for at professionalisere i naturvidenskabelig retning, og ikke i mere traditionel "sygeplejefaglig" retning.

I forhold til de andre i undersøgelsen er de stadig tæt på deres uddannelsesforløb, og kan ikke vurdere hvor langt den har bragt dem. De har den dog også i meget klarere erindring, og deres vurderinger må pege på at der er et misforhold imellem sygeplejepraksis og sygeplejeuddannelsens måde at skabe professionalisering på, hvilket er blevet påpeget igennem flere mindre undersøgelser af sygeplejeuddannelsen de senere år.
Deres faglighed er mindre bredt favnende, og de har tydeligvis alle irritation overfor superkoordinatorrollen, på en måde som de ældre sygeplejersker ikke har. Patientnærkontakten identificerer de sig også med i praksis, men i deres måde at konstruere sygeplejerollen har de mærkbart sværere ved at tage det til sig. Denne afstand imellem praksis og bevidst identifikation med netop denne figur eller orientering i sygeplejen er bemærkelsesværdig. Vi mener det er væsentligt at hæfte sig ved at de unge lever med denne modsætning mellem praksis og bevidst orientering, uden at den lader sig forklare her. Man kan overveje hvilken betydning det har for at arbejde med professionsidentiten og fagforeningens profil.

Uddannet i slutningen af 70érne
I den anden ende af spektret er Margits uddannelseshistorie. Margit har prøvet at arbejde i De Gamles By, og gå med kappe på, og have stuegang, hvor patienterne skulle ligge lige

og dynerne være glattet inden professoren kom - dette var i begyndelsen af 70érne. Som uddannet i 70érne er man uddannet i en samfundsmæssig brydningstid med ungdomsoprør og individets frisættelse fra traditioner og bånd. Men sundhedsvæsenet var i denne periode af de bestandige institutioner, som ikke så let lod sig rokke. Så Margit er uddannet på en enkel og tydeligt regelbundet måde- men i modsætning til brydningerne i samfundet. Et fritidsliv sammen med andre unge, med fest og farver, og et uddannelsesforløb som var meget præget af at være et arbejdsliv med disciplin og hårdt arbejde:

" Sådan som jeg ser tilbage til det i dag, så var det jo en uddannelse, der var hård, den var hård på den måde, der var mange der bukkede under for det, det var et hårdt system, at skulle skifte arbejdsplads hver anden måned, og der var jo ikke noget, der var man arbejdskraft, det var syv nattevagter i træk. Man var alene om natten, på en medicinsk afdeling,,, og det var jo hver anden weekend, og med syv vagter, fuldstændig som det at blive rigtig sygeplejerske, kan man sige..

Uddannelsen var bygget op således at man kom rundt i specialerne i praksis, og der var ikke meget teori på skolebænken. Ansvaret var stort, langt større end for de studerende fra 90érne, som dog oplevede sig langt mere utilstrækkelige i praktikken.

"jeg er nok af naturen, på den måde rimelig hårdhudet, så for mig, jeg var glad for at være på alle de der afdelinger jeg var, der var ikke et eneste sted, jeg var ked af det. Jeg tænker tilbage på alle steder, jeg kan huske alle sammen, og jeg syntes forcen i det, det var jo, at du fik et enormt kendskab, som jeg synes, selv den dag i dag, der kan man bruge det, og det er sådan, at når jeg sammenligner nogle gange, så kom jeg ud erfaringsmæssigt meget, meget, meget rigere, ikke. Altså min datter, som i øvrigt også lige er blevet sygeplejerske, hun kom ud færdig, og har aldrig nogensinde været på en kirurgisk afdeling, hun har aldrig nogensinde fjernet sutur, hun har aldrig set et sår."

Refleksion og selvstændighed var ikke indbygget i uddannelsen som pædagogiske elementer i 70érne, som i 90érne. Der fordredes selvstændighed i opgavevaretagelsen, men ikke at der blev stillet spørgsmål ved opgaverne og deres løsning. Det er disse spørgsmål de yngste af sygeplejerskerne derimod har lært at stille, som måske også bliver deres læringsmæssige styrke, fordi de formår at samle viden til sig igennem praksis efter de er færdiguddannet, som i de fire unges eksempel.

I Margits elevtid lærte man stadig lydighed mod de overordnede, og at indordne sig i hierarkiet. Selvom Margit mener hun blev godt rustet til sygeplejen, begræder hun ikke at "de gode gamle dage" er væk, men måske fortæller hun os, "at de onde gamle dage" havde store faglige fordele set med nutidens bagklogskab. Sygeplejersker i 70érne skulle ikke håndtere så mange paradokser i patientarbejdet, de skulle indordne sig i den plads der var til dem:

"Det var en bagdel at der var for mange, der kom ud af det med et negativt syn på det, ikke Og at.. de blev udnyttet.. Hvordan, jeg ved ikke hvordan det system ville passe ind blandt de mennesker der er i dag, altså, … hele mønsteret på afdelingen var jo helt anderledes.. eleverne, de var ikke mennesker, vel. Og man havde jo også de der afdelingssygeplejersker, der mente at lediggang var roden til alt ondt, så kunne man lige finde noget at lave, så kunne man gå ud, og lægge tøj sammen i linneddepotet, og var der ikke noget,

der ikke var lagt sammen, så kunne man rode det hele ud, og så kunne man lægge det sammen én gang til, for så kunne det komme til at ligge pænere"

På denne måde blev der skabt en faglighed, hvor oprydning og det at "holde hus" i afdelingen blev en refleks. Sådan er det for både Margit, Pernille og Kirsten. De blev også , igennem uddannelsen og den senere erfaring, til sygeplejersker der kan overskue hele afdelingen, og finder det væsentligt at kunne dette. De er opdraget/ uddannet af de gamle afdelingssygeplejersker, uddannet i 50érne, der havde et øje på hver en finger i afdelingen. Det har været deres første rollemodeller. Uddannelse og erfaring blander sig her i skabelsen af en bredt favnende faglighed med megen jordforbindelse, hvor der er meget identitet som superkoordinator og patientnærkontakt, samtidig med at de to andre roller også er inde som vægtige bestanddele af deres faglighed i praksis, alene af den grund at de har et erfaringsmæssigt overblik over sygeplejens opgaver og udfordringer.

Kort opsamling

Vi har her ønsket at uddybe den påstand, at forskellige uddannelser i sygeplejen igennem tiden har en betydning for de faglige uenigheder og debatter om sygeplejen, fagforeningen og sundhedsvæsenet i dag.
Sygeplejerskerne uddannet i 70érne blev udsat for et ret disciplineret uddannelsessystem, hvor de ikke lærte at stille kritiske spørgsmål til det de lærte, eller at have en distance til arbejdspladsernes krav på dem. De skulle agere som arbejdskraft fra første dag, og blev derfor lyn hurtigt indrulleret i "hverdagens selvfølgelige orden" med de symbolske betydninger den måtte have. F.eks. accepterede man hurtigt kravene om ryttelighed, punktlighed og renlighed som symboler på kontrol med sygeplejens problemer i arbejdet, hvilket har sat sig dybe afryk i denne gruppe af sygeplejerskers indstilling til normer for sygeplejen. Dette vidner interviewene om på mange måder. På den anden side blev de inviteret ind i praksisfællesskaber, som anerkendte dem for deres indsats, og hvor de langsomt bevægede sig ind til selv at kunne blive "mester."

De unge derimod bliver ikke inviteret ind i praksisfællesskabet, fordi de i langt højere grad tilhører skolernes studiepraksisfællesskaber med deres mere studiebestemte opgaver. Det er i langt højere grad en belastning for det effektive produktionsfællesskab at have en sygeplejestuderende end tidligere. På denne måde foregår det nemt en polarisering imellem de erfarne ældre sygeplejersker og de unge studerende, således at fornuftige læreprocesser i praktikken forhindres. De unge risikerer i høj grad at opfatte at deres kompetencer fra skolerne er uvelkomne eller overflødige, de efterspørges ikke - og dette er måske grundlæggende årsagen til at de interviewede oplevede at de vidste og kunne det forkerte. De når ikke at opleve, at den viden de får på sygeplejeskolerne kan være udgangspunkt for en forandring af praksis, før de desillusioneres. Måske opstår kimen til ønsket om at søge væk fra sygeplejen i dag allerede, og stærkest medens man er studerende. Dette stiller vi her som hypotetisk spørgsmål, fordi utilfredsheden med uddannelsen var så markant hos de unge, og de unge studerende blev så skarpt kritiseret af de ældre.

Vi mener imidlertid at kunne se, at den største betydning uddannelsen har for de kommende sygeplejersker, ligger i den måde det præger den faglige professions identitet og sygeplejerollen på, mere end den praksis sygeplejersker faktisk har. Uanset sygeplejerskernes oplevelser af uddannelsen, praksischok ved overgangen til arbejdet, og også senere kritik af de mangler deres uddannelser havde, så har de til dels kunnet kompensere

herfor senere. Sygeplejeuddannelsen er en væsentlig grunduddannelse, men dog er den senere praksis efter uddannelsen af kolossal stor betydning for sygeplejerskers kompetenceudvikling, ligesom lægernes turnus, selvom der ikke findes en officiel "sygeplejerske-turnus".

Mellem ansvar og mistillid:
Kirsten: ” Der mangler noget indbyrdes solidaritet”

Kirsten er i slutningen af 40érne, og uddannet i slutningen af 70érne- hun er en erfaren sygeplejerske, med lang specialisering. I mange år har hun haft mange aktiviteter både udenfor og indenfor jobbet, og hele tiden søgt faglige udfordringer i arbejdet. Arbejdet måtte aldrig blive kedeligt, men der skulle ske noget omkring hende. Kirsten er samtidig en meget fokuseret person. Hun prioriterer familie, arbejdet i afdelingen, at være fagligt aktiv og sport. Det med at være fagligt aktiv falder hende helt naturligt, for hun har altid haft en stærk retfærdighedssans og en stor nysgerrighed, som dagligt følger hende i sygeplejearbejdet. Kirsten er på ingen måde ”kørt træt” af noget som helst, men virker som om hun er på toppen af sin karriere, med tilstrækkelig viden og erfaring til at kræve større indflydelse. Og med tilstrækkelig energi og ærgerrighed til at kræve mere kompetence, mere status og mere værdighed i arbejdet:

”Jeg har prøvet meget, ikke, så synes man også tingene de skal foregå rigtigt, der skal ikke ske nogle fejl, så du går ind og korrigerer også for lægerne en hel del. Mange af lægerne de er altså bare grønne, og altså med den erfaring jeg har, der har jeg et bedre kendskab til mange af tingene end de har, og der er der nogle der er utroligt lydhøre og sådan siger, kan du ikke lige hjælpe mig med det?. Andre de, jamen sådan og sådan, ja så siger jeg at sådan er behandlingen ikke, jamen det vil jeg have. Hvor man så siger, jamen det er altså ikke korrekt og det giver problemer for patienten på længere sigt… Hvor man prøver sådan langt hen ad vejen og så til sidst sige, at hvis du ikke kalder din bagvagt så gør jeg det”

Kirsten kan fortælle mange historier fra sin hverdag, hvor hun har overtaget det direkte ansvar for patientforløb, både fordi de i hendes afdeling har fået lidt større kompetencer, men også fordi hun konkret føler et stort ansvar for patientbehandlingen, og føler sig i stand til fagligt at påtage sig dette ansvar i handling. Derfor betyder forholdet til lægerne meget for hende, og det er tydeligt at hun er fokuseret på en stadig udvidelse af sygeplejerskernes kompetenceområder overfor lægernes. Her kommer hendes retfærdighedssans ind: ”når nu vi kan det, hvorfor må vi så ikke?” I en kombination med hendes behov for en udfordrende og spændende hverdag. Hun ser sygeplejen som den centrale indsats i afdelingen, som moralsk, kvalitetsmæssigt, etisk og politisk skal være normsættende i afdelingen:

”jeg tror man har meget stor mulighed for at præge det som sygeplejerske, at man ligesom kan sætte en standard”

Her er ingen rester af den disciplinering under hierarkiet hun selv kom ind i sygeplejen under i 70érne. Hun er kommet ud på den anden side af de magt og autoritetskonflikter som de andre sygeplejersker i undersøgelsen slås langt mere med.

Kirsten føler sig meget sikker fagligt, og vidner om at have arbejdet i mange år med at opnå en balance imellem arbejdets tiltrækkende og frastødende sider, hvor hun i dag er i stand til at opfatte enhver patientsituation som en enhed af noget menneskeligt, relationelt og kommunikativt:

" at fange patientkontakten, og finde ud af hvor de er, niveauet og hvordan man kan prøve at vende situationen, sådan så man ikke skal se på det som noget rigtig væmmeligt.. fra man har stået derinde: hold så op, læg dig så ned, så skal man: nu skal du se, ikke. Man skal kunne stemningsmæssigt hoppe vildt, ikke?"

- og samtidig også som en klinisk udfordring:

" jeg har en indre billedbog, af de grelle tilfælde jeg har set, og der er mange, men det er altså ment på den måde, at dengang gjorde vi sådan og sådan, så jeg kan godt bruge det til noget.. man oplever lidt af hvert, der er også nogle dage man kan komme hjem og sige puha… men jeg kommer videre.. Og der kan jeg se en udvikling… fordi jeg har set mange tilfælde.. og der kan jeg se, at med det jeg kan nu, jeg bliver ikke handlingslammet, eller noget når jeg skal være hos patienterne.."

Kirstens refleksion er parallel til den lægelige synsvinkel, at enhver patient er udgangspunktet for behandlingen af fremtidens patienter. At kunne håndtere det i praksis med bevarelsen af den relationelle dimension til patienten som person er høj professionalisme. Det er ikke ensbetydende med at Kirsten ikke er i tvivl og nogle gange utilfreds med sit eget arbejde. Hun føler sig dog ikke stresset, og det er et bemærkelsesværdigt fingerpeg om at den stress mange sygeplejersker oplever, nok drejer sig om meget forskellige arbejdsforhold i forskellige afdelinger, men også om andre forhold ved arbejdet, som bevirker at sygeplejerskerne føler sig utilstrækkelige.
Kirsten oplever ind imellem arbejdsforholdene som en hæmsko for at udvikle den standard hun gerne vil:

"der er nogle ting man gerne vil, du ikke kan nå. Du kan ikke være så meget omkring patienterne og.. Hvor vi måske ikke får tid nok til, at ligesom summe lidt over, at har de fattet hvad det er der er galt og skal ske.."

Kirstens professionalisme bekræftes dagligt, og er den ene årsag til at Kirsten kan ryste sundhedsvæsenets magtstrukturer af sig. Den anden årsag synes at ligge i hendes position i afdelingen, som har en både fagpolitisk, men også ledelsesmæssig side.

Hvem tager det ledelsesmæssige ansvar?
Kirsten går op i hele afdelingens virksomhed og er glad for at hendes kolleger kommer til hende og diskuterer afdelingens situation, brokker sig, stiller spørgsmål m.m. Men hun fortæller mange historier som drejer sig om hendes involvering i de egentlige ledelsesmæssige overvejelser. Ansvaret for om ledelsen fungerer på hendes afdeling opfatter hun som en nærmest personlig sag. I en fortælling om et samarbejdsproblem som vedrører sygeplejerskerne og en anden faggruppe, går den anden faggruppe til afdelingens ledelse og der sker ikke rigtig noget. Her tager Kirsten affære og viser et personaleledelsesmæssigt ansvar:

"Så sagde jeg, det her det syntes jeg ikke vi kan være bekendt som sygeplejersker, det vil jeg simpelthen ikke være med til, at der er en hel faggruppe der siger at de har et problem med vores samarbejde og I bare siger at der ikke er noget. Så er man for nonchalant, så

må man finde ud af hvad problematikkerne er og se om man kan løse dem, og så syntes jeg bare, at så bliver vi nødt til at gå ind i det"
De gik ind i det og der blev gjort noget ved problemet. Kirsten har meget kontakt til lederne, herunder de lægelige ledere, og tager initiativer til uddannelsestiltag hun synes afdelingen skal indgå i, nye tilbud til borgerne, bedre service m.m. Hun får lederne med på sine ideer, og virker som om hun på nogle områder er et hestehoved foran. Det betyder at hun også danner sig mange opfattelser af hvordan hospitalet ledes og kunne ledes, hvordan service overfor borgerne kunne forbedres m.m. Hun har en meget hård kritik af sundhedsvæsenet i Frederiksborg Amt, som netop udspringer af hendes høje krav til kvalitet og etik, og samtidig hendes store ansvarsfølelse for sundhedsvæsenet:

" De(politikerne) vil gerne sætte sit præg på det ene og på det andet, uden at have en baggrund for det.. at man har noget kendskab til, hvor det reelt er, hvordan arbejdspladsen er, hvordan den fungerer og hvordan man egentlig skulle lave om på det, og ikke lave om hele tiden og økonomisk indskrænke, indskrænke, indskrænke… hvis man gerne vil lave noget nyt, så skal det altid være inden for nogle utroligt smalle rammer, og man skal helst se et resultat med det samme, og langsigtede planer har man råbt op om i så mange år.. jamen de har sagt, at man skal prøve at lave nogle forslag, og når man så ser på seks procent på et halvt år. Den største udgift det ved vi godt er lønkontoen og det kan også godt være, at der bliver fyringer, men før man kan effektuere det, så har man lige glemt at folk har tre, fire, fem, seks måneders opsigelse. Så de beder os om noget, der er totalt uladsiggørligt, det er igen det der kortsigtede.. men det bliver kastet ud, og giver uro blandt personalet , hvor man ligesom siger, seks procent??? Hvor der er en sygeplejerske som siger, jeg er den med mest erfaring, jeg er den dyreste. Og en anden siger, jeg er den sidst ankomne, jamen så er det måske os der skal fyres. Det er sådan nogle ting der ikke skaber et godt arbejdsmiljø.."

Kirstens fortælling er helt eksemplarisk for hvad det er for nogle dynamikker den kortsigtede struktur og nedskæringpolitik sætter i gang. Fra de overordnede politiske udmeldinger om nye tiltag i amtet går vejen over amtslige beslutninger om halvårsbesparelser, til ledelsesmæssigt meget vanskelige dispositioner, fordi besparelserne ikke kan lade sig gøre på så kort tid. Dernæst videre ned til et personale der er overladt til sig selv, medens deres lokale ledere er handlingslammede. På gulvet begynder skrækken og utrygheden at brede sig, og man mister arbejdsglæden og troen på, at man bliver anerkendt. Men også troen på at man befinder sig i et sundt og rigtigt system. Kirsten siger mange gange i interviewe "de er ikke rigtig kloge". Hun nærer mistillid til systemet og de ansvarlige:

" det var så meningen at, at når man fik den der udmelding om, hvad der skulle spares på, som skal sammenkøres i dag, at medarbejderne så skulle have været hørt, og det har overlægen sagt, at det er bare sådan en øvelse, for at vi kan se hvordan og hvorledes, og så siger han så til mig, jamen I må tro på mig.. så siger jeg, det kan godt være, at du gerne vil have vi har tillid til dig, men det her, det har vi ikke tillid til, fordi amtet, de har lavet mange sjove ting, og nu har vi lagt noget ud, og sparer så og så meget, og vi er bange for at bordet fanger. Han bliver ved at påstå, at det gør det ikke, men han har ikke givet os nogle konsekvenser, han har ikke sagt hvem der skal fyres, vel.."

Kirsten har en del tillid til sine egne ledere, men ikke tillid til at de kan gennemskue systemet og de øverste lag i beslutningsprocessen, som hun frygter det værste fra. Kirsten kan

se hvad problemet er for hendes arbejdsplads: ”de har ikke sagt hvem der skal fyres”, og pinen trækkes ud og skaber splittelse. Kirsten er meget foruroliget over de mange splittelser der sker af personalet pga. forhold som disse. Hun synes der mangler sammenhold i dag efter 90érnes strejker, hvor sygeplejerskerne mere end tidligere beskytter sig selv

”men der synes jeg også der mangler noget indbyrdes solidaritet, med de folk der fik bod (efter strejken), og den kom vist over et år efter. Men der var ikke noget at hente, der var det den der var gået og ingen andre”

Hun bebrejder imidlertid ikke sine kolleger, men snarere sundhedssystemet - og fagforeningen.

Fagforeningen er ude af trit med medlemmerne

Kirsten synes det er et stort problem at sygeplejerskerne i dag er så utilfredse med deres fagforening:
”at folk bliver utilfredse med fagforeningen, det giver virkelig ridser i lakken, det må siges også,.

Især fordi hun tror på faglige kollektive kampskridt, og mener at nye strejker kan blive nødvendige. Men hun peger på tre årsager, til det dårlige forhold imellem fagforening og medlemmer. Lønpolitikken, det fagforeningen bruger tid på, og endeligt demokrati og indflydelsesspørgsmålet. Kirsten mener at lønpolitikken skaber stor utilfredshed, fordi sygeplejerskerne ønsker ulempegodtgørelser for deres ekstra møje og slid, hvorimod fagforeningen arbejder for et generelt lønløft. Men når dette så ikke opnås, så bliver medlemmernes holdning væsentlig. Dernæst får fagforeningen brugt uendelig meget tid på at arbejde med en overenskomst og et system som ingen indrømmelser giver. Kritikken Kirsten rejser er ligeså meget en kritik af at bruge tid på et formelt forhandlingssystem, som i virkeligheden er dødt, måske reelt afskaffet af arbejdsgiverne, men som DSR bruger sine kræfter på:
” med hensyn til noget af det der sker fagforeningsmæssigt, der sker med den nye overenskomst, der er lagt utrolig meget arbejde ind i den overenskomst uden vi egentlig får ret meget ud af den.. sådan med ny løn og nye arbejdstidsaftaler, der er jo ikke nogen penge, så er det et redskab man kan bruge? Man har ikke ret mange muligheder, og der føler jeg lidt, at når man sidder som tillidsmand, at man går til nogle forhandlinger, hvor der ikke er nogen penge, man vil jo gerne som tillidsmand hive et eller andet hjem..”

Den tredje årsag til medlemmernes manglende opbakning til fagforeningen ligger i demokratispørgsmålet, og er det alvorligste. Dette er blevet nævnt i alle interviewene:

”Connie Kruckow fik jo også et mistillidsvotum, ment på den måde, at medlemmerne stemte nej og hun opfordrede til et ja, det synes jeg nok man skal tage op til overvejelse”

Kirsten mener baggrunden går tilbage til 80érne under Schlüter regeringen, hvor sygeplejerskerne blev lovet et lønløft,og fik et mindre løft, som de accepterede, selvom de var utilfredse. De var for vage og svage, og skulle have sagt nej dengang. Hendes egen kritik retter sig således mest ind på DSR som samlet organisation, herunder de tilbageholdende medlemmer. Dette møder hun også i sin hverdag, hvor de fleste helst vil have at hun skal

være aktiv for dem, og gerne brokker sig, men ikke er aktive selv. Når hun inviterer fagforeningen ud på arbejdspladsen møder medlemmerne ikke op til møderne.

Men hun er heller ikke selv helt tilfreds med sin lokale fagforening, som hun synes ikke stiller store nok krav, f. eks, vedrørende arbejdstidsnormer, om vagterne, bytteret m.m. Samtidig med at hun også er enig med sine kolleger i at meget af det lønmæssige er en forkert prioritering fra fagforeningen. Men den væsentligste kritik ligger i hendes opfattelse af det hun og de andre tillidsvalgte bruger fagforeningen til:

"jeg synes bare mange gange, at der bliver brugt for meget tid på, at fortælle hvordan man har det rundt omkring, det er også okay, men ikke hvordan man kommer videre-løsningsmæsigt, og hvordan man som tillidsmandsgruppe kunne arbejde mere sammen, med hensyn til at forbedre nogle ting, i forhold til ledelsen. Altså komme med nogle forslag, komme med nogle tiltag, eller et eller andet, der står vi ikke som nogen særlig stærk gruppe.."

8. ”Selvfølgelig er jeg medlem, men jeg er ikke aktiv”

Alle de sygeplejersker vi har interviewet, er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Flere beskriver det som en selvfølge at være fagligt organiseret. De ser en tilknytningen til sygeplejerådet som en standsforening, men betoner ikke sygeplejerådet som et interessefællesskab eller en kollektiv kamporganisation. Flere interviewpersoner overvejer at melde sig ud. Det er ikke så meget på grund af en konkret utilfredshed som fordi de ikke oplever, at de får tilstrækkeligt udbytte af deres medlemskab.

Sygeplejerskerne er uinteresserede i fagligt arbejde eller er de?
Mange både ledere og tillidsrepræsentanter beskriver, at de menige sygeplejersker mangler engagement omkring fagpolitisk arbejde. Et typisk eksempel er en tillidsrepræsentant, som gerne vil involvere kollegerne i at fastsætte kriterier for tildeling af ”ny løn”. Hun sætter et opslag op, der opfordrer til, at kollegerne skriftligt kommer med deres synspunkter. Ingen melder tilbage. Det oplever hus som et udtryk for, at kollegerne er ligeglade eller sløve og forventer at blive vartet op.

En anden forklaring kan være, at repræsentanterne ikke har tradition for at inddrage deres kolleger i det fagpolitiske arbejde, på måder som falder naturligt i det daglige. Mange menige sygeplejersker oplever, at det kræver en ekstraordinær indsats at tage del i de fagpolitiske diskussioner og aktiviteter. Nogle fortæller, at de vælger at udfolde deres engagement i andre fora f.eks. skolebestyrelser, fordi de gerne vil prioritere deres familieliv. Måske synes de også, at de får mere indflydelse dér.

Det betyder alligevel ikke noget, hvad jeg gør?
Passiviteten kan også skyldes, at sygeplejerskerne oplever at de tager del i et pseudodemokrati. De politiske beslutningsprocesser er svært gennemskuelige for folk udenfor – især hvis man primært informeres via medierne. Mange sygeplejerskerne har oplevet at de troede, de kunne få indflydelse på beslutninger, som rent faktisk allerede var truffet eller som blev afgjort med andre begrundelser end sygeplejefagligt/rationelle.

En sygeplejerske beskriver hvordan deltagelse i strejken i 1995 gav hende en oplevelse af at være del af et fællesskab der stod sammen om noget. Det gav en stolthed over at være sygeplejerske. Da kravene ikke blev gennemført vendte oplevelsen til gengæld til en dyb frustration over fagforeningen.

.”*Nu er det længe siden jeg har gået med min nål.”* Beskriver en sygeplejerske i et gruppeinterview.

Erfaringen med et pseudodemokrati betyder at motivationen for at deltage mindskes væsentligt. Det gælder også oplevelsen af manglende mulighed for at få indflydelse på DSR’s politikker. For flere har en oplevelse af massiv utilfredshed med sidste overenskomst, som alligevel blev anbefalet af DSR, givet en opfattelse af, at det ikke nytter at tage del i diskussionerne.

”jeg var egentlig imod, men hun talte honning lige ned i min øregang…”

Solidarisk med dem jeg kender
Det manglende engagement kan også handle om, at de ”menige” sygeplejerskers forståelser af solidaritet og fællesskab er anderledes end de traditionelle, som fagbevægelsen bygger på. Eksempelvis fortæller sygeplejerskerne på flere afsnit, at de af hensyn til deres kolleger meget sjældent melder sig syge. – Det vidner om en stor fællesskabsfølelse og at man er parat til at støtte fællesskabet. Andre fortæller, at de i de senere år er begyndt at lave flere fælles arrangementer og har opbygget en oplevelse af at være ”et vi” på afsnittet. I en traditionel solidaritetsforståelse oplever man et tilhørsforhold til sygeplejersker generelt. De sygeplejersker, vi har talt med, oplever sig tilsyneladende mest som del af et fællesskab på det konkrete afsnit evt. på det konkrete sygehus. Det betyder f.eks., at et nyt arbejdstidsaftale, som kommer nogle grupper af sygeplejersker til gode, ikke opleves som rimelige, hvis man ikke lige kender dem.

Utilfredshed håndteres individuelt, men fører ikke til forbedringer
I undersøgelsen udtrykker mange frustrationer over de dårlige arbejdsbetingelser. Som nævnt kan det skyldes vagtbelastningen, utilstrækkelige normeringer eller den praktiserede ledelsesstil. På flere afsnit er det usædvanligt, at problemerne håndteres kollektivt.
I stedet kommer utilfredsheden til udtryk som brokkerier, sygemeldinger eller endda opsigelser. For engagerede sygeplejersker er det resultatet af, at de føler det umuligt at få forbedret forholdene på andre måder. Aktiviteterne fører sjældent til, at arbejdsbetingelserne på afsnittet forbedres. Mange efterlyser ideer til pressionsformer, som kan skabe mere opmærksomhed på problemer på en afdeling og som ledelsen og politikerne ikke så let kan sidde overhørig.

Fælles rammer opfattes som snærende bånd, men individuelle aftaler giver utilfredshed og usikkerhed
Det faglige system arbejder traditionelt ud fra en forestilling om, at sygeplejerskernes interesser bedst varetages ved at sikre fælles regler og betingelser. Ideen er, at samme forhold for alle – ensartethed - fører til retfærdighed.

Flere sygeplejersker fortæller i undersøgelsen, at de oplever ensheden som uretfærdig fordi de har forskellig livssituation og behov afhængig af alder, familieforhold, faglige ambitioner m.v. For at få plads til disse forskelle, håndteres mange forhold individuelt mellem den enkelte sygeplejerske og hendes leder eller kolleger. Et eksempel er fordeling af vagter. Mange sygeplejersker oplever vagtbyrden meget belastende og svær at forene med familie- og fritidslivet. På nogle afdelinger kan den enkelte sygeplejerske lave individuelle aftaler med afdelingssygeplejersken om at hun f.eks. bliver fri for aftenvagter. På den ene side oplever mange det som en fordel, fordi det giver mere individuelle hensyn end de afdelinger, hvor alle har lige stor vagtbelastning. På den anden side er det flere steder en kim til utilfredshed, fordi vagtbyrden bliver forskellig, og fordi det kan være uklart, hvorfor nogle kan få deres ønsker indfriet, mens andres ikke bliver efterkommet. Vi har i undersøgelsen set, hvordan der på nogle afdelinger lægges et kollegialt pres på de kvinder, som ikke har børn og familie og som derfor ikke har nogen legitim undskyldning til at sige fra overfor de ekstra vagter, helligdagsvagterne osv. Det kan stille dem i en meget vanskelig

situation, fordi de oplever, at de mangler en legitim ret til at sige fra. Vi har set eksempler på, hvordan nogle sygeplejersker har været tæt på at bryde sammen over dette, fordi det er op til dem selv at sige fra og turde sige fra overfor patienter, kolleger og ledelse.

Det rejser dilemmaet om hvordan det på samme tid kan sikres, at der bliver fælles retfærdige løsninger og at det bliver muligt at tage hensyn til individuelle forhold?

På hvilke måder forsøger DSR og tillidsrepræsentanterne at tage højde for, at medlemmerne har forskellig livssituation og ønsker – og hvordan kan det faglige system blive bedre til det, hvis de samtidig skal forsøge at sikre retfærdige forhold for alle?

Fællesskab kræver fællesskab – Hvilke muligheder har sygeplejerskerne for at være fælles?

En forudsætning for at opbygge et velfungerende socialt og fagligt fællesskab i et afsnit er, at man har tid til at mødes og mulighed for at snakke sammen. Der er tilsyneladende store forskelle på hvor meget der bliver slidt på stolene i pauserummene. Nogle steder prioriterer ledelse, sygeplejersker og samarbejdspartnere fælles pauser - andre steder er det vanskeligt. På et af seminarerne fremhæver nogle af deltagerne dog et dilemma nemlig at mange sygeplejersker ikke synes de har tid til at holde møder samtidig med at de bruger tid på at diskutere forholdene to og to. En formulerer det således på et af seminarerne: ”*Egentlig har vi tid til at mødes og vi bruger også tid to og to på at snakke om det vi gør og det som sker*. *Men det er os selv der ikke prioriterer at mødes og drøfte problemer og forhold kollektivt.”*

DSR kan som faglig organisation danne rammen for disse kollektive diskussioner – og som en sygeplejerske formulerer det på et af seminarerne:

”*Vi skal bruge DSR mere – Det er da et forsøg værd”*

9. Perspektivering: Nye udfordringer for det fagpolitiske arbejde?

De aktuelle forandringer i sundhedsvæsenet, i sygeplejerskernes opfattelse af deres faglighed og i deres forventninger til fællesskab og kollektiv interessevaretagelse giver en række nye udfordringer for det fagpolitiske arbejde – både for de tillidsvalgte på sygehusene og for DSR.

Ressourcer, dilemmaer og fortrængninger
Undersøgelsen viser at udfordringerne for sygeplejersker i hverdagen i Frederiksborg Amt er store. Både i form af mangfoldige, mangefaceterede og til tider modsætningsfyldte opgaver som sygeplejersker skal varetage. Det har vist sig at dette opleves som krævende, pågående og ikke til at ryste af sig når man går hjem, og til tider for alle og for nogle mere ofte meget belastende. Det har imidlertid samtidig vist sig at sygeplejerskerne har mange ressourcer. De har overvejende en stor glæde ved faget og arbejdet, og et engagement, der betyder at evnen til at finde de positive sider ved arbejdet afbalancerer den ret store kritik af forhold ved deres arbejde, som de også bærer med sig. Disse ressourcer er mere end blot ”den gode vilje” og høj arbejdsmoral – og kaldsbevidsthed i traditionel forstand er det kun til dels. Sygeplejersker har en arbejdsidentitet som er meget tæt forbundet med deres personlige værdier og selvforståelse. Hvorimod professionsidentiten er mere utydelig og modsatrettet, som vi ser i denne undersøgelse, idet de finder det svært at identificere sig med fagforeningen, lederne, og endda ofte også med hinanden.

Sygeplejerskerne i denne undersøgelse viser en evne til at gå meget langt med de udfordringer som praksis giver- når de er midt i den. Imidlertid er det tydeligt at bare en svag bevægelse væk fra praksis, svækker denne lyst og evne. Når man sætter sig i en stol med en kop kaffe og en båndoptager og får tid og rum til at reflektere over sin praksis, som de interviewede i denne undersøgelse, så kommer behovet for distance og der åbner sig meget hurtigt andre horisonter om en anden måde at bruge sit liv. Dette synes at pege på en meget energislugende praksis, som samtidig har så mange problematiske og også frastødende (dvs. belastende, skræmmende m.m.) træk, at man udenfor praksis ret hurtigt får behov for at trække sig væk. De fleste bærer rundt på forestillinger om en anderledes praksis, selvom de ikke til dagligt har konkrete forslag til hvordan praksis og sygehuset skal laves om. Disse forestillinger om noget andet har en tiltrækningskraft på sygeplejerskerne, og næres af nogle af de betingelser de arbejder under, som her fremdraget i de konkrete livshistorier: kønsrollerne på sygehusene, arbejdets grundlæggende eksistentielt krævende indhold, effektiviseringskravene, den manglende anerkendelse.

I denne undersøgelse har der tegnet sig en række dilemmaer i sygeplejerskers praksis og i sygeplejerskers bevidsthed om sig selv, deres fag, og deres arbejde. Disse dilemmaer er både politisk prioriteringsmæssige, hvormed der trækkes linier mellem sygeplejerskens daglige arbejde og beslutninger på amtsligt og statsligt plan. De er professionsmæssige i relation til hvilke orienteringer i sygeplejen man skal forfølge og dygtiggøre sig i. Og de bliver personlige når man så ofte befinder sig i double-bind situationer, hvor en forfølgelse af det ene betyder at man fejler på det andet felt, og hvor dilemmaerne derfor er personligt

yderst ubehagelige. Sygeplejerskerne lever i et spændingsfelt imellem at dette både er et arbejde og ikke et arbejde, hvilket både er det særligt berigende og særligt vanskelige. Sygeplejerskernes værdighed i deres praksis, og deres evne til at give arbejdet positiv mening sætter dem overvejende i stand til at prioritere og mestre de modsatrettede krav og leve med dilemmaerne. Men vi vil gerne afslutningsvis pege på den risikohorisont man kan opfatte at sygeplejearbejdet i dag udspiller sig indenfor.

Det første vi vil pege på ligger i forlængelse af pointen om at være "i" opgaverne, kontra at være lidt på afstand af dem, som vi kort opsummerer ovenfor. Behovet for at kunne distancere sig er markant, og dermed kan man forestille sig at alle former for muligheder for at slippe praksis, fra kontorarbejde til efter - og videreuddannelse, (som er nødvendig og giver nye redskaber for praksis), samtidig også giver stor lyst til at vende sig væk fra praksis, eller foretage et karriereskift. Selvom sygeplejerskerne i denne undersøgelse klart giver udtryk for at de ikke ønsker at arbejde på kontoret fortæller de også, som vi også ved det fra andre undersøgelser, at de "suges ind" på kontoret. Imidlertid sker der det at glæden ved arbejdet daler netop når man stiller sig udenfor det, således at man på en måde "glemmer" hvorfor det nu var så godt. Dette kan være en af årsagerne til at sygeplejersker i offentligheden taler så forholdsvist negativt om egen praksis. Karriereskift sker overalt i de mellemlange videregående uddannelser i dag, men vi vil her gerne påpege at netop sygeplejearbejdets karakter og de betingelser det udspiller sig under er fremmende for denne problemstilling.

Det andet vi vil pege på er de daglige "harmoniseringer" som sygeplejerskerne har behov for i betragtning af dilemmaernes afmagtsskabelse. Vi har forsøgt at vise at sygeplejerskerne har forskellige strategier hvormed de bagatelliserer, dvs. formindsker problemernes omfang, for at kunne leve med dem. Vi har også nogle steder antydet, at der lever nogle fortællinger om praksis som til dels dækker over nogle skyggesider. Sygeplejerskerne både fortæller og vil ikke fortælle, at de er meget /de er lidt ude hos patienterne. I denne undersøgelse både reproducerer og udfordrer sygeplejerskerne historierne om "den gode sygeplejerske", ligesom de også udfordrer og reproducerer historierne om "de pæne sygeplejersker." Der lever nogle forståelser og skabeloner for sygeplejen,som både irriterer de moderne sygeplejersker, men som de også dækker sig ind under. Dilemmaernes afmagtsskabelse ser ud til at gøre det nødvendigt for sygeplejerskerne at opretholde dem og faren herved er selvfølgelig at det kan blokere for refleksion over sygeplejens kvalitet og borgernes krav til og behov i sygehusvæsenet.

Det tredje vi vil pege på er, at der er meget få ansatser i sygehusvæsenet til at skabe forståelse for og klarhed over sammenhængene og sygeplejerskers oplevelser ind i forklaringsrammer. Der synes tværtimod at være tale om lavt informationsniveau og manglende strategisk orientering fra ledelserne. Sygeplejerskerne oplever sig i høj grad overladt til pressen. Samtidig er det væsentligt at se at vi ikke her taler om behovet for småinformationer, men vi taler om behovet for kontinuerlig, støttende og udviklende reflektionsrum på lokalt niveau, samt respektfuld dialog med ledelsen på mere overordnet niveau. Det er tydeligt at de informationer der faktisk kommer ud er så kaotiske eller så skræmmende, at man heller ikke tager dem til sig i dag. Hvis der ikke arbejdes på at øge forståelsen, at kunne se igennem det der sker, forøges polariseringen imellem sygeplejerskerne, som vil være tilbøjelige til, som her vist, at skylde skylden på hinanden og på enkelte ledere. En

anden side af den manglende forståelse for egen situation synes også at være faren for udbrændthed.

Den store interesse for de temadage, DSR har afholdt ifm. dette projekt, peger på, at mange sygeplejersker oplever et behov for at diskutere spørgsmål om aktuelle forandringer i sundhedsvæsenet, faglighed og interessevaretagelse. DSR har en opgave ift. at formidle, hvordan konkrete forandringer eller individuelt oplevede problemer er del af en større helhed. Vi har set eksempler på, at henvendelser til DSR om konkrete spørgsmål om pension, løn eller lignende i virkeligheden dækker over et ønske om at snakke bredt om en belastende arbejdssituation. En sygeplejerske siger om sin erfaring med en sådan henvendelse til DSR at: "*De taler så teoretisk til os*". Det har stor betydning, at medlemmerne oplever, det er legitimt at kontakte sig fagforening uden at have et konkret spørgsmål som "undskyldning". Desuden er det vigtigt, at sagsbehandlerne er opmærksomme på, at der også er stort behov for at de lægger øre til medlemmernes almene og måske udefinerede frustrationer fra arbejdslivet.

Hvad er sygeplejefaglighed i dag?
Undersøgelsen peger på, at sygeplejersker har forskellige oplevelser af faglighed og af de aktuelle forandringer i sundhedsvæsenet. Der er stor behov for at sygeplejerskerne får lejlighed til at diskutere deres forskellige faglige orienteringer - ikke som et spørgsmål om hvad der er rigtig og forkert sygepleje, men som udgangspunkt for at afdække styrkerne i de forskellige profiler. Interviewene peger på, at mange har vanskeligt ved at sætte ord på deres faglighed, og at det er svært at finde anledninger til at tage disse diskussioner i hverdagen på det enkelte afsnit. Erfaringer fra de sidste 10 år med sygeplejefaglig vejledning peger på at denne bl.a. har sin opblomstring, fordi frustrationerne i sygeplejen er steget samtidig med at sygeplejerskernes diskussionsfora er blevet færre i hverdagen. Dette så vi eksempler på oplevelser af hos de interviewede. DSR kan spille en vigtig rolle i at tematisere diskussionen om forskellige fagligheder i en mere overordnet form end de konkrete diskussioner om, hvem der skal have tillæg i Ny Løn.

En oplagt opgave for DSR kunne være at føre sundhedspolitik ind i det faglige arbejde på en ny måde, hvor det bliver muligt at tale åbent, ikke om hvad praktisk sygepleje på hospitalerne bør være, men hvad den er, hvordan den opleves af udøverne, hvordan den indfrier forestillingerne om velfærd, og hvordan der skabes kollektive rammer for at forsvare og udvikle den. Der er brug for, at DSR bliver god til at tematisere de oplevelser vi her har omtalt, og at forstå de individuelle modstandsstrategier, også når de er utydelige, eller involverer kritik af fagforeningen. Det er paradoksalt fordi arbejdets betydning på den ene side giver arbejdsglæde men på den anden side bremser for kollektiv handling og måske forbedring af arbejdet. Udfordringen for tillidsrepræsentanterne bliver at invitere til faglige debatter om hvad sygeplejerskerne gør i praksis som afsæt for at diskutere hvilke rammer der bør være i arbejdet – uden at hænge de ansatte op for, at de gør noget andet end det de "skal", eller man troede de gjorde.

Et kildent tema vi her kort vil dvæle ved er, sygeplejerskernes indsats for at være på forkant med deres faglige udvikling, igennem at forholde sig til ændringer i arbejdstilrettelæggelse, den medicinske teknologi udvikling m.m. Vi har i undersøgelsen hørt meget lidt om dette, og har dermed på dette område leveret en undersøgelse der er blind på de pletter hvor sygeplejerskernes erfaringer og oplevelser ikke rækker. Vi har ikke valgt et design,

hvor vi vælger at konfrontere sygeplejerskerne med de emner som vi kunne mene de ”bør” forholde sig til. Men vi vil her gerne give et eksempel på, at vi ser en lidt skæv og farlig prioritering fra sygeplejerskernes side, idet de overvejende forholder sig reaktivt og forsvarspræget til nye tiltag, eksempelvis den aktuelle implementering af akkreditering. Vi vil med det samme sige, at det som fortalt af de interviewede delvist handler om oplevelser af ikke at blive taget ”rigtigt” med på råd.

I dag sker der en række nye ting indenfor teknologiudviklingen som kan få stor betydning for det fremtidige arbejde, både positivt og negativt. Vi vil her nævne arbejdet for at præsentere og udvikle den elektroniske patientjournal. Sundhedsstyrelsen indtager en central rolle i forbindelse med udviklingen af den elektroniske patientjournal og deltager i en række projekter blandt andet på de danske sygehuse, hvor der afprøves forskellige strategier og modeller. I dette udviklingsarbejde deltager også medarbejdere fra bl.a. Frederikssund Sygehus. Udviklingen af standarder for de elektroniske patientjournaler har en central plads i den nationale IT-strategi for 2003-2007 (http://medinfo.dk/epj/) og selvom den forestående strukturform har bremset implementeringsprocessen er der ingen tvivl om, at det kun er et spørgsmål om kort tid, før papirjournalerne er erstattet af elektroniske journaler. Der er store forventninger til hvad dette kommer til at betyde for arbejdsgangene på sygehusene og de helt store fordele forventes at blive af organisatorisk og kvalitetsmæssig art. Selvom der på kort sigt kommer en række tekniske problemer, som sygeplejerskerne kender det fra andre områder, er der her tale om at, når først de tekniske problemer er løst er der åbnet op for at der kan ske radikale ændringer af det nuværende arbejde, de nuværende arbejdsgange og det nuværende samarbejde mellem de forskellige faggrupper. Nogle arbejdsgange forventes helt ændret eller overflødiggjort, som eksempelvis medicinordineringen og stuegangen og det skal aftales på ny, hvem der skal udføre hvilket arbejde.

Den elektroniske patientjournal består af en række oplysninger i digital form af de enkelte borgere og journalen kan i princippet altid være til stede ved den nærmeste skærm.. Det store spørgsmål er, hvem der skal have retten til at lægge informationer ind og ikke mindst at trække informationer ud og tolke på dem. Det forudsætter en anden form for viden og kompetence end den, som sygeplejerskerne i dag besidder, og det kan meget vel udvikle sig til et spørgsmål om hvem der har rettighederne til informationerne. Det er derfor ret relevant for DSR og sygeplejerskerne rundt om på sygehusene at sætte sig ind i hvordan den elektroniske patientjournal fungerer i andre lande, hvor den er indført og de erfaringer der allerede er i Danmark for at være med til at forme fremtidens sygepleje – eller fremtidens sygehuspersonale kan det måske formuleres som.

Rammer og rettigheder

Sygeplejerskerne er selvstændige og har stort ansvar og dog har det overrasket med mange beskrivelser og oplevelser af overtrædelser af kollegiale regler, både nedskrevne og uskrevne – fra andre faggruppers side overfor sygeplejersker. Vi har i rapporten her fremhævet at sygeplejersker oplever krænkelser fra kolleger, samt at de oplever deres privatliv invaderet af arbejdets krav igennem ledelsens og institutionens indgriben i deres prioriteringer (man bliver ringet op hjemme på fridage m.m.). Men mere utydeligt, og dog dagligt tilbagevendende er problemer omkring en afgrænsning af sygeplejerskens arbejdsfunktioner.

På alle de deltagende afsnit har de gode erfaringer med at udarbejde kompetencebeskrivelser for SOSU´ernes jobfunktion. Mange sygeplejersker efterlyser, at tilsvarende udarbejdes for deres job. Det kan hjælpe i den daglige prioritering af arbejdsopgaver. Sygeplejerskerne oplever nemlig, at social- og sundhedsassistenterne er gode til at afgrænse sig fra funktioner, som ikke er deres. Det er typisk aktuelt ifm. de mange serviceopgaver, som ingen længere har som faste opgaver. Sygeplejersker og SOSU´er er i stor udstrækning underlagt de samme arbejdsforhold og har derfor principielt en række fælles udfordringer at kæmpe imod. Eksempelvis er begge grupper berørt af, hvordan stuegangen tilrettelægges eller af nye administrative tiltag som madbestilling. På flere afsnit er der ikke traditioner for at lave fælles initiativer mellem de to faggrupper. Det er værd at overveje, hvordan der kan skabes et stærkere samarbejde om fælles fagpolitiske spørgsmål.

Det kollektive og det individuelle

Undersøgelsen peger på, at mange sygeplejerskers opfattelse af fællesskab og kollektiv interessevaretagelse udfordrer fagbevægelsens solidaritetsopfattelse. Sygeplejerskerne er overvejende solidariske i hverdagen omkring at få løst kollegers arbejdsproblemer som et fælles ansvar (vagter m.m.), og i et velfærdsperspektiv, at alle patienter skal have en forsvarlig og kvalificeret hjælp uanset afsnittenes rammer og sundhedspolitikkens forskrifter. Men ikke solidariske i den forstand at de stiller op til kollektiv handling omkring urimeligheder, men derimod tyer man overvejende til individuelle løsninger i form af at søge andet arbejde, melde sig syg, trække telefonstikket ud, søge opad i hierarkiet – eller ud.

Vilkårene for faglig solidaritet er også meget vanskelige i dag i amtet. Dels p.g.a. de turbulente politikudviklinger, som skaber utryghed i stedet for sammenhold, som både denne undersøgelse og andre undersøgelser kan berette om. Og dels fordi sygeplejerskerne alle har en fælles erfaringshorisont, enten via egne individuelle erfaringer, eller som en del af kollektivet ”sygeplejersker i Frederiksborg Amt. ” I denne erfaringshorisont indgår at DSR har mobiliseret dem igennem en årrække for at forbedre sygeplejerskernes forhold og arbejde, og at der faktisk foregik en vis positiv udvikling i starten af 90érne. At to store strejker blev tabt i 90érne, at de senere års lønpolitik har været mislykket, og at deres lokale fagforeningsledelses satsning ikke var virksom. Det er en meget lukkende og depressiv erfaringshorisont. Det rejser et behov for fortsatte diskussioner af, hvordan sygeplejerskernes opfattelse af fællesskab i stedet på ny kan blive en ressource i det fagpolitiske arbejde.

Et generelt indtryk fra interviewene er, at mange menige sygeplejersker ikke har jævnlig kontakt til deres tillids- og sikkerhedsrepræsentanter og ikke ved, hvilke sager de arbejder med. Det kan skyldes, at repræsentanterne dækker mange afsnit, så de ikke har mulighed for at opbygge et personligt kendskab eller indgå i det dagligt arbejdsfællesskab med alle de sygeplejersker, de repræsenterer. Det kan også skyldes, at mange tillidsvalgte ikke har fundet en egnet form og et velegnet forum, hvor de naturligt kan informere om deres arbejde og lytte til de problemer, som kollegerne oplever. De fleste steder er det svært at få kolleger til at deltage i fagpolitiske møder og arrangementer. Derfor er der behov for at tænke nye veje til at skabe debat som falder mere naturligt i det daglige.

Sygeplejerskerne fortæller, at mange er usikre på, hvad DSR konkret arbejder med og hvilke fordele man får at sit medlemskab. Nogle fortæller at de har mistet stoltheden over ”nålen.” DSR´s arbejdsprocesser er usynlige for mange menige sygeplejersker. Eksempel: Sygeplejerskerne brokker sig over et konkret problem f.eks. et forslag om, at de skal overtage rengøringen af ismaskiner. DSR håndterer sagen gennem forhandlinger med sygehusledelse, amtspolitikere, sundhedsforvaltningen, de øvrige faglige organisationer eller lign. Det er alt sammen processer, der ligger langt fra de menige sygeplejersker. Forslaget tages måske af bordet, men det er uklart for sygeplejerskerne om det skyldes nye politiske vinde, ændrede ledelsespolitikker eller DSR’s indsats. Dermed bliver det uklart, hvilket arbejde DSR gør for at forbedre forholdene.

Mange sygeplejersker oplever, at deres væsentligste kilde til information om forandringer i sundhedsvæsenet og i deres arbejde er de lokale aviser. Det er her de læser, at deres afdeling måske skal lukkes, eller at arbejdet skal omstruktureres på grund af besparelser. DSR´s indsats og informationer drukner heri, og selvom dette kan have mange årsager, vil vi gerne pege på behovet for nye informations og profileringsstrategier for DSR. Ligeledes efterlyser sygeplejerskerne eksempler på gode erfaringer fra andre afdelinger med at det kan nytte at tage fælles initiativer i stedet for at forsøge at løse problemerne individuelt. DSR kan have en vigtig rolle i at formidle disse solstrålehistorier.

Som faglig organisation er det særlig vanskeligt at synliggøre sit arbejde i et amt hvor meget styres af omskiftelige politiske processer. Det er også vanskeligt at synliggøre sine succeser når sundhedspolitikken er fyldt med katastrofer, som medlemmerne ikke forstår ikke bliver fejet af bordet af DSR. Vi har i rapporten peget på at medlemmerne overvurderer hvad den faglige organisation magter i forhold til de økonomiserings og politiserings tiltag de er oppe imod. Dette skal ses i forhold til den svage forståelse der er for fagpolitiske udtryk for fællesskab i dag blandt sygeplejersker i Frederiksborg Amts Sygehusvæsen. Ikke at fællesskabet ikke er der - vi har i denne undersøgelse set at det dukker op - men det udtrykker sig ikke ret tydeligt nedefra som deltagelse i fagpolitiske møder, konkrete krav til fagbevægelsen og ledelserne, kollektive handlingsformer m.m. Det er derfor titlen på denne rapport er blevet budskabet: Fællesskab kræver fællesskab.

Litteratur og kilder:

Christensen,Karen (2003): De stille stemmer, in Widding Isaksen (red) :Omsorgens pris-Kjønn, makt og marked i velfærdsstaten, Gyldendal Norsk Forlag, Trondheim

Dahle, Rannveig (2002): Kan skiten akademiseres? Paper fra Nordisk Sociologkongres ,Reykjavik 2002, publiceres på engelsk i 2004 in Dahl og Eriksen (red): Dilemmas of Care in the Nordic Welfare States, Ashgate

Eriksen, Tine Rask (1992): Omsorg i forandring, Munksgaard, København

Fjordbo,Mette (1992): Sygehjælpernes sidste vers, in Sygeplejersken nr. 18

Hansen, Helle Ploug (1998): Renlighed I sygeplejen, in Hansen (red): Omsorg, krop og død – en bog om sygepleje, Gyldendal, København

Hansen, Helle Ploug (1995): I grænsefladen mellem liv og død, En kulturanalyse af sygeplejen på en onkologisk afdeling, Gyldendal, København

Harrits, Kirsten Folke og Ditte Scharnberg (red)(2001): Ind i faget- Sygeplejersker fortæller, Husets Forlag, København

Hjort,Katrin (2001): Moderniseringen af den offentlige sektor, Institut for Uddannelsesforskning, RUC, Skriftserie fra EVU-gruppen

Honneth, Aksel (2003): Behovet for anerkendelse, Hans Reitzels Forlag , København

Jensen,Karen (2004) in Dahl og Eriksen: Dilemmas of Care : The Nordic Welfare States and Paid Care, Ashgate. Under udgivelse.

Jensen, Karen (1995) :Hjemlig omsorg i offentligt regi, Universitetsforlaget, Oslo,

Kjeldsen, Susanne Bloch (2003): Hvilken type sygeplejerske er du?, in Sygeplejersken nr. 8, 2003

Knudsen, Morten (2004): Beslutningens Vaklen, Forskerskolen i Viden og Ledelse, Handelshøjskolen i København, Ph.d. serie 3

Larsen, Kristian (1999): Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider - Et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelsen. Ph.d. afhandling, København, UHCF

Noddings, Nel (1984) : Caring: A Feminist Approach to Ethics and Moral Education, Berkeley , University of California Press

Schmiedbauer, Wolfgang (1986): De professionelle hjælpere, Hans Reitzels Forlag, København

Wethje, Annette og Borg, Vilhelm (2003): Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred (SATH). Dansk Sygeplejeråd og Arbejdsmiljøinstituttet

Wærness, Kari (1989): Et program for omsorgsforskning. Skriftserien Occasional Papers, Sociologisk Institut Bergen
Wærness,Kari (2003): Rekrutteringskrise i omsorgssektoren? In FOFU-Nyt nr. 1-2, 2003