

# Sygeplejerske- uddannelsens historie

Af Ellen Broge Christensen og  
Birte Hedegaard Larsen

Sygeplejerskeprofessionen har siden opkomsten været dybt integreret i det medicinske felt (Larsen, 2006). Det lægevidenskabelige paradigme var fra midten af 1800tallet under forandring fra et teoretisk til et klinisk-eksperimentelt. Det vil sige, at nøjagtige observationer af patienter i sygesengen i højere og højere grad blev grundlaget for diagnosticering og behandling. Dette betød, at der blev brug for a) personer, der kunne foretage nøjagtige observationer og rapporteringer, b) personer der kunne lede hospitalsafdelingernes plejefunktioner og koordinere daglige funktioner i øvrigt og c) personer, der kunne gøre dette med respekt for lægelige ordinationer og omsorg for patienterne. Ledende læger ønskede at uddanne kvinder af fortrinsvis den højere borgerstand til sygeplejersker, idet disse havde nogen skolemæssig uddannelse og ville kunne tilegne sig den nødvendige medicinske viden. Disse kvinder var opdraget og oplært til at styre et større tjenerskab og kunne gå direkte ind og styre en hospitalsafdeling under overlægernes ledelse. Endvidere var de opdraget og oplært til social filantropi og til at respektere mandens/ægtefællens autoritet. Dette sidste blev tilagt den største betydning, idet alt hvad en sygeplejerske foretog sig ifølge danske overlæger måtte gøres med respekt for lægers høje stade af medicinsk viden.

I forbindelse med det første område havde sygeplejersker ikke problemer med at anerkende især overlæger som de autoritative, men i forbindelse med de to andre områder (b og c), så de sig som dem, der både havde viden og kunnen og følgelig som dem, der måtte have ansvaret i en form for komplementær position til overlægernes. Overlægerne anerkendte dog aldrig sygeplejerskernes krav om et autonomt rum for ledelse, omsorg og pleje. Mens både læger og sygeplejersker tilsluttede sig et metafysisk teoretisk paradigme om henholdsvis lægekunst og sygeplejekunst, var lægerne bekymrede og konstant på vagt overfor sygeplejerskers forsøg på at etablere et autonomt fagområde. Efter



at lægernes interne paradigmekampe havde resulteret i en accept af klinisk, eksperimentel lægevidenskab i begyndelsen af 1900tallet, løsnede lægerne grebet, dog under den forudsætning at sygeplejerskerne ikke stillede spørgsmål ved det nye medicinske paradigmes overlegenhed. Sygeplejerskerne kunne uantastet udvikle deres fag indenfor en form for frirum, der omfattede praktiske, humanistiske og samfundsfaglige discipliner. Men de var på vagt overfor forsøg, der kunne opfattes som opgør med den lægevidenskabelige videns forrang og lægers overordnede position (Larsen, 2006).

## OPKOMST OG TIDLIGE FASE

Etableringen af et egentligt sundhedsvæsen udviklede sig langsomt fra midten af 1700tallet ved opførelsen af sygehuse for helbredeligt syge. Indsatsen var rettet mod at hindre fattige syge i at ligge fattigvæsenet til byrde og samtidig mod at øge befolkningens sundhed som middel til at styrke landets økonomi (Vallgård & Krasnik, 2002). Sygehusene skulle yde behandling og pleje af medicinske, kirurgiske samt smitsomme sygdomme. På Københavns Kommunehospital oprettede man i 1876 en verdslig Florence Nightingale inspireret omordning af sygeplejen. Initiativtagere var borgmester og overlæge Carl Emil Fenger samt den dan-

ske komtesse Selma Lüttichau, der var blevet uddannet sygeplejerske ved diakonissestiftelsen i Kaiserswerth, Tyskland og videreuddannet ved Nightingaleskolen ved St. Thomas Hospital, London. Lüttichau forsøgte at få indført en 3årig uddannelse, men i flere år var en 1årig uddannelse normen. Den første sygeplejeskole i Danmark, oprettet efter forbilledet, blev Bispebjerg Sygeplejeskole oprettet 1913 (Larsen, 2006).

I 1909 kom lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse (Sundhedsstyrelsen, 1909). Efterfølgende forsøgte Dansk Sygeplejeråd at opnå statsautorisation for sygeplejersker. Denne kom i 1933 (Indenrigsministeriet, 1933). Autorisationen betød, at kun sygeplejersker med en treårig uddannelse fra sygehuse og institutioner godkendt af Sundhedsstyrelsen havde ret til at kalde sig sygeplejersker<sup>1)</sup> (Wingender, 1999). Ved statsautorisationen overtog Sundhedsstyrelsen kontrollen af sygeplejersker og sygeplejerskeuddannelser, men først i 1956 kom lov om sygeplejersker (Indenrigsministeriet, 1956), der betød, at alle sygeplejersker fik samme systematiske skoling på de samme tidsmæssige og kvalitative betingelser. Det var også i denne periode, at sygeplejerskernes arbejdsområde udvidedes til også at omfatte sundhedsplejen. På initiativ af Sundhedsstyrelsen blev der i 1938 etableret sygeplejeteoretiske videreuddannelser på Danmarks Syge-

plejehøjskole ved Aarhus Universitet indenfor områderne ledelse, undervisning og sundhedspleje (Wingender, 1999).

## KONSOLIDERINGSFASEN

Med den nye lov om sygeplejersker i 1956, efterfulgt af Kgl. Anordning om sygeplejerskeuddannelsen (Indenrigsministeriet, 1957) og Sundhedsstyrelsens cirkulære til sygeplejerskolerne i 1957 (Sundhedsstyrelsen, 1957), blev der fastsat mindstekrav til optagelse på en sygeplejerskeuddannelse. Der var krav om gode skolekonditioner, et alderskrav på 18 år, tilfredsstillende helbredsattest herunder tandlægeattest og attest for tuberkuloseundersøgelse samt mindst 1 års deltagelse i praktisk husgering eller tilsvarende i en institution. Den teoretiske uddannelse blev lagt ind i arbejdstiden. Formålet med uddannelsen var:

*”... at udruste eleven med de for virksheden som sygeplejerske fornødne kundskaber og tekniske færdigheder. Eleven skal herunder opnå kendskab til sygdommens årsager og behandling samt indsigt i at udøve sygepleje og sundhedspleje som led i sygdomsbehandlingen og sygdomsforebyggelsen. Endvidere skal der lægges vægt på at udvikle elevens anlæg og evner samt at styrke ansvarsfølelse og dømmekraft.”*

(Indenrigsministeriet, 1957, § 1)

Grunduddannelsen var praktisk og teoretisk og bestod af en sygeplejeforskole med forkursus på et halvt år og en treårig grunduddannelse. Praktikuddannelsen foregik i medicinske, kirurgiske og speciale afdelinger, forudgået eller efterfulgt af korte læsekurser, hvor undervisningen for en stor del blev varetaget af læger. Der blev afholdt teoretiske prøver i lægelige fagområder, med læger som censorer ved prøverne. Eleverne blev i praktiske prøver testet i, om de var i stand til at yde pleje, afgive nøjagtig rapport af observationer samt foretage en helhedsvurdering af patientens situation. I forbindelse med de praktiske prøver tog det lang tid at få sygeplejersker og læger til at forstå, at det drejede sig om prøver i sygepleje: *”I en lang periode syntes*

*vægten at ligge på stuegangen og den eksamination overlægen, der gik stuegang foretog”* (Skriver, 1995, s. 23). Det var svært for sygeplejeelever at sætte ord på det, *”man bare gik og gjorde”* (Skriver, 1995, s. 24) i sygeplejen, og som oftest havde eksamensopgaver slagside mod en beskrivelse af selve sygdomsforløbet og behandlingen. Den almindelige opfattelse var, at sygeplejersker var *’lægens forlængede arm’* (Skriver, 1995).

I løbet af 1960’erne betød forandringer i samfundet, at der opstod et økonomisk behov for, at kronisk syge og et stigende antal ældre blev behandlet udenfor de dyre behandlingsorienterede sygehuse, og sygeplejerskeuddannelsen blev kritiseret for ikke at tilgodese betydningen af spillet mellem menneskets sundhed og sygdom og det omgivende miljø. Samtidig blev kravene til sygeplejeelevernes skoleuddannelse vurderet som utilstrækkelige og uddannelsens teoretiske niveau blev kritiseret for, at fokus var på behandling og ikke på pleje samt for, at eleverne indgik i afdelingernes normeringer.

I 1975 kom betænkning nr. 730 om grunduddannelsen af sygeplejersker (Indenrigsministeriet, 1975), der indeholdt et forslag om, at sygeplejerskeuddannelsen skulle være et studium. Udvalget ønskede en uddannelse opdelt i 7 semestre, hver af ca. 20 ugers varighed, med sundheds- og sygeplejefaget som hovedfag. De sygeplejestuderende skulle være udenfor afdelingsnormeringen, den teoretiske undervisning skulle øges, og der skulle tilrettelægges en nøje sammenhæng mellem teori og praktik. Der var også tanker om at følge WHO’s anbefaling fra 1966 om, at såvel grund-, som videreuddannelsen af sygeplejersker indgik i det højeste uddannelsessystem (Wingender, 1999). I Undervisningsministeriet og Sundhedsstyrelsen var der således tanker om at integrere sundhedsuddannelserne i de biologiske basisuddannelser på de nye universitetscentre. Udvidelsen af den teoretiske undervisning skulle ske indenfor sundhedsvidenskabelige, samfundsvidenskabelige og adfærdsvideenskabelige fag, hvilket betød en mere humanistisk-orienteret uddannelse. Betænkningens anbefalinger blev ikke til vir-

kelighed, idet Amtsrådsforeningen ikke mente at kunne skaffe personaleressourcer og økonomi til dækning af merudgifterne til ændringerne. I 1984 blev uddannelsen overflyttet fra Indenrigsministeriet til Direktoratet for Videregående Uddannelser under Undervisningsministeriet.

På grundlag af Betænkning nr. 730 blev der i stedet i 1979 gennemført en justering af 1957 uddannelsen. Formålet var nu *"...., at sygeplejeeleven tilegner sig de fornødne kvalifikationer til udøvelse af virksomhed som sygeplejerske med ansvar for den almene sundheds og sygepleje, herunder varetagelse af de dermed forbundne koordinerende, vejledende og undervisende opgaver, og erhverve forudsætninger for at kunne forny og tilpasse sit faglige virke i takt med den videnskabelige og samfundsmæssige udvikling samt forstå og accepterer sygeplejerskens ansvar som medicinalperson"* (Indenrigsministeriet, 1979, § 1)

Hovedfaget var 'sygepleje', underviserne og censorerne var for en stor del sygeplejelærere, og der blev lagt stor vægt på helhedsorienteret omsorg. Læger underviste fortsat i lægelige fagområder, men der blev i højere og højere grad lagt vægt på især humanistiske fagområder.

I 1990 betød en uddannelsesreform, at sygeplejerskeuddannelsen blev et studie. Formålet var nu at den studerende:

*"...., udvikler og tilegner sig personlige og faglige kvalifikationer til at udføre virksomhed som sygeplejerske. Formålet er endvidere, at den studerende erhverver forudsætninger for at samarbejde, for at forny sig fagligt i takt med den videnskabelige udvikling og samfundsmæssige udvikling samt for at udvikle sygeplejefaget."* (Undervisnings- og Forskningsministeriet, 1990, § 1)

Betegnelserne sygeplejens teori og metode blev indført, og hovedtemaer var nu helhed – sundhed – omsorg og mødet. Der var i relation til sygeplejens teori og metode i vid udstrækning fokus på metafysiske overvejelser over, hvad der kendetegner livet mennesker imellem, hvad der kendetegner omsorgen, og hvordan den tekniske

instrumentelle livsforståelse kan være ødelæggende for menneskelivet og omsorgen (Martinsen, 1994; Scheel, 1994). Uddannelsen var fortsat en generalistuddannelse med længerevarende praktikperioder med henblik på oplæring i at varetage sygeplejefaglige arbejdsfunktioner.

En evaluering af sundhedsuddannelserne resulterede i en reform af seks sundhedsuddannelser herunder sygeplejerskeuddannelsen (Undervisningsministeriet, 2000). Med studieordningen af 2001 fik sygeplejersker status som professionsbachelor, formålet var:

*"... at kvalificere de studerende til efter endt uddannelse at kunne fungere selvstændigt som sygeplejerske og herunder indgå i et tværfagligt samarbejde. Uddannelsen skal, i overensstemmelse med den samfundsmæssige, videnskabelige og teknologiske udvikling samt befolkningens behov for sygepleje, kvalificere de studerende inden for teoretiske og kliniske sygeplejekundskaber"* (Undervisningsministeriet, 2001). Dette formål blev yderligere præciseret i 2008 uddannelsesordningen (Undervisningsministeriet, 2008).

De teoretiske krav blev øget, da der nu skulle opnås kompetencer til at fortsætte direkte i videreuddannelser på universitetsniveau efter afsluttet grunduddannelse. Sygeplejen tænkes, som en videnskabelig disciplin, der udføres på baggrund af viden samt teoretiske, metodiske og praktiske færdigheder, og med krav om udviklingsbaseret og forskningstillknytning. Uddannelsestiden blev 3,5 år, og de studerende blev berettiget til SU under hele uddannelsen.

## KONKLUSION

Overordnet kan de forskellige uddannelsesordningers formål sige noget om grundlaget for at udøve sygepleje gennem mere end 50 år. I uddannelsesordningen af 1957 var der tale om en sygepleje- og sundhedspleje, der støttede op om de lægelige områder, sygdomsbehandling og -forebyggelse. I 1979 blev faget sygepleje et hovedfag, og kravene til sygeplejevirkosomhed

blev præciseret til at omfatte ansvar for den almene sundheds- og sygepleje, herunder koordinerende, vejledende og undervisende opgaver, samt forudsætninger for faglig fornyelse og tilpasning til samfundets ændringer. Det vil sige, at der blev lagt vægt på humanistiske og samfundsfaglige fagområder, der ikke tidligere havde spillet nogen stor rolle. I rammebekendtgørelsen fra 1990 blev undervisningsindholdet omtalt i meget overordnede vendinger, som faglige kvalifikationer til at udøve virksomhed som sygeplejerske, med tilføjelser af områder som samarbejde og forudsætninger for at kunne udvikle faget. Faget sygepleje var hovedfaget og i forbindelse hermed fik omsorgsbegrebet, omsorgsteorier samt etiske teorier stor plads. I 2001 blev der udlagt to spor i uddannelsen. Et spor skulle lede frem til udøvelse af sygeplejerskeerhvervet, et andet til universitære videreuddannelser. Faget sygepleje blev opdelt i temaer, der søgte at beskrive hovedfaget. Disse forhold blev yderligere forstærket i 2008 ordningen.

I 1957 var der fokus på at udvikle sygeplejerskers tekniske færdigheder, anlæg og evner, ansvarsfølelse og dømmekraft samt ansvar som medicinalpersoner. På det metodiske område skete der herefter betydelige ændringer. I 1957 var der beskrevet håndværksmæssige færdighedskrav, men ikke andre metodiske krav. I 1979 blev metodekravene udvidet til at gælde "... forudsætninger for at forny og tilpasse sit faglige virke i takt med den videnskabelige og samfundsmæssige udvikling". I 1990 blev dette gentaget og forudsætninger for udvikling af faget sygepleje blevet føjet til. I 2001 kom der en præcisering på dette område, idet "kritisk og analytisk kompetence og forudsætninger, der danner grundlag for videreuddannelse" blev fremhævet. Det vil sige, at sygeplejerskeuddannelsen fra at være en lærlingeuddannelse med fokus på håndværk fra 1956 til i dag har udviklet sig til en professionsbacheloruddannelse med fokus også på akademiske grundkompetencer og muligheder for at fortsætte direkte i det universitære system.

#### NOTE:

1. I perioden indtil 1932 er det Dansk Sygeplejeråd der stiller kvalitetskrav til grunduddannelsens længde og variation, det har ikke været muligt at finde tilsvarende kvalitetskrav til indholdet i uddannelsen.

#### REFERENCER:

- Indenrigsministeriet. (1933). *Lov om autoriserede sygeplejersker nr. 140 af 26. april 1933*
- Indenrigsministeriet. (1956). *Lov om sygeplejersker. Lov nr. 127 af 25. maj 1956*
- Indenrigsministeriet. (1957). *Anordning om sygeplejerskeuddannelsen af 30. januar 1957*
- Indenrigsministeriet. (1975). *Grunduddannelse af sygeplejersker. Betænkning nr. 730*
- Indenrigsministeriet. (1979). *Anordning om sygeplejeuddannelsen nr. 31 af 29. januar*
- Larsen, B. H. (2006). *Anerkendelse og krænkelse – en ph.d. afhandling*. Viborg: Forlaget PUC.
- Martinsen, K. (1994). *Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*. København: Munksgaard.
- Scheel, M. E. (1994). *Interaktionel sygeplejepsiksis*. København: Munksgaard.
- Skriver, M. (1995). *Sygeplejerskolen i Viborg 1958 – 88*. Viborg: Sygeplejerskolen i Viborg Amt.
- Sundhedsstyrelsen. (1909). *Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse*
- Sundhedsstyrelsen. (1957). *Sundhedsstyrelsens cirkulære til sygeplejerskoler mm.*
- Undervisnings- og Forskningsministeriet. (1990). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen, nr. 143 af 2. marts 1990*
- Undervisningsministeriet. (2000). *Lov om mellemlange videregående uddannelser. Lov nr. 481 af 31. maj*
- Undervisningsministeriet. (2001). *Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen*. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=23694>
- Undervisningsministeriet. (2008). *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*. Retrieved from <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=114493>
- Vallgård, S., & Krasnik, A. (2002). *Sundhedstjeneste og sundhedspolitik*. København: Munksgaard.
- Wingender, N. B. (1999). *Firkløveret og ildsjælene. Dansk Sygeplejeråds historie 1899 – 1999*. København: Dansk Sygeplejeråd.

# Et sygeplejerskeliv mellem omsorgsrationalitet og teknisk rationalitet

Af Birte Hedegaard Larsen,  
Kirsten Tarri Bak, Ellen  
Broge Christensen,  
Turid Gregersen og  
Anita Lyngsø

Danske sygeplejersker befinder sig i disse år i et felt af forventninger. Patienter forventer imødekommende og effektive sygeplejersker, der kan bistå dem med de behov, som de på grund af sygdom eller truende sygdom ikke selv er i stand til at håndtere. Organisationer, hvor sygeplejersker er ansat, forventer ud over ovenstående, at sygeplejersker påtager sig et medansvar for et sygehus- og sundhedsvæsen, hvor økonomisk effektivitet i form af kortere indlæggelsestid, cost-effektive patientbehandlingsforløb og dokumentation af 'best practice' er i højsædet. De forventer, at sygeplejersker indgår i en praksis, hvor klinisk standardisering og evidensbaseret praksis ses som kodeord for kvalitet. Endelig forventer sygeplejersker selv, at de kan leve op til sygeplejefagprofessionens kodekser vedrørende 'den individuelle patient i centrum', 'nærvær med patienten' og 'ansvar for en helhedssygepleje, biologisk, psykologisk, socialt og åndeligt'.

Det er vores antagelse, at der i relation til forventningspressets forskellige dele findes mønstre, der afspejler bevægelserne i samfundet, herunder også spændinger og konflikter. F.eks. vil sygeplejefaglige kodekser i relation til 'den individuelle patient i centrum' antageligvis fordrer en høj grad af sygeplejefaglig autonomi og en rummelig økonomisk situation og bringe sygeplejerskerne i konflikt med den senere tids *nedbygning af velfærdsstaten* (jf. Prieur i dette nummer af *Social Kritik*).

I undersøgelsen, der er grundlaget for denne artikel, sættes der fokus på sygeplejerskeliv over tre generationer. Den søger at belyse, hvorledes danske bassetysygeplejersker<sup>1)</sup> oplever deres opgaver, funktioner, faglige muligheder og betingelser, samt hvorledes de oplever deres professionelle status. Videre søger artiklen at belyse, hvorledes forhold i forbindelse med de to første områder har bevæget sig over en periode svarende til tre generationer, og hvorledes sygeplejersker



har reageret på og forsøgt at håndtere disse bevægelser.

## UNDERSØGELSENS METODE

En analyse af tale i form af interviewudsagn kan ikke frembringe viden om, hvordan sygeplejersker rent faktisk har reageret på eller håndteret de udfordringer, som de er blevet stillet overfor. Tale er dog ikke blot ord, men gør noget (Austin, 1997). Den lover, roser, dadler, accepterer, afviser m.m., og den repræsenterer tanker, erfaringer, tilladte eller forbudte meninger, ideologier og doktriner – i det hele taget de universer eller kontekster, der konstituerer, hvorledes det er muligt og legalt at tale. Talen er udtryk for subjektive overvejelser, men ligeledes for visse objektive strukturer i form af regler og kontrol- og afgrænsningsprocedurer, der er historisk kontingente, men på ingen måde tilfældige (Foucault, 2001). Når sygeplejersker taler om sygepleje, må de gøre dette i henhold til bestemte regler. De må anerkende det lægevidenskabelige paradigme og lægens ordinationsret, de kan f.eks. ikke tilslutte sig et religiøst paradigme i forbindelse med sundhed og sygdom. De må ligeledes anerkende strukturer i samfundet, f.eks. den samfundsmæssige opbygning af sundhedsvæsenet og uddannelsessystemet (Larsen, 2006, kap. 3 og 6).

Undersøgelsens empiriske grundlag blev fremskaffet ved hjælp af interviews og spørgeskemaer. Rekruttering af informanter blev foretaget strategisk således at fem af de interviewede basissygeplejersker skulle have været uddannet i mindre end fem år; fem skulle være midt i karrieren og fem skulle have været pensioneret eller på efterløn i mindre end fem år på interviewtidspunktet. Blandt disse 15 skulle der være en mandlig basissygeplejerske fra hver af ovenstående generationer, og basissygeplejerskerne skulle repræsentere henholdsvis somatiske afdelinger, psykiatriske afdelinger og hjemmeplejen.

Hver respondent blev interviewet to gange. Det første interview havde karakter af et åbent interview vedrørende informanternes sygeplejerskeliv, og det andet af et semistruktureret interview, hvor temaer fra det første blev uddybet. Via et spørgeskema blev der indsamlet data vedrørende informanternes alder, familiebaggrund, civilstand, skole- og

uddannelsesbaggrund samt karriereforløb. Efterfølgende blev informanternes udsagn analyseret og tematiseret. Udsagn repræsenterer informanternes version af verden og må ses i en større sammenhæng. Der blev derfor efterfølgende foretaget kontekstuelle analyser, hvor de fremanalyserede temaer blev relateret til informanternes sociale baggrund samt professionsrelaterede uddannelsesforhold og forandringer i den danske velfærdsstat i perioden 1960-2010 (Bourdieu, 1997; Jacobsen, Kristiansen & Prieur, 2002).

Nedenfor præsenteres undersøgelsens resultater i henhold til to hovedområder: 1) tre sygeplejersker – forskellige måder at forholde sig til magt på og 2) sygeplejersken i den nye tid. I forhold til det første hovedområde lader vi i vid udstrækning tre sygeplejersker fortælle deres historie. Fortællingerne kommenteres dog. I relation til det andet hovedområde præsenteres og diskuteres fremanalyserede temaer på grundlag af alle informanternes interviewudsagn.

## TRE SYGEPLEJERSKERS FORSKELLIGE MÅDER AT FORHOLDE SIG TIL MAGT PÅ

Det skal understreges, at der i det følgende er tale om illustrationer af tre forskellige måder at erfare og forholde sig til magt på og ikke om tre fremanalyserede typologier. Informanternes udsagn indikerer dog, at væsentlige forhold vedrørende måder at forholde sig på kommer tydeligst til udtryk i de respektive generationer, hvorfor der er valgt et generationsperspektiv som omdrejningspunkt for illustrationen.

### Jeg har altid længtes efter mere selvbestemmelse

Cathrine blev uddannet som sygeplejerske i 1970 og gik på efterløn i 2008. Hendes far var maskinmester, moderen var uddannet kontorassistent, men var hjemmegående. Cathrine afsluttede sin skolegang med en nysproglig studentereksamen. Hun havde tænkt at uddanne sig til læge, men valget faldt på sygeplejerskeuddannelsen, idet hun her forventede fokus på nære relationer, der havde stor betydning i hendes familie. Hendes daværende mand, der er akademisk uddannet, arbejdede forskellige steder i landet, og hendes

arbejdsliv formede sig i mange år af hensynet til hans arbejde og til omsorgen for børnene. Hun har arbejdet indenfor flere forskellige faglige områder og har i korte perioder haft ledelsesansvar. I en forholdsvis sen alder tog hun en treårig psykoterapeut uddannelse.

### Man blev nødt til at indordne sig

Cathrine beskriver sit møde med et sygehus-system, der fik betydning for, hvorledes hun senere håndterede dette at gebærde sig i et hierarkisk system. *Der var jo dengang sådan nogle meget skrappe sygehjælpere, som bestemt kommanderede rundt med sygeplejeeleverne. Og som lige nøjagtigt vidste, hvordan alting skulle være. Og der var også nogle meget skrappe, ugifte sygeplejersker, og der følte jeg, at man på en eller anden måde blev nødt til at indordne sig, man blev nødt til at være underdanig. Man blev nødt til at vise den side af sig selv, der sagde, at jeg er sådan en lille en, som måske ikke rigtig kan finde ud af det, men vil du ikke hjælpe mig, så bliver jeg så taknemmelig [ironisk]. Altså, man blev nødt til at gøre sig anderledes, end man var, for ellers kunne man ikke være sådan nogle steder. Og det tror jeg meget hurtigt blev dannet i mig, at man er nødt til lige at sondere terrænet, når man kom ind på en afdeling, og finde ud af, hvor er min plads i det her hierarki.*

### Man har været under lægerne

Nok giver Cathrine udtryk for, at hun har måttet stille sig underdanigt an, men hun har altid ønsket sig en høj grad af faglig selvstændighed og har især anset relationen til læger som problematisk i denne henseende. *Det jeg egentlig altid har længtes efter var at få lov til at være lidt mere selvbestemmende. Det synes jeg, sådan er gået gennem hele min karriere, at man har været under lægerne. Selv om man på nogle punkter syntes, man havde en større viden, fordi man havde en større erfaring i en bestemt afdeling. Det kunne være sådan noget som at scanne gravide, som man selv vidste meget mere om. Og så måtte man alligevel overlade scanneren til en læge, som ikke vidste så meget om det, og som man skulle stå og oplære, og så var det hans ord, der gjaldt i sidste ende.(...) Og man må endelig*

*ikke være bedrevidende. Det synes jeg sommetider har været en balancegang. Sådan har det været mange gange, hvor vi sygeplejersker tit har bandet over de der læger... de var altså ikke ret dygtige... og det var irriterende, at hver gang de lige havde lært rutinen, så kom der en ny flok, som man så også syntes, man skulle lære op. (...) Da jeg var på afdeling X, fulgtes vi jo altid med en læge. Det var noget med at være lægens forlængede arm. (...) Det oplevede jeg sommetider som undertrykkende.*

### ads

Det var afgørende for Cathrine at skaffe sig plads til en sygepleje, der var præget af helhed og nærhed. Dette var vanskeligt for hende i afdelinger, hvor hun arbejdede tæt sammen med læger, idet de indtog den betydende plads i f.eks. samtaler med patienter. *Jeg prøvede jo på alle mulige måder at få plads. Det kunne være til en undersøgelse. Medens patienten var ved at tage sit tøj af, kunne jeg komme med en eller anden lille hurtig information, medens jeg stod med ryggen til lægen – sådan så jeg tænkte, nu er det bare patienten og mig ... hvor jeg kan mærke, at de [lægerne] bliver irriterede på mig. Så jeg fandt nok de der små bitte niches. Når patienterne kom op på lejet, kunne jeg måske have lidt kropskontakt med dem... som jeg kunne mærke, de havde brug for. Jeg kunne gøre mig nærværende, uden at bruge en hel masse ord. Jeg kunne ved min tilstedeværelse signalere, at jeg er her, og du skal bare henvende dig til mig. Og jeg prøver at give dig de informationer, som jeg kan komme af sted med, og nogle af dem giver jeg, når du er på vej ud af døren. (...) Så var det jo sommetider, at man ... når patienten blev kaldt ind, at jeg kunne præsentere mig og fortælle, på vej om til stuen, hvor lægen sad, kunne jeg godt komme med nogle informationer, og det kunne jeg også, hvis jeg f. eks. skulle undersøge deres urin. Så på en eller anden måde så prøvede jeg. (...) Jeg skaffede mig plads... Ja.*

### Jeg kan godt i dag tillade mig at blive vred

Cathrine har gennem årene oplevet relationen til læger som en konstant balancegang. Hun tilpassede sig de hierarkiske forhold og lærte sig på basis heraf at håndtere relatio-



nen. Som tiden gik oplevede hun større ligeværdighed i relationen. *Jeg har fundet min plads i hierarkiet, vel fordi jeg er blevet, med årene, meget bedre til at markere mig. Altså stå frem med min viden. Sådan at jeg fik min plads. (...) Mere som en ligeværdig partner ... måske meget i psykiatrien, hvor jeg synes, der var en større accept, ja respekt for den viden, man havde. (...) Jeg er blevet bedre til at markere mig og ... tro mere på mig selv. Meget bedre. Og trække mine grænser, ikke lade nogen gå ind over dem, ikke lade mig byde hvad som helst. Jeg kan meget nemt i dag svare igen, komme med mine argumenter. Det forsøger jeg på en ordentlig måde. Jeg kan godt tillade mig at blive vred og sige, hvis der er noget, jeg ikke vil finde mig i. Det er jeg blevet meget, meget bedre til. Det kunne jeg perfekt, da jeg holdt op.*

**Det, der var fantastisk, det var jo, at vi var jo selvbestemmende**

Højdepunktet i Cathrines arbejdsliv var en periode, hvor hun arbejdede i et team af sygeplejersker, der kørte ud til patienter, der ellers var blevet henvist til indlæggelse, vurderede deres sygdom og hele situation og foranstaltede behandling og psykosocial støtte i hjemmet. *Man kan sætte nogle ting i værk omkring et menneske, som er i nød. (...) Man kan bygge et netværk op omkring patienten, indtil man kom igen næste morgen. Jeg er utrolig forbavset over så meget, der kunne lade sig gøre, ved at komme ud og indgive lidt tryk og ro til, at nu bliver der taget hånd om dig. Og vi kan, du kan, det her klarer vi sammen. Så det har været meget, meget spændende. Det, der også var fantastisk, det var jo... at vi var jo selvbestemmende. Vi havde selvfølgelig læger, som vi konsulterede omkring medicin og behandling. Vi havde ugentlige møder med vores overlæge, men det var utrolig selvstændigt, fordi det var vores vurdering, som resulterede i, hvordan vi handlede. (...) Her var man sig selv, her var det ens vurdering... ens faglige kompetence, man fik brugt. (...) Fordi lægerne [de praktiserende], de sad jo tit magtesløse, og vidste ikke, hvad de skulle stille op. (...) Det tror jeg har været det, der var højdepunktet. (...) Det synes jeg var fantastisk.*

Cathrine tog en sygeplejerskeuddannelse,

hvor der var fokus på relationen til patienter, men hvor sygeplejerskens støtte til den lægelige behandling var indiskutabel (Indenrigsministeriet, 1957). Hun gjorde sin entre i midten af 1960erne i et sundhedsvæsen med et formodentligt endnu stærkere hierarki, end det, der kendes i dag, og af interviewet fremgår, at sygeplejerske-lægerrelationen havde været problematisk for hende gennem hendes lange karriere.

Sygeplejersker, uddannet efter 1957 uddannelsesordningen, blev undervist i alle de fagområder, som læger ligeledes blev undervist i, dog var omfanget af pensum mindre. De kunne på grundlag heraf, men i særdeleshed på grundlag af lang praktisk erfaring være mere kompetente til at foretage vurderinger af patienter og tekniske procedurer end nyuddannede læger. Der var i uddannelsen beskrevet et fag 'sygepleje', og formålet med dette fag var at lære og opøve sygeplejefaglige færdigheder, der understøttede patienten samt lægens behandlingstiltag. I sygeplejerskekredse var en negativ betegnelse for understøtningen af lægen, at arbejde som 'lægens forlængede arm'. For sygeplejersker uddannet efter 1957 uddannelsesordningen var der megen faglig stolthed forbundet med medicinsk viden og tekniske kompetencer, mens uddannelsen ikke gav megen hjælp til at beskrive en sygeplejefaglig egenart. Samtidig med at sygeplejersker var sig en sådan bevidst, besad de ikke et vokabular, der eksplicit kunne udtrykke denne. For læger var sygeplejersken først og fremmest en hjælper og en stedfortræder i den medicinske praksis. Al snak om sygeplejefaglig selvstændighed var for uforståeligt for dem (jf. Christensen og Larsen i dette nummer af *Social Kritik* og Larsen 2006).

At være underlagt et hierarki med lægen som den dominerende havde for Cathrine en dobbelthed i sig. På den ene side oplevede hun, at hun havde medicinske specialkompetencer, som gav hende faglig selvtillid, og som hun forventede anerkendelse for. Selvtilliden blev på den anden side ideligt undermineret af lægers højere hierarkiske placering. Hun var stolt af sin medicinske viden og kompetencer og accepterede disse som præmis for indflydelse og status. Hun tilpassede sig de hierarkiske vilkår, mens hun samtidig forsøgte at kæmpe for et sygeplejefagligt frirum

(Larsen, 2006) indenfor det lægelige videns- og behandlerrum. Dette betød, at hun måtte finde plads til sygeplejen i det skjulte eller på trods. De strukturelle forhold i sundhedsvæsenet, uddannelsesmæssige forhold samt formodentligt også hendes køn og habituelle forhold gjorde, at tilpasning var en konstruktiv mulighed. Hun trivedes med sit fag. Med erfaringen og alderen, men nok ligeledes på baggrund af tidens mindre stramme hierarkiske relationer blev hun bedre og bedre til at skabe og forsvare sit faglige frirum. Efter at hun havde erhvervet sig argumentationstygnde gennem en psykoterapeut uddannelse og fået en stilling, hvor hun arbejdede i en selvstændig position tæt på den enkelte patient i dennes hjem, oplevede hun en ligeværdighed, der tilfredsstillede hendes faglige ambitioner. Frirummets grænser havde her større vidde.

### Jeg har altid kæmpet

Frida tog en HF eksamen og blev uddannet som sygeplejerske i 1992 efter en uddannelsesordning af 1979 (Sundhedsstyrelsen, 1979) og tilhører således undersøgelsens mellemgeneration. Moderen havde efter en sygeplejerskeuddannelse videreuddannet sig til sundhedsplejerske, og faderen havde efter en håndværkeruddannelse videreuddannet sig til ingeniør. Både hun og hendes to søstre blev sygeplejersker, ligesom flere kusiner, fætre og andre familiemedlemmer er sygeplejersker, læger eller har andre sundhedsfaglige uddannelser. Skulle hun vælge uddannelse i dag, ville hun nok have valgt medicinstudiet. Hun er for nuværende i gang med en sygeplejefaglig diplomuddannelse og ser yderligere videreuddannelse som nærliggende. Det vil sige, at Frida har reproduceret familietraditioner både hvad angår grunduddannelse og udnyttelse af muligheder for videreuddannelse. Hun arbejder på et kirurgisk afsnit, er tillidsrepræsentant og har uddannelsesansvar. Frida er skilt og har hjemmeboende børn.

### Jeg er nødt til at tænke om

Frida oplevede i sit daglige arbejde, at sygeplejefaglige værdier og handlemåder, som hun siden sin uddannelsestid havde værdsat og anset som kerneområder, var kommet under

stort pres fra, hvad hun identificerede som *politisk hold*. Dette havde bragt hende i en situation, hvor hun følte sig splittet mellem professionsrelaterede værdier og handlemåder og organisatoriske og administrative styringsbetingelser. Hun havde følgelig store problemer med sin sygeplejeidentitet. *Det politiske, det har jo lige i øjeblikket specielt, rigtig stor indflydelse på, hvordan vores hverdag ser ud. Og det at have været i mange år på arbejdsmarkedet, og så pludselig komme ud i den omvæltning, der er nu, det stiller enormt store krav til os sygeplejersker. (...) For at kunne blive ved med at holde til at være i praksis, så har jeg tænkt, at så er jeg nødt til at tænke om, for jeg kan ikke tænke, som jeg altid har gjort, det går jeg i stykker af. Så kan jeg ikke være i mit fag. Det synes jeg er sådan en mærkelig, underlig oplevelse at have fået.*

Hvis ikke jeg kan tænke den der omsorg og humanismen ind i det, som sker nu, så kan jeg ikke være der

Frida så sig som en person, der kæmpede for at genvinde en faglig stolthed på grundlag af humanistiske omsorgsværdier, som der ikke mere var plads til, men oplevede, at hun var oppe mod en stærk overmagt. Hun håbede dog på, at hun gennem videreuddannelse kunne opnå argumentationstygnde og på grundlag heraf en indflydelse, der kunne medvirke til at rehabilitere en skrantende omsorgsrelateret sygeplejefprofession. *For ti år siden kunne vi godt yde den service og have en halv times overarbejde på det ... for at opføre os ordentligt overfor patienterne, for at være værdige, etiske og alt muligt. Det kan vi ikke i dag. Så skal vi jo tænke om, og jeg skal stå over for patienterne og sige det ... og det er ikke sikkert, at jeg med respekt for mig selv kan ... for jeg vil ikke synes, det er okay ... så kan jeg jo ikke være der ... kan jeg?*

Intervieweren indskyder, at Frida jo dog alligevel er der.

*Jamen, jeg tror jo på, at de fleste vil det godt, og jeg tror på, at når tingene går galt, så er det magtesløshed, og så tænker jeg: Kan man gøre noget ved det, kan man gå videre med dette? Og, ja jeg kan høre, hvad min leder siger: "Men det kan vi ikke, altså sådan må det være". Jeg synes bare ikke rigtig, der*

er sådan et helt vildt klart lys et eller andet sted fra, der siger, at vi får et rigtig godt fag igen. Det synes jeg ikke, fordi der er mange flere krav, som man er oppe imod, og som tager tiden ... det er ikke det ... hvis ikke jeg kan tænke omsorgen og humanismen ind i det, som sker nu, så kan jeg ikke være der. (...) Jeg har altid kæmpet og vil det, men så er spørgsmålet jo, om man skal blive på sin lille post, eller om man skal have en anden, hvor man har lidt indflydelse på tingene. Det kunne være, jeg kunne få det ved noget videreuddannelse, det kunne jo være, jeg kunne være heldig den vej igennem at lave noget mere kvalitetsudvikling på omsorgen, altså måske at den fik sin berettigelse i lidt højere grad, end den har.

**Hun snakker meget om drift, og jeg snakker meget om værdier**

Frida mente, at de sygeplejefaglige ledere fra politisk hold blev presset til at modarbejde sygeplejens omsorgsværdier. Hun forsøgte at beskytte disse, men kom på kollisionskurs med sine ledere. Så synes jeg, at vi skal tage det op.(...) Men man skal træde så varsomt. Fordi det er mig som spydspids [tillidsrepræsentant], der kommer til at gå i klinch med min leder. (...) Hun snakker meget om drift, og jeg snakker meget om værdier. (...) Jeg tror, jeg er så irriterende. Jamen det er jeg, og hun – jamen hun har, hvad hedder sådan noget, hun har talt ned til mig. Hun har været irettesættende, hun har... ikke vist respekt, og det synes jeg er meget voldsomt. Jeg har fået beskyldninger om at være illoyal og piske stemninger op... så jeg får rigtig, rigtig meget skyld for det, jeg gør, og det piller jo ved mig som menneske. Jeg har sovet dårligt over det i lang tid, og jeg overvejer, om det er det værd for mig at blive på kamppladsen.

**Jeg bliver slet ikke brugt som sygeplejerske, som det ser ud lige nu**

Udover at føle sig personligt nedgjort, følte Frida sig fagligt degraderet som sygeplejerske. Denne gang har jeg fået at vide ovenfra, at det skal I overhovedet ikke blande Jer i. Overhovedet ikke! Jamen så siger jeg, det er da synd for patienterne, og det er da også synd for personalet. Det giver dem en masse ekstra arbejde, at tingene ikke bliver planlagt ordent-

ligt, det behøver vi slet ikke at have nogen mening om, fordi det ordner sig, og det er der nogle, der tager sig af, og det evaluerer vi engang om et par måneder.(...) Jeg skal nok bare egentlig ikke vide noget, og jeg skal bare passe mit arbejde. Jeg skal bare gøre, hvad der bliver sagt.(...) Jeg synes, det er så dårligt. De bruger slet ikke mine kompetencer, de bruger slet ikke min erfaring, de bruger slet ikke min viden. Jeg bliver slet ikke brugt som sygeplejerske, som det ser ud lige nu.

**Jeg kan bare ikke gøre det bedre, end det man vil fra sygehusledelserne**

Frida ville gerne gøre sit til, at det offentlige sygehusvæsen bliver præget af både effektivitet og medmenneskelighed, men hun fandt dette meget vanskeligt. Hun følte sig splittet mellem to menneskesyn og handlemåder og oplevede, at hun var oppe mod kræfter, der tvang hende til at fornægte sine sygeplejefaglige idealer. Hun anerkendte, at de sygeplejefaglige ledere var tilhængere af de samme idealer, men oplevede, at de bliver tvunget til at fokusere så stærkt på økonomisk relateret drift, at sygeplejen blev svigtet. Der er for mange modsatrettede ting, der trækker i dem [de sygeplejefaglige ledere]. De skal styre for meget økonomi samtidig med, at det jo er... altså hele det humanistiske i vores fag, det synes jeg har svært ved at finde sin plads! (...) Jeg prøver på, om jeg stadigvæk kan være i faget, ved at tænke om, fordi mit menneskesyn er bestemt overvejende humanistisk. (...) Og jeg har et eller andet sted faktisk lyst til at blive og være med til at gøre det godt på de offentlige sygehuse. Men jeg kan bare ikke gøre det bedre, end det man vil fra sygehusledelserne. (...) Så synes jeg, det er svært at være der som et godt menneske, hvis man kan sige det på den måde ... og så tror jeg, man brænder ud ... jeg prøver på at finde ud af at være der, men hvis jeg kigger mig omkring, og ser de gode går, så er det, jeg tænker, så har jeg ikke nogen at sparre med, hvis mine ledere ikke er gode nok, hvis ikke de ansatte er gode nok. (...) Så jeg skal jo kæmpe for noget, der er grundlæggende. (...) På en måde jeg ikke har gjort før.(...) Dybt frustrerende!

Samtidig med, at Frida havde sine bestemte meninger om omsorgens betydning i sygeplejen, udtrykte hun tvivl om, hvilken

sygepleje patienterne egentligt efterspurgt. Dette fik hende dog ikke til at skifte standpunkt. *I patienttilfredshedsundersøgelser har jeg læst, at kerneydelsen er behandling og det vigtigste for patienten. (...) Nogen af periferiydelserne (hæver stemmen) synes jeg jo også er vigtige. (...) Kerneydelsen kan jo bare være god kontakt.*

Selv om Frida dagligt arbejdede tæt sammen med læger, var hun i modsætning til Cathrine kun sporadisk optaget af relationen mellem læger og sygeplejersker. For hende drejede kampen sig om hensynet til sygeplejefprofessionens værdier kontra hensynet til, hvad hun så som professionsfjendtlige driftinteresser. Dette var ikke et tema for Cathrine, og når det i så høj grad var det for Frida, kan det skyldes, at tidspres og ændrede arbejdsfordelinger sammen med andre økonomisk bestemte krav rent faktisk er blevet aktualiseret i de seneste år i forbindelse med nedbygningen af velfærdsstaten. Frida befandt sig midt i dette, mens Cathrine havde fundet sig en niche, hvor hun i en vis udstrækning i sine seneste arbejdsår kunne unddrage sig det.

Cathrine og Frida har begge en patientcenteret omsorgsorientering. Cathrine måtte i lange perioder skaffe sig et frirum for omsorgsindsatsen i periferien af en tildelt rolle som lægelig assistent. Frida tilsluttede sig en omsorgsrationalitet (Wærness, 1996) i et modsætningsforhold til en økonomisk og havde store faglige ambitioner, men havde ikke som Cathrine fundet sig en niche, hvor disse kunne opfyldes. Hun så dog frem til en sådan i kraft af videreuddannelse og derved mere indflydelse.

Cathrines og Fridas fælles sygeplejeidealer blev ikke formuleret på helt samme måde. Mens Cathrine talte om at have tæt kontakt med mennesker, anvendte Frida overordnede begreber som sygeplejens kerneværdier, humanistiske værdier, omsorgsværdier o.l. og efterlyste ressourcer, tid og ledelsesmæssig tilskyndelse til at praktisere sygepleje i henhold til disse. Hun havde i kraft af sin uddannelse fået en indstilling til faget og et vokabular til sin rådighed i forhold til at beskrive sygeplejefprofessionen som en profession med grundlæggende omsorgsrelaterede værdier (Sundhedsstyrelsen, 1979).

Tiden for Fridas sygeplejerskeuddannelse var

stærkt præget af forsøg på at opnå anerkendelse af et omsorgsparadigme på et filosofisk – etisk grundlag (Martinsen, 1994; Scheel, 1994). Professionen var i nutiden for hende at se *kommet* i uføre, og dette skyldtes fortrinsvis sygeplejeledere, der nok delte hendes værdier, men ikke kunne stå mod økonomiske effektiviseringskrav. Dette er mere kompleks end som så. Sygeplejen har altid befundet sig i et spændingsfelt mellem rationaliteter, der presser omsorgen: staten kontra den enkelte, økonomi kontra omsorg, eksperimentel videnskabelighed kontra omsorg o.l. (Larsen, 2006). Disse rationaliteter rammer og øver indflydelse på alle niveauer i samfundet, således også på de ledere, der om nogen skal påse, at samfundets medlemmer retter ind. Fridas beskrivelse af at befinde sig mellem rationaliteter, der ikke kan forenes, er konkret og meget illustrativ i forhold til, hvorledes sygeplejen opleves som spændt op mellem rationaliteter, og hvorledes dette presser fagets udøvere i en sådan grad, så risikoen for at forlade faget kan blive aktuel.

Frida gik mere aktivt ind i at øve modstand mod det, hun mente, var uhensigtsmæssigt, end Cathrine. Cathrine tog sin stille og langsigtede kamp om faglig anerkendelse, mens Frida løbende involverede sig i en række konfrontationer på egne og kollegaers vegne. Cathrine kunne tilpasse sig, dette synes meget vanskeligt for Frida. For hende gennemsyrede den nye tids økonomiske rationalitet hverdagen på en måde, så hun oplevede at blive tvunget til helt at måtte forkaste sin sygeplejeidentitet. Den dikotome opdeling mellem omsorgsrationalitet og økonomisk rationalitet og den sidstes forrang i tiden var for hende så stærk, at tilpasning ikke blev oplevet som en konstruktiv mulighed.

## SYGEPLEJEN MANGLER EN GOD OMGANG 'FUCK YOU'

Niels blev uddannet som sygeplejerske i 2004 efter professionsbacheloruddannelsesordningen af 2001 (Undervisningsministeriet, 2001). Han bor sammen med sin kæreste, der har en akademisk uddannelse. Hans forældre har begge taget studentereksamen og uddannet sig til henholdsvis folkeskole- og gymnasielærer, og alle hans fire bedsteforældre havde uddannelse. Niels blev sygeplejerske, fordi

han kendte en mandlig sygeplejerske, hvis væremåde og dygtighed, han satte meget højt. Efter grunduddannelsen fik han ansættelse i psykiatrien og påbegyndte meget kort tid efter en humanistisk kandidatuddannelse på universitetet samtidig med, at han bibeholdt en arbejdsmæssig tilknytning til sygeplejen. Han har skiftet job flere gange og har haft kortvarigt ledelsesansvar.

### Ligeværdighed findes ikke ... der er et hierarki

Niels oplevede et stærkt hierarki indenfor egne rækker. Han kom som nyuddannet mandlig og ambitiøs sygeplejerske til en virkelighed, hvor han snart kom i et modsætningsforhold til egne kollegaer og medarbejdere med kortere uddannelse end hans. Han følte sig teoretisk velfunderet, havde ideer til, hvorledes sygeplejen burde være, og var meget optaget af betydningen af at diskutere og dokumentere sygeplejen i henhold til evidensbaserede faglige kriterier. *Der gik ikke ret lang tid, før jeg fandt ud af, at mine ambitioner kolliderede lidt med den praktiske virkelighed. (...) Der var en vis diskrepans mellem det, jeg havde forhåbninger om at kunne udrette [og virkeligheden]... jeg har arbejdet lidt på sygeplejeskolen med vidensudvikling og dokumentation, og jeg synes, det var **sindssygt** spændende og havde forventninger om, at man havde ... jamen det er jo fuldstændig **naivt** den dag i dag, at se det sådan, men jeg håbede, at man havde en nogenlunde ligeværdig dialog. (...) Altså ligeværdighed findes ikke ... der er et hierarki. (...) Det synes jeg var på sin vis meget interessant, men samtidig skræmmende og nedslående, så efter som jeg var den nyeste, den yngste ... der stod sygeplejerske på mit skilt, og jeg er mand. Det fandt jeg ud af, det var kriterier, som ikke altid talte til ens fordel. (...) Det var ligesom min maskuline gennemslagskraft den udeblev. (...) Når vi diskuterede det, vi skulle lave i afdelingen... blev jeg bedt om at lukke munden og pakke mig og gå ud at hælde medicin op.*

### Supervision

Niels var indstillet på, at han skulle bruge sig selv som person i sygeplejen, og at dette ville blive vanskeligt og kræve supervision af mere erfarne arbejdskolleger. Han oplevede dog, at supervisionen snarere blev brugt til at vise ham en plads nederst i hierarkiet end til at gøre ham i stand til at yde en bedre sygepleje. *Men når det bliver introspektivt ... det ligger jo selvfølgelig i situationen, men jeg oplevede det, som om der var et tydeligt hierarki, som skulle ... altså supervision var mere en manifestation af hierarkiet, end det var en øvelse i at skærpe sig selv som medarbejder. Så jeg synes, de der supervisionssessioner var nogle overgreb ... på mig i hvert fald, fordi jeg havde en oplevelse af, at der var en masse værdier, som skulle trækkes ned over hovedet på mig, som jeg ikke kunne forene mig med ... og det stod i sådan en kraftig kontrast til de faglige standpunkter jeg havde for, hvordan man skulle behandle andre mennesker, og hvordan man tænkte omsorg, hvordan man tænkte sygepleje. (...) For det var jo lige pludselig mig, det var ikke genstanden sygepleje mere. (...) Der var nogle bestemte tanker og regimer, jeg skulle følge, men det var i hvert fald ikke noget, jeg har kunnet læse mig til nogen steder. Det var sådan nogle uformelle og usynlige normer, og jeg kunne ikke gennemskue spillet. (...) Jeg havde det, som om jeg var ved at blive revet i stykker.*

### Jeg kan huske, jeg havde søvnproblemer i den forbindelse

Oplevelsen af at skulle underkaste sig ældre kollegaer og medarbejdere er gennemgående i interviewene med Niels, og han blev personligt meget påvirket af, hvad han så som en fastlåst situation. *Jamen, jeg er et relativt sensitivt menneske, så ret hurtig begyndte jeg at føle mig utilpas og gå lidt selv ... og jeg forsøgte at gå til min mentor med det, men jeg stolede faktisk ikke rigtig på mentoren. For hun var sådan en lakaj for afdelingsledelsen ... jeg skulle jo også underkaste mig mentoren, som jeg skulle underkaste mig alt andet. (...) En periode forsøgte jeg*



*virkelig at give det chancen og se logikken i det og forstå og prøve at leve mig ind i det, men det stod i kontrast til det, jeg stod for, så jeg reagerede nok ved i den sidste ende at trække mig lidt. Ja, jeg kan huske, jeg havde søvnproblemer i den forbindelse, jeg kan huske, jeg blev mere sådan gnavpotagtig ... altså jeg havde det bare ikke godt.*

**Så jeg rejste ... og smækkede med døren**

Niels forsøgte at kæmpe for en plads til den faglighed, han fandt rigtig, men løb gentagne gange ind i modstand fra egne kollegaer og andre nære medarbejdere. Hans grænse for, hvad han kunne tolerere blev overskredet, og han sagde op med øjeblikkelig varsel. *Jeg følte det virkelig så ydmygende, at jeg sådan skulle underkaste mig afdelingssygeplejersken gang på gang, både til møderne, og at jeg skulle komme ned på hendes kontor. Og så var der sådan et hierarki inde på personalekontoret... der var tilsyneladende bestemte roller og tidspunkter, hvornår man måtte tale, og hvem man måtte tale til, om hvad ... så jeg fik, jeg tror, det er i kraft af mit køn, jeg fik tildelt en praktisk gris rolle. (...) Det var i hvert fald ikke det, min faglighed bestod af ... så jeg rejste ... og smækkede med døren. (...) Den dag i dag er jeg **helt** sikker på, at det var den rigtige beslutning.*

**Altså, det er jo lægerne, der leder sygeplejen, ik'**

Magtrelationer i forhold til egne kollegaer var problematiske for Niels, det samme

var relationen til læger, idet han mente, at læger uretmæssigt gjorde krav på at lede sygeplejen. Han havde sin klare mening om, at dette kunne ændres ved, at sygeplejersker blev bedre til at italesætte deres fag. *Så mødte jeg overlægen, og så sagde hun til mig: "Hvorfor vil du være xx ... så bliver du jo humanist". Hun sagde det i sådan en grim tone. Så kiggede jeg på hende og sagde; "Jamen, det er jo fordi, jeg synes, det er relevant at arbejde med humanistiske problemstillinger i psykiatrien, synes du måske ikke det?" Så blev hun godt nok stiv.*

Og videre:

*Noget af det, jeg synes, der er svært ved at være sygeplejerske, det er, at man er dataindsamler for et andet fag ... jeg kunne ligeså godt være studentermedhjælper ... og jeg synes, det er devaluerende, at jeg har læst i seks år, og jeg skal være dataindsamler for en ... forvagt. (...) Det er jo en forvagt, som ikke engang er færdig eller en reservelæge, som skal stå og nærmest diktere, hvad mit arbejde skal være, og også diktere, hvad sygeplejen ... altså det er jo lægerne, der leder sygeplejen, ik? Og hvorfor læger leder sygeplejen, det er sådan nogen ting, hvor jeg tænker, det er en farce, det er et problem, det skal vi blive bedre til. Ku` vi det, så tror jeg, det var nemmere at holde på folk. (...) Bare vi lærer at italesætte det [sygeplejen], og måske får en kultur, hvor vi kan italesætte det, tror jeg ... i stedet for, at vi bliver ved med at træde os selv over tærne, som ... de yndige piger, vi nu er. (...) Jeg plejer at sige, sådan lidt halvt hånligt, når min gode ven, som også er sygeplejerske, og jeg diskuterer det her,*

*altså vi ... sygeplejen mangler en god omgang 'fuck you'.*

Niels havde i lighed med de to ældre sygeplejersker oplevet frustration over manglende faglig anerkendelse, men i modsætning til Cathrine og Frida, der vægtede erfaring, håndværksmæssig kunnen og omsorgskompetence, var det først og fremmest en evidensbaseret sygeplejeviden han var frustreret over ikke blev anerkendt. Dette spejler formentligt en stærkere teoretisk vægtning i den uddannelse han har gennemgået (Undervisningsministeriet, 2001). Han var ligeledes frustreret over manglende anerkendelse fra lægelig side, men hvor dette for Cathrine var et hovedproblem, var det for Niels mere et irritationsmoment, som sygeplejersker selv ville kunne overvinde ved at sætte sygeplejeviden i tale f.eks. i forbindelse med en dokumentationspraksis, der byggede på eksplicite kriterier. Mere væsentligt var det hierarki, den ekskludering og den invasion over personlige grænser, han oplevede i relationen til egne kollegaer.

Når Niels ikke fik den anerkendelse, han mente sig berettiget til og oplevede sig nedgjort, sagde han op uden at kere sig om opsigelsesvarsler o.l. Han havde ingen familieforpligtelser, og kunne følgelig gå. Han var selvrefleksiv i forhold til, hvordan han påvirkede sine kollegaer som ungdommelig fremfysende, som faglig stærk, som mand o.l., men han havde en faglig selvtillid, et stærkt socialt *drive* mod indflydelse og en personlig grænse, som han i modsætning til Cathrine og Frida reagerede offensivt i henhold til. Niels' faglige selvtillid har sikkert flere kilder, blandt dem hans uddannelsesforløb, hans boglige barndomshjem og hans køn. I et tumultuøst arbejdsliv fandt han sig nicher f.eks. ved at arbejde om natten, der betød, at han undgik større diskussioner med kollegaer, og økonomisk blev i stand til at påbegynde et kandidatstudie allerede et par år efter afsluttet grunduddannelse. Det vil sige, at han fandt sig en vej, der formodentlig vil sikre ham den position, han håber på.

Niels drages mod humaniora, men hans bud på, hvorledes sygeplejefprofessionen vil kunne opnå anerkendelse er til en vis grad bestemt af en naturvidenskabelig rationalitet. Han værdsatte i modsætning til Frida væsentlige elementer i tiden vedrørende evidens

(jf. boks 1) og standardiserede dokumentationskrav (jf. boks 2).

Disse elementer anså han for at være vigtige faktorer i bestræbelserne for at eksplicitere en rationel sygepleje, som igen kunne danne grundlag for et autonomt sygeplejefag. Niels blev uddannet i en tid præget af dette rationale og havde vanskeligt ved at anerkende ældre kollegaers praksisser og mere diffuse udtryk for faglighed. Der er ingen spor af det, der fyldte mest i Fridas fortælling, frustrationen over at blive tvunget ind under et rationale, som hun så som sygeplejefjendsk. Der er til gengæld tydelige spor af, at den lægelige dominans i sygeplejen fortsat blev oplevet som et problem. Niels taklede dog denne på en anden måde end Cathrine – hun tilpassede sig, selv om dette var vanskeligt for hende – han var irriteret, men så positive muligheder for ændringer ved hjælp af den nye tids akademiske muligheder for sygeplejersker og krav om evidensbaserede dokumentationsregimer.

Fælles for de tre er, at de gjorde krav på et patientcentreret omsorgsorienteret paradigme og i forbindelse hermed en vid udstrækning af faglig autonomi, som det var vanskeligt for dem at opnå. Det er ligeledes fælles for dem, at de ikke ekspliciterede deres position i det medicinske felt. 'Tilpasning' er bærer af en dyb accept af, at feltet har betydning, at læger har betydning, at ledere har betydning o.l. Men også en mere offensiv holdning overfor betingelserne i feltet er bærere af denne accept (Bourdieu, 1997). Der er ingen udsagn overhovedet, der påpeger et ønske om, at sygeplejen befries for lægelig indflydelse på faget, eller påpeger, at staten ikke skulle have lov til at intervenere i sundhedsvæsenet. Kravet om faglig selvbestemmelse skal muligvis mere ses som et krav om en højere grad af anerkendelse af omsorgsfunktioners og -relationers betydning i et eksperimentelt videnskabeligt og teknisk betonet medicinsk felt, end som et krav om faglig autonomi som sådan. Kampen for denne betydning er ikke som sådan en kamp mod læger, ledere og kollegaer, men en kamp mod de vilkår og den symbolske vold, der hører den vestlige verdens grundlæggende diskurser til (Bourdieu, 1999; Foucault, 2001).

## SYGEPLEJERSKEN I DEN NYE TID

Ovenfor har vi set, hvorledes de tre informanter positionerede sig i forhold til patienter, læger, ledere og kollegaer. Deres position i det medicinske felt var udsat, idet de ideligt kom 'imellem', imellem læger og patienter, imellem sygeplejeledere og patienter, imellem omsorgsrationalitet og eksperimentel behandlingsrationalitet, imellem et sygeplejefagligt skøn som grundlag for kvalitet og pålagte standarder som dette grundlag osv.

Undersøgelsens øvrige informanter både støtter og nuancerer dette. På tværs af generationer var der stor enighed om betydningen af de relationer, som sygeplejersker indgår i. Relationen til patienter var afgørende, men denne blev forstyrret af sygeplejerskers både traditionelle position i det medicinske felt og den nye tids politiske pres på dette.

### SYGEPLEJERSKE-PATIENTRELATIONEN: / dag gjorde du en forskel

Informanterne beskrev det betydningsfulde i sygeplejen i forhold til to spor. Det ene spor omhandlede betydningen af en faglig dygtighed, som havde at gøre med sygeplejefaglig og medicinsk viden samt instrumentelle handlingskompetencer. Det andet spor omhandlede en lydhørhed overfor patienter, som ikke drejede sig om familiaritet eller venskab, men blev set som et essentielt etisk træk ved faget. Dette træk blev sjældent beskrevet eksplicit, men dog med korte referencer til omsorg, humanisme, etik o.l. Oftest blev det beskrevet som et statement i relation til betydning af 'at være der for patienterne' og 'at gøre en forskel'.

### Man skal virkelig bruge sin sunde fornuft og tænke med hele sin viden

Med hensyn til det første spor blev dette angivet som afhængigt af den enkelte patients situation og sygeplejerskers evne til at foretage et fagligt skøn, beslutte sig for handlinger og udføre disse. Gik dette op i en højere enhed oplevedes stor tilfredshed med egen indsats. *Når man kommer ud i noget akut, hvor man virkelig skal bruge sin sunde fornuft og tænke med hele sin viden. Man skal være parat til hele tiden at handle på, hvad*

*man tror, er mest rigtigt. (...) Så der bruger man, virkelig, virkelig sin erfaring. (...) Når man reflekterer, når man sætter sig ned og skriver og tænker "hold da op, jeg har jo egentlig gjort, det bedste jeg kunne"* (Karina – u<sup>2</sup>)

Også de ældre satte det sygeplejefaglige skøn og velbegrundede handlinger højt og fandt det essentielt, at sygeplejersker argumenterede for de rigtige handlinger i relation til den enkelte patient. Det er dog betegnende, at de ikke eksplicit omtalte sygeplejeviden, men i højere grad erhvervede erfaringer samt udtryk, der kan associeres til håndværk. *Når det skrider, når man hele tiden skal argumentere for, hvad det er, der er ens plejeopgave, når det hele tiden skal beskrives. (...) Når man skal ud til et menneske og finde ud af, hvad kan jeg, hvilken tilgang, hvilke værktøjer er det, der skal på banen* (Gert – æ).

Vigtigheden af at foretage et skøn, der var rettet mod patientens situation blev italesat igen og igen, ikke nødvendigvis med denne term, men f.eks. som følger: *Med årene bliver man jo enormt trænet til lige at få en fornemmelse af, hvem der ligger i sengene, og om der er noget, der ikke er, som det skal være. Det med det kliniske blik, det bliver virkelig trænet, og det gør, at hvis man ret hurtigt spotter nogle ting, så bliver der overskud til noget andet ... og det er det, der giver lidt flødeskum på mit arbejde, at jeg forholdsvis hurtigt kan fornemme ... er det her godt nok? Har patienterne det godt?* (Pernille – m)

Informanterne fandt alle, at den del af sygeplejen, der drejede sig om observationer, medicinske og sygeplejefaglige analyser, refleksioner, vurderinger og udførelse af de 'rigtige' handlinger i relation til et vidensrationale og et teknisk ditto var væsentligt for at gøre en forskel. Det sygeplejefaglige skøn blev således tillagt en essentiel betydning for sygeplejerskers faglige autonomi og handlinger. Dette er bemærkelsesværdigt set i relation til, at netop dette skøn opleves som værende under pres og formentligt vil komme under endnu mere pres i fremtiden. En rapport fra Dansk Sundhedsinstitut (Vinge, 2010) peger på, at der vil komme sygere patienter i sengene og en øgning af standardiserede patient-



forløb, hvilket vil reducere sygeplejerskers faglige autonomi. Det sygeplejefaglige skøn vil komme under pres, men til gengæld vil der ske opgaveglidninger fra læger til sygeplejersker, hvorved rapporten konkluderer, at der vil blive tale om nye former for faglig autonomi i forbindelse med mere selvstændig opgavevaretagelse vedrørende udredning af symptomer, observation, ordination, behandling og udskrivelse, det vil sige vedrørende traditionelt lægelige opgaver. Sygeplejersker vil formentlig velkomme flere af sådanne tiltag, idet den instrumentelle sygepleje vil kunne få bedre vilkår, men spørgsmålet er, om det vil betyde en endnu mere domineret position i det medicinske felt, hvis sygeplejersker således 'flyttes' til traditionelle behandlingsopgaver, og om det andet faglige spor, det omsorgsrelationelle, vil komme under et endnu hårdere pres, end det, der opleves i dag?

### Jeg kan godt lide den instrumentelle sygepleje, men...

Dette andet faglige spor blev af samtlige informanter pointeret som meget betydningsfuldt. De så sig som dem, der måtte stå på vagt for patienterne. De satte den instrumentelle sygepleje højt, men fremhævede den omsorgsrelationelle sygepleje som væsentligst. ... *altså jeg har nok altid oplevet, at de [den instrumentelle og den relationelle] går hånd i hånd, men det er da meget de der relationer* (Esther- m).

*Det er patientkontakten. Jeg kan godt lide den instrumentelle sygepleje, men jeg synes, at det med at man er hos patienterne, at man gør nogle ting, følger op og sådant noget, og de tilsyneladende bliver så glade for det, man gør* (Bodil - æ).

*I dag gjorde du en forskel, i dag gjorde du noget, der var godt for dine patienter* (Jeanette - u).

*Men i bund og grund handler det for mig om, at de mennesker, jeg har været sammen med, kunne bruge det arbejde, jeg går og udfører, til noget. Det betyder virkelig meget for mig* (Bente - u).

*Så har jeg det godt, hvis patienterne har det*

*godt, og så har jeg en god dag, hvis jeg har gjort en forskel* (Mette - m).

Den relationelle sygepleje drejede sig om god kontakt og kommunikation. Hvis kontakten med patienterne var god, oplevede informanterne, hvor vanskelig situationen end var, at de havde gode muligheder for at hjælpe deres patienter. Den gode kontakt blev ikke associeret til familiaritet, men set som et nødvendigt fagligt element, som skulle føre til noget positivt for patienternes helbred og/eller livskvalitet. *Hvor jeg kan mærke, at det er den samtale, at det er de spørgsmål, jeg har stillet... det er det samvær, man har haft, der gør at der kommer noget i gang* (Esther - m).

Var kontakten god kunne den f.eks. bære en rolle, som sygeplejersker anså for at være væsentlig, nemlig rollen som talsmand for patienten. *At jeg kan hjælpe det menneske, (...) og på en måde være deres forlængede arm i forhold til systemet, (...) være deres talsmand så at sige, hyppigt i forhold til egen læge og i forhold til systemet* (Gert - æ).

Uanset køn og generation var relationen til patienterne et absolut nøglefænomen i forhold til informanternes tale om det væsentlige i sygepleje. Italesættelser i forhold til den relationelle sygepleje var dog diffuse. Det var tydeligt, at der for alle informanter var tale om et fagligt nøglefænomen, men udsagnene bar præg af klichéer og dagligsprog.

Informanterne talte i bedste fald, som Frida, om dette i forhold til 'etikken' og 'omsorgen' for patienterne eller, som Niels, i forhold til 'faglige kriterier', men ingen af dem ekspliciterede fænomenet. At være i relationen blev oplevet som betydningsfuldt og konkret, men talen om dette bar præg af mangel på fagtermer. Der blev anvendt ord og begreber, der hørte habituelle forhold til snarere end en eksplicit sygeplejefaglighed. Dette er problematisk i en verden, hvor evidensbaseret praksis og økonomisk effektivitet betragtes som kodeord for indsatser. Som det ser ud nu frister den omsorgsrelationelle sygepleje formodentligt en krank skæbne. Det første spor, den instrumentelle, kan forholdsvis nemt indoptage krav om evidensbasering og vil derfor kunne værdsættes. Etikken og den relationelle omsorg vil formodentligt blive henvist til

en tilværelse i det skjulte eller i bedste fald værdsat som et supplement, som i al almindelighed blot handler om som person at opføre sig ordentligt. Den særlige faglige betydning vil i givet fald visne.

### SYGEPLEJERSKE-LÆGE RELATIONEN: Når man havde et bud at komme med, så blev man jo lyttet til

Den lægelige professions indflydelse på sygepleje, og sygeplejerskers placering i det medicinske felt som sådan blev ikke omtalt eller i bedste fald ganske kort beklaget.

Informanterne omtalte kun en passant, hvorledes de håndterede de lægelige ordinationer, der formodentligt i dagligdagen bliver givet i stort tal. Når lægers dominerende rolle blev italesat, var det i forbindelse med eksempler på og fortællinger om, hvorledes samarbejdet kunne være besværligt, eller hvorledes læger gav sygeplejersker lov til, store beføjelser o.l. *Jeg kan huske på operationsgangen, de [lægerne] teede og skabte sig, så man tror, det er løgn, og stadigvæk har de en eller anden ret til ... jeg bruger ikke megen energi på det, men problemet er, at man kan komme ind i nogle uenigheder og er lidt afhængig. Det kan godt være lidt træls at stå model til. (...) Vi har store beføjelser fra vores overlæge. Vi får lov til at gøre meget. (...) Men jeg kan stadigvæk godt være træt af, at jeg synes sygeplejedelen bliver underkendt, den har ikke så høj status som lægedelen.* (Pernille – m).

Flere informanter oplevede i deres dagligdag en gensidig faglig respekt mellem sygeplejersker og læger, hvilket betød tilfredshed med samarbejdet, udtrykt f.eks. således. *Vi har det der tætte samarbejde... hvor jeg synes, vi har haft et godt samarbejde, hvor vi har respekteret hinandens fagområder og har haft en god dialog om, hvad gør du og hvad gør jeg* (Frida – m).

Men som det var tilfældet med Cathrine og Niels udtrykte informanter også irritation f.eks. over, at nogle læger tilsyneladende mente, at sygeplejersker skulle passe dem op. *Lægerne lytter godt nok meget til os, meget ligeværdige, så sådan... (...) Men der er nogen læger, der tror, at alle hvidkittede sygeplejersker rejser sig for at hjælpe doktoren, altså,*

*hjælp Jer selv doktorer! Men ved du hvad, det er et fag for sig selv – sygepleje – det er ikke at passe lægerne op* (Bente – u).

Det kan se ud som om, der over tid er sket bevægelser i forhold til sygeplejerske-læge relationen. Især de ældre informanter beskrev sådanne i forhold til, hvorledes læger **nu** lyttede meget mere til sygeplejerskers vurderinger end tidligere. *Når jeg tænker på, hvordan læger var til at begynde med. De følte sig som en højere enhed. Og nu, så snakker man til dem som til almindelige mennesker. (...) Det er jo en verden til forskel* (Bodil – æ).

*Engang var de [patienter] indlagt i 10-12 dage [til en bestemt operation], nu kan de godt komme hjem 3-4 dage efter operationen. (...) Det er ikke sådan, at de skal hjem efter 4. dag. Det er sygeplejerskerne med i. Hvis vi ikke synes det, så kan man bare sige, at det er for tidligt. (...) Det synes jeg er én af fordelene, at det bliver hørt, hvad man siger* (Bodil – æ).

Og

*Så fandt jeg ud af efterhånden, at der egentlig var ret mange af lægerne, som var gode sparingspartnere. (...) Når man havde et bud at komme med, så blev man jo lyttet til, så kom de også med deres bidrag, og så fik vi en meget mere kvalificeret og uddybende dialog* (Gert – æ).

Sygeplejerske-lægerrelationen var omgærdet med stor selvfølgelighed. Ikke én informant stillede spørgsmålstejn ved lægers ordinationsret og behandlingsmæssige autoritet. Fra informanternes sider var der således tale om en grundlæggende anerkendelse af lægers behandlingsmæssige rolle og position. Relationen blev set som problematisk, hvis informanterne oplevede, at læger betragtede dem som først og fremmest deres hjælpere eller oppassere. Informanternes opfattelse var, at dette var en degradering af sygeplejerskeprofessionen. De så sig som professionelle indenfor, hvad man må kalde, et relativt autonomt felt for pleje og omsorg, som de betragtede som komplementært til lægens behandlingsfelt. De syntes således ikke at have spor besvær med at betragte sygeplejerskeprofessionen som selvstændig samtidig

med, at den lægelige behandlerautoritet blev anerkendt.

Tilsvarende synspunkter har gjort sig gældende siden opkomsten af det verdslige sygeplejefag i 1876 (jf. Christensen og Larsen i denne udgave af *Social Kritik*). Sygeplejersker anerkendte lægers behandlingsautoritet, men mente ikke, at læger havde viden vedrørende ledelse af en husholdning [sygehuset]. Det havde sygeplejersker, idet de som borgerskabets kvinder var oplært til at styre en husholdning herunder et større tjenerskab. Ligeledes mente de, at den filantropiske eller etiske indsats ikke var noget læger havde patent på. Faktisk så afviste lægerne ved accepten af et positivistisk, eksperimentelt lægevidenskabeligt paradigme omk. år 1900 den faglige betydning af etik, denne blev, for at leve op til positivismens krav, personlig gjort. Sygeplejerskerne kunne derfor ikke anerkende sygeplejefprofessionens placering i en top-down figuration med læger øverst og sygeplejersker nederst. De to fagområder måtte ifølge sygeplejerskerne ses som komplementære (Larsen, 2006).

Der er nok i de senere år sket bevægelser i henhold til ovenstående, men disse er næppe revolutionerende. Det er karakteristisk, at informanterne er meget optaget af sygeplejefagets selvstændige status, men det er lige så karakteristisk, at de alle anerkendte den lægelige dominans på behandlingsområdet. Læger "giver lov til", "lytter til" o.l. Der er nok snarere tale om visse tidsbestemte forskydninger end brud med en lægelig dominans. Det er ligeledes karakteristisk, at informanterne var optaget af at fortælle om egne forhold. At læger er underlagt politisk/administrative foranstaltninger, der reducerer det lægefaglige skøn og den lægelige autonomi, og at man kunne have fælles problemer og interesser blev ikke sat i tale.

**SYGEPLEJERSKE-LEDER RELATION: *Hun formåede at markere, at det her var småtterier, det væltede ikke vores verden***

Det er markant, at problemområder vedrørende sygeplejerske-lægerrelationen i den nye tid er kommet i anden række, mens til gengæld et politisk/administrativt pres og relationerne mellem sygeplejersker og egne ledere fremhæves som yderst væsentligt i forhold

til, hvorledes presset kan håndteres. Frida så sig som værende i et modsætningsforhold til sine sygeplejefaglige ledere. De øvrige informanter nuancerede dog dette væsentligt. Det er et fællestræk, at relationen til sygeplejelerne er meget afgørende, og at disse blev anset for at have en betydningsfuld rolle at spille med hensyn til at sikre, at informanterne fik muligheder for at udføre den sygepleje, de fandt værdifuld.

Mellemgenerationen og den ældre generation var på linje med Frida i forhold til det problematiske ved et tiltagende udefra kommende pres på professionen og påpegede det som væsentligt, at lederen fungerede som en form for buffer mellem det udefra kommende og de deraf følgende ændringer i dagligdagen. *Den måde hun formåede at introducere tingene, så der ikke var drama omkring det. Hun formåede at få tingene til at glide, nye tiltag og det ene og det andet, uden at det vakte modstand, fordi hun formåede at markere, at det her var småtterier, det væltede ikke vores verden* (Gert – æ).

Og videre. *Vores nærmeste ledere har, på den gode måde, givet et frirum til at handle, og også en vis overbevisning om, at de ikke behøvede at fordybe sig i [blande sig i og kontrollere] al vores adfærd, fordi vi forsøgte at tage øjemål af problemerne. (...) Procedurer og regler gjaldt kun for så vidt, de kunne indordnes de mennesker, vi kom hos. Overordnet var det hele tiden, at hvis man kunne argumentere for, at det menneske passede ikke til de procedurer og de plejeregler og alt muligt andet, som var på banen, så var det det enkelte menneske, der havde præference, frem for principperne* (Gert – æ).

Det blev ligeledes markeret, at man selv havde et ansvar, og at man for at opnå indflydelse på sygeplejeforholdene med fordel kunne prøve at tænke som en leder. *Du skal pejle dig ind på, hvordan jeg får det her igennem hos lige den leder. (...) Hvis man skal overbevise en leder, så skal man tænke som en leder, og det er nok egentlig en taktik, jeg bruger* (Anders – m).

Det var væsentligt for alle informanter, at lederne skabte muligheder for faglig udvikling og de videreuddannelsesmuligheder, der

betød så meget for de unge og informanterne fra mellemgenerationen. *Vi har en ledelse, der gør rigtig meget for trivselen på arbejdspladsen, men også for det faglige. At man kan komme på temadage, og at man kan læse videre, hvis det er det, man gerne vil... masters ... jo jeg synes, at de gør rigtig meget* (Jeanette – u).

Informanternes relation til de sygeplejefaglige ledere blev især italesat i forbindelse med udsagn om pres på sygeplejerskeprofessionen og mulighederne for faglig udvikling. Presset tilskrives i meget høj grad udefra kommende krav og tiltag herunder et krav om at bruge mere og mere tid på standardiseret og computeriseret dokumentation. Dette vil blive uddybet i det følgende afsnit.

#### STANDARDISERET DOKUMENTATION:

##### *Der er nogle skal-opgaver*

Alle informanter mente, at dokumentation af sygeplejen var vigtig. Sygeplejersker havde altid skullet dokumentere deres observationer, vurderinger og handlinger, men ikke som nu, hvor der fra politisk og centraladministrativt hold blev stillet krav om computeriseret standardisering af handlingerne overfor patienterne. Informanterne forholdt sig forskelligt til de udefrakommende krav om standardisering (jf. boks 2)

##### *Jeg ser det hele tiden som en proces, hvor man tænker patientsikkerhed*

Informanterne fra den unge generation så positivt på kravene. F.eks. var Karina glad for disse og på linje med Niels med hensyn til de positive muligheder heri. Selv om hun brugte lang tid og måske havde overarbejde som følge af kravene, så hun det ikke som et problem, idet hun brugte tiden også på at reflektere over sin sygepleje. Hun var ligeledes på visse områder på linje med Niels i relation til kritikken af ældre kollegaer. *I Xby var de rigtig godt med dokumentationsmæssigt, fagligt og videnskabsbaseret, de var virkelig, virkelig med. Og så kom man til Yby, hvor man må sige, at det halter lidt meget. (...) Jeg kan da hurtigt sidde to timer [ved computeren]. Plus nogle dage, har man overarbejde, fordi man har stået i et eller andet*

*om formiddagen, som man så skal ind og have styr på om eftermiddagen og have dokumenteret* (Karina – u).

Udover de to timer tilbragte Karina hver morgen ca. 45 minutter ved computeren for at opdatere sig i forhold til sine patienter og planlægge dagens program. Det vil sige, at hun anvendte 2-3 timer dagligt ved computeren. Ved det andet interview fem måneder senere, var der sket en forandring. Hun havde fået flere klientbesøg pr. dag og oplevede, at de computeriserede dokumentationskrav skulle overstås mellem klientbesøgene eller som overarbejde. Den mulighed for eftertænk-somhed og faglig refleksion, som hun hidtil havde haft i forbindelse med dokumentationen, eksisterede ikke mere. Herved kunne der let opstå fejl. Dette gik ud over kvaliteten af hendes arbejde, mens overarbejdet gik ud over privatlivet. Begge dele beklagede hun.

Bente mente, at det øgede fokus på standarder var godt for patientsikkerheden. *Vi har fået en udviklingssygeplejerske hos os. Hun arbejder med sådan nogle ting, og deraf kommer jo løbende flere tiltag. (...) Jeg ser det hele tiden som en proces, hvor man tænker patientsikkerhed... Det har jeg det fint med* (Bente – u).

##### *For mig er det bare en registrering, ikke spor andet*

For Esther, der tilhører mellemgenerationen, var de nye krav ikke altid velkomne, idet de betød arbejde væk fra patienten. *Det er igen relationen og patienten, der har første prioritet. (...) Og selv om vi syntes, at vi kunne gøre endnu mere der, så er der jo lige tre, der skal sætte sig [ved computeren] i to timer over middag, for at vi kan få det hele med ind...* (Esther – m).

Kravene havde ifølge Esther ændret sygeplejerskers frirum i forhold til at handle på grundlag af skøn, ligesom hun mente, at kravene betød, at det var det forkerte, der blev dokumenteret. *Det har jo ændret vores praksisgang... jamen så falder indlæggelsessamtalen måske først på tredjedagen, hvor vi skulle have valideret kontakten den første dag. Så har man dårlig samvittighed over, at man ikke havde fået vinget den af på tjeklisten. At*

der så er nogle faglige begrundelser for, at det egentlig er vigtigt først at få den tre dage efter indlæggelsen.(...) Når man snakker dokumentation, standarder og tjeklister og ting og sager... det er jo fint, at man kan gå ind og vinge af, at tingene er gjort, men... hvordan er det blevet gjort? Det er jo det, vi mangler dokumentation af (Esther – m).

Mellemgenerationen og den ældre generation var ikke begejstrede for de øgede krav vedrørende standardisering, idet de havde svært ved at se den faglige relevans. De protesterede ikke alle over kravene. Nogle fik imidlertid overstået opgaver i relation hertil hurtigst muligt og fik derved plads til at yde den sygepleje, som de fandt vigtig. Fordi der er nogen af dem [standarder etc.], jeg synes er lidt unødvendige. Jeg har så mange år på bagen, jeg har lært mig det i forvejen. (...) For mig er det bare en registrering, ikke spor andet simpelthen ... jeg går stadigvæk ind og kigger på den enkelte. Så du kan ikke lave en standard, du er stadigvæk nødt til at gå ind og kigge på patienterne. (...) Altså, hvis de vil have det, så skal de få det. Det er ikke noget, jeg bruger så meget tid på. (...) Jeg ser ikke noget formål med det for mig i mit job som sygeplejerske (Pernille – m).

Og Esther. Man skal da være kritisk også, men... der er jo forskel på skal-opgaver og ... der er nogle skal-opgaver ... og det kan jo egentlig ikke betale sig at sætte så meget krudt af til at kæmpe imod det, tænker jeg (Esther – m).

At vinge af eller sætte krydser er tilsyneladende for informanterne i mellemgenerationen blot en registrering. Det er noget man skal, men dokumenterer ingenting eller det forkerte, og disse opgaver nedprioriteres. Jeg tror det bliver en uskik hos nogle [at stå ved computeren]. Men jeg tror alligevel, at jeg og også andre er opdraget på den måde, at det er ikke den, der skal tage tiden, det er patienterne. (...) Der kan jeg mærke på mig selv, at jo mere stresset og jo mere travlt jeg får, des mere er jeg ude ved patienterne, og des mindre får jeg skrevet. Jeg får skrevet, måske meget mere kortfattet, og jeg bruger min computer meget mindre. For jeg har ikke behov for at gå ind og taste alt muligt frem (Mette – m).

Den unge generation accepterede kravene om standardisering og computerisering som nødvendig for deres faglighed. Mellemgenerationen så kravene som unødvendige. Imidlertid accepterede de stiltiende de opgaver, de blev stillet overfor, vil de have det, skal de få det. Den ældre generation mente ligesom mellemgenerationen, at det var unødvendigt, et forstyrrende element o.l. De så ikke de seneste års ændringer som positive, faktisk blev det disse, der for nogle af informanterne gjorde det nemt at tage bestemmelsen om at forlade professionen. Jeg havde det godt nok, det havde jeg bestemt. Jeg talte på, hvor længe jeg gad blive ved inden efterlønnen, og så endte jeg med ... jeg forlængede det hele tiden.(...) Jamen det var [bestemmelsen om efterløn] ved at være tiden, og det har nok også lidt at gøre med, hvor meget jeg orkede at blive ved med hele tiden at stille op til de evindelige teknologiske ændringer ... altså med computere, der ikke fungerede, og der var for mange ting, også dobbelt bogholderi ... altså dokumentationskravet. (...) Jamen, jeg holdt jo sådan set inden [kravene til standardiseret og computeriseret dokumentation blev eklatante], men jeg synes, der var et problem i, at man skulle til at lave dokumentation på nettet og samtidig også have samarbejdsbøger ude i hjemmene. (...) For mig var det også utilfredsstillende, at man skulle have en godkendelse på det ene og det andet, hvor det førhen, da kørte det jo bare uden (Gert – æ).

Den [standardisering og computerisering] vil jeg slet ikke have noget at gøre med. (...) Der er ingen, der skal komme og lave om på og bestemme over mig. Jeg var ked af at skulle stoppe på arbejdsmarkedet, men da jeg skulle til at have én [computer]... de skulle ikke komme og bestemme, hvornår og hvor meget, jeg skulle lave. Så sætter de to minutter af til dit... NEJ, hvis jeg møder en gammel patient på gaden, så stopper jeg og snakker, og det er der ikke tid til. På det punkt er jeg glad for, at jeg skulle stoppe (Inge – æ).

Informanter tilhørende mellemgenerationen og den ældre generation forsøgte at undrage sig, hvad de så som uønsket udefra kommende indblanding i deres sygeplejefaglige forhold. De oplevede, at der ikke blot blev stillet spørgsmålstejn ved deres faglighed, ansvarlighed og handlinger, men at de blev frataget faglig selvbestemmelse og et profes-

sionelt redskab, det sygeplejefaglige skøn, som for dem var af afgørende betydning for deres indsats overfor patienterne. Informanterne udviklede og benyttede sig i forbindelse hermed af strategier til at beskytte det, de så som sygeplejerskeprofessionens egenart. Strategierne havde karakter af tilpasning til forholdene ved at acceptere disse, men samtidig forsøge at opnå indflydelse på, hvorledes de blev implementeret på eget arbejdssted, eller ved at acceptere dem, men samtidig forsøge at nedtone indflydelsen af det, de så som unødvendige initiativer, så meget som overhovedet muligt. Strategierne havde ligeledes karakter af en søgning mod større indflydelse ved at søge opad i hierarkiet især ved hjælp af videreuddannelse, eller ved at søge ind i specialiserede områder af sygeplejen, som var højtekniske og nød stor prestige, eller som var kendte for at være områder med stor sygeplejefaglig selvstændighed.

Det er veldokumenteret, at man som ung sygeplejerske, som novice har mere brug for regler for handlinger end ældre erfarne faglige eksperter (Benner, 2000). Novicen har brug for standarder og instrukser at støtte sig til, hvorimod eksperten har lært sig sygeplejen, har inkorporeret den som en kropslig fornemmelse af, hvad der er på færde, hvad den individuelle patient har brug for o.l. Eksperten har ikke brug for at ekspliciterer og kan heller ikke nødvendigvis gøre dette, men hun kan foretage sygeplejefaglige skøn af høj kvalitet. Hvis Benner har ret, kan det forklare, at den unge generation er positiv overfor, og at mellemgenerationen og den ældre generation ikke ser nødvendigheden af de standardiserende tiltag i den nye tid. Det har nok også betydning at den unge generation er opvokset og uddannet i den nye tid. De skal lære sig, men ikke ændre procedurer, som, de mener, har fungeret tilfredsstillende, og de må formodes at have færdigheder i relation til benyttelse af computere, som de ældre ikke nødvendigvis har.

Der er dog formodentligt mere på spil. Den unge generation er uddannet i en tid, hvor videnskabsbaseret og evidensstøttet nok har været problematiseret indenfor sygeplejen, men hvor der alligevel har været og er stor fokus på dette i samfundet og i medicinske kredse, også blandt sygeplejersker. De ældre læner sig, set for repræsentanter for

den unge generation, i vid udstrækning op ad det sygeplejefaglige skøn, men uden at være i stand til at ekspliciterer den viden, der nødvendigvis må være et væsentligt element i skønnet. Set på afstand kan der være tale om, ikke blot en generationskonflikt, eller et spørgsmål om at være faglig novice eller ekspert, men om en konflikt med faglige implikationer. Man kunne således se den som tegn på, at det sygeplejefaglige omsorgsparadigme, der altid er blevet hyldet og i slutningen af 1900-tallet blev forsøgt begrebsliggjort (Martinsen, 1994; Scheel, 1994), i den nye tid er kommet under et stort pres og bliver alvorligt udfordret. Dette paradigme var i vid udstrækning funderet filosofisk-etisk med især Martin Heidegger, Hans-Georg Gadamer, Jürgen Habermas og Knud Ejler Løgstrup som inspirationskilder. Det har indenfor de seneste 10-15 år mistet terræn til et mere klinisk orienteret forsøg på fra sygeplejerskernes side at leve op til kravene i et evidensparadigme a la det lægevidenskabelige. Internationalt har denne bevægelse været i gang siden 1970'erne. I de angelsaksiske lande er paradigmet bredt anerkendt, mens man specielt i Danmark og Norge har forsøgt en alternativ vej, der dog synes i hvert fald delvis lukket.

## AUTONOMI OG OMSORGS-RATIONALITET UNDER PRES

Informanterne oplevede pres på deres faglige identitet og integritet. I forbindelse hermed var de relationelle forhold af største betydning. Der var sket bevægelser i forhold til sygeplejerske-læge relationen, som i den nye tid gjorde arbejdsbetingelserne mindre snærende, uden at dette betød et brud med traditionelle dominansforhold. Til gengæld var der opstået nye dominansforhold i form af, at arbejdslivet i sundhedsvæsnet i tiltagende grad var blevet influeret af politiske og centraladministrative bestemmelser, som skabte snærende rammer for sygeplejerskers faglighed.

Sygeplejerskelivet mellem omsorgsrationalitet og teknisk rationalitet synes ikke hidtil at have været problematisk for sygeplejersker. De har kunnet tilpasse sig og bevare et sygeplejefagligt frirum. Med den nye tids krav om økonomisk effektivitet, standardise-

ring og evidensbaseret omsorgsrationaliteten kommet under pres. Informanterne fra den ældre generation og mellemgenerationen forsøger i vid udstrækning at bevare og beskytte deres identitet ved f.eks. at unddrage sig konsekvenser af kravene. Dette betyder ikke blot konflikt i relation til kravene, men kan ligeledes medføre konflikter med de unge sygeplejersker, der er langt mere positive overfor mulighederne i den nye tid.

På tværs af generationer er der forskelle i måder at italesætte synspunkter på, men ser man bort fra forskellige udtryksformer, herunder sprogbrug, anvendelse af begreber og fagligt argumentationsindhold, er der meget store lighedspunkter i relation til det væsentlige i at kæmpe for et autonomt plejerum. Det var imidlertid karakteristisk, at informanterne uanset generation og køn alle kæmpede alene. Informanterne ville på mange områder det samme, kæmpede på mange områder mod de samme hierarkiske grupperinger, men der er ikke tegn på, at de tog initiativ til eller forestillede sig, at sygeplejersker kunne kæmpe sammen.

## TAK

En stor tak til de sygeplejersker, der har deltaget i denne undersøgelse, og de studentermedhjælpere, der har hjulpet med transskriberinger af interviewene. En særlig tak til Mette Adler, Kirsten Beedholm, Staf Callevaert, Ivor Goodson, Vibeke Lorentzen, Karin Anna Petersen, Annick Prieur og alle samarbejdspartner i det samlede livshistorieprojekt.

## NOTER:

1. Betegnelsen basissygeplejerske anvendes i projektet som udtryk for erhvervsaktive sygeplejersker, som kun i kortere perioder har haft ledelsesansvar. Ansvar vedrørende undervisning, vejledning, kliniske specialer o.l. er inkluderet i betegnelsen.
2. Bogstaverne u, m og æ efter informanternes navne markerer henholdsvis den unge generation, mellemgenerationen og den ældre generation.

## REFERENCER:

- Austin, J. L. (1997). *Ord der virker*. København: Gyldendal.
- Benner, P. (2000). *Fra novice til ekspert – mesterlighed og styrke i klinisk sygeplejepsaksis*. København: Munksgaard Danmark.
- Bourdieu, P. (1997). *Af praktiske grunde omkring teorien om menneskelig handlen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. (1999). *Den maskuline dominans*. København: Tiderne Skifter.
- Cochrane, A. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Foucault, M. (2001). *Talens forfatning*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Indenrigsministeriet. (1957). *Anordning om sygeplejerskeuddannelsen af 30. januar 1957*.
- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet. (2009). *Den danske kvalitetsmodel*. Retrieved 29-03-2009, 2009, from
- Jacobsen, M. H., Kristiansen, S., & Prieur, A. (Eds.). (2002). *Liv, fortælling og tekst – strejftog i kvalitativ sociologi*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Larsen, B. H. (2006). *Anerkendelse og krænkelse – en ph.d. afhandling*. Viborg: Forlaget PUC.
- Martinsen, K. (1989). Omsorg i sygeplejen – en moralsk udfordring. In B. Persson, J. Petersen & R. Truelsen (Eds.), *Focus på sygeplejen 90* (pp. 181–210). København: Munksgaard.
- Martinsen, K. (1994). *Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen*. København: Munksgaard.
- Rolfe, G. (1999). Insufficient evidence: The problems of evidence-based nursing. *Nurse Education Today*, 19(6), 433-442.
- Scheel, M. E. (1985). *Vidensgrundlag – etik og sygepleje*. København: Munksgaard.
- Scheel, M. E. (1994). *Interaktionel sygeplejepsaksis*. København: Munksgaard.
- Sundhedsstyrelsen. (1979). *Sundhedsstyrelsens cirkulære af januar 1979 til sygeplejerskoler mv*.
- Undervisningsministeriet. (2001). *Bekendtgørelse om uddannelse til professionsbachelor*. Retrieved from
- Vinge, S. (2010). *Fremtidens plejeopgaver i sygehusvæsenet* (DSI projekt nr. 2697). København: Dansk Sundhedsinstitut.
- Wærness, K. (1996). Om omsorgsrationalitet, reflexioner över ett begrepps karriär. In R. Eliasson (Ed.), *Omsorgens skiftningar. begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.

