

Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab
ISSN 1902-2271 . www.hexis.dk

praktiskegrunde

TEMA

Social- og sundhedsprofessioner,
videnskab, teknologier
og nye udfordringer



1-2 / 2015

praktiskegrunde

Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab
Nr. 1-2 / 2015 – ISSN 235-7895 www.praktiskegrunde.dk

Tema: Social- og sundhedsprofessioner, videnskab, teknologier og nye udfordringer

Red. Kristian Larsen

Social- og sundhedsprofessioner, videnskab, teknologier og nye udfordringer <i>Kristian Larsen</i>	5
Mellem bureaukrati, klient og professionelle idealer. Et professionsteoretisk blik på jordemødres tale om brug af teknologier til at høre hjertelyd <i>Niels Sandholm Larsen, Helle Johnsen & Kristian Larsen</i>	11
Mellem bureaukrati og profession. Et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer med hospitalsarbejde <i>Niels Sandholm Larsen, Ulla Søbjerg Nielsen & Iben Husted Nielsen</i>	27
Grænser for professionel autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter <i>Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen & Kristian Larsen</i>	43
”Ens sociale hjerte banker jo”. Sygehusocialrådgiveres strategier mellem patienternes behov, organisationens krav og faglige idealer <i>Ulla Søbjerg Nielsen, Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen & Kristian Larsen</i>	61
Dansk sygeplejeforskning i det 21. århundrede: En undersøgelse af mønstre i videnskabelige artikler fra databasen CINAHL i en dekade <i>Helle Mathar & Kristian Larsen</i>	79
Uddannelse, institutioner og studerende i den svenske kunstverden <i>Anmeldelse af Carsten Sestoft</i>	97
Nyhedsbrevet # 55	103

Praktiske Grunde udgives af foreningen *Hexis • Forum for samfundsvidenskabelig forskning* og udkommer elektronisk med fire numre årligt.

Praktiske Grunde er et tværfagligt internordisk forum for analyse af sociale og kulturelle praksisformer, deres sociale genese, strukturelle betingelser, virkemåder og relation til magt- og dominansforhold.

Praktiske Grunde er til for at fremme den kritiske dialog mellem de mange forskellige forskere og studerende, der på forskellige måder og i forskellige sammenhænge arbejder med inspiration fra den franske sociolog Pierre Bourdieu og beslægtede forskere. Tidsskriftet redigeres således med afsæt i følgende basale videnskabelige grundantagelser:

- videnskabelig viden har både en teoretisk og en empirisk dimension
- det videnskabelige objekt er konstrueret gennem et brud med førstehåndsforståelsen
- at tænke i relationer giver bedre virkeligheds-modeller end at tænke den i substanser
- virkeligheden er historisk og fortiden virker i nutiden, både kollektivt og individuelt

Praktiske Grundes tværfaglige redaktion består af et dansk, svensk og norsk redaktionspanel. Tidsskriftet bringer fagfællebedømte forskningsartikler, oversættelser af centrale fremmedsprogede tekster og anmeldelser. I tidsskriftets nyhedsbrev optages mindre essays, debatindlæg, bogomtaler, meddelelser om konferencer, seminarer, studiegrupper o.l. Praktiske grunde publicerer på dansk, svensk, norsk og engelsk.

Redaktion

Redaktør: Kim Esmark. Redaktionspanel Danmark: Marianne Høyen, Ole Hammerslev, Carsten Sestoft, Kristian Larsen, Jens Arnholtz, Christian Sandbjerg Hansen, Gro Inge Lemcke Hansen. Sverige: Donald Broady, Mikael Börjesson, Emil Bertilsson, Ida Lidegran. Norge: Marte Feiring, Johannes Hjellbrekke.

Advisory board

Loïc Wacquant, Univ. of California, Berkeley & Centre de sociologie européenne, Paris; Lennart Rosenlund, Universitetet i Oslo; Jan Frederik Hovden, Universitet i Bergen; Tore Slaatta, Universitetet i Oslo; Martin Gustavsson, Stockholms Universitet; Mikael Palme, Stockholms Universitet; Annick Prieur, Aalborg Universitet; Mikael Rask Madsen, Københavns Universitet; Lene Kühle, Aarhus Universitet; Peter Koudahl, DPU; Ida Willig, Roskilde Universitet; Lisanne Wilken, Aarhus Universitet; Yves Dezalay, CNRS, Paris; Antonin Cohen, Université de Picardie, France; Frédéric Lebaron, Université de Picardie, France; Remi Lenoir, Director of the Centre de sociologie européenne, Paris; Niilo Kauppi, CNRS, Strasbourg; Franz Schultheis, Universität St. Gallen; Michael Vester, Leibniz Universität Hannover; Bryant Garth, Southwestern University, USA.

Vejledning til forfattere

Manuskripter til *Praktiske Grunde* indsendes elektronisk til praktiskegrunde@hexis.dk eller en af redaktørerne som vedhæftet fil i Word-format. Manuskripter kan udfærdiges og publiceres på dansk, norsk, svensk og engelsk. Efter fagfællevurdering indsendes et rettet og korrekturlæst manuskript som vedhæftet Word-fil.

Med artiklen skal følge: engelsk abstract (max. 150 ord, husk engelsk titel), 5-8 keywords på engelsk, forfatteroplysninger: navn, akademisk titel og/eller ansættelsessted, evt. e-mail.

Om opsætning, citater, henvisninger osv., læs og følg nøje vejledningen på:

<http://praktiskegrunde.dk/forfattervejledning.html>

Social- og sundhedsprofessioner, videnskab, teknologier og nye udfordringer

Kristian Larsen

I dette temanummer studeres forskellige dimensioner af og udfordringer i forhold til de professioner, der ofte omtales som *semiprofessionerne* eller *relationsprofessionerne* inden for det sundhedsmæssige og sociale område. Der er ikke tale om klassiske professioner som jura eller medicin, der har fuld autonomi med basis i en eksklusiv og specifik viden, og de studerede grupper har heller ikke monopol på produktion eller anvendelse af viden indenfor et afgrænset område. Men faggrupperne har som de klassiske professioner professionsbestræbelser og de iværksætter nogle strategier, som kan studeres som praksisformer inden for uddannelse eller praktisk udøvelse af faget. Disse professionsbestræbelser og strategier orienterer sig mod at udvide eller bevare professionens virksomhedsområde, så det kan afgrænses og genkendes af omgivelserne – ikke kun blandt de nærmeste involverede samarbejdspartnere, men også mere bredt i samfundet. Konkret er her tale om studier af faggrupperne fysioterapi, sygepleje, socialrådgivere og jordemødre, der alle udgør dele af velfærdsstatens reproduktive arbejdsområder.¹

Fire af de fem artikler der indgår i nærværende temanummer af *Praktiske Grunde* har udspring i det norsk-danske forskningsprojekt Phlegethon. Her arbejder godt 30 forskere med rehabilitering ud fra patient-pårørende perspektiver, professionsperspektiver, organisationsperspektiver og velfærdsstatslige perspektiver. Der er aktuelt iværksat seniorforskerstudier samt fem ph.d. projekter og flere er i proces i et samarbejde mellem universiteter, professionshøjskoler, hospitaler og kommuner.²

De fire artikler indgik i forarbejdet til selve Phlegetonprojektet med at konstruere viden om professionerne og deres vidensgrundlag i Norge og Danmark. Der er indtil nu foretaget 17 fokusgruppeinterviews med repræsentanter fra ovennævnte velfærdsprofessioner i de to lande, og de er blevet gennemført med udgangspunkt i tilpasning af fælles interviewguides inspireret af Bourdieu og hans begreber om strukturel homologi, dominansrelationer, positioner og hierarkier af vidensformer i sociale og medicinske felter. Guiden, der er konstrueret i samarbejde med danske

og norske medlemmer af forskergruppen, fokuserede på spørgsmål om informanternes deltagelse i konkrete praksissituationer, relationer med patienter og afvejning af videnskomponenter (fx om brug af evidens, manualer, institutionelle principper, patienter/pårørendes indspil samt egne professionelle erfaringer). Desuden blev der spurgt til relationer med andre faggrupper og til informanternes overvejelser før, under og efter arbejdsrelationerne.

Det centrale var at få konstrueret viden om og forklare de samtidige transformationer af stat, professioner, organisationer, brugergrupper, teknologier og vidensformer. Altså kort sagt at kunne beskrive og forklare sociologisk, hvordan professionerne hele tiden formes og omformes dels med baggrund i egne bestræbelser for at opbygge, formidle og anvende viden (etablering af forskningsinstitutioner, stillingsstrukturer m.v.), dels ved at se, hvordan de hele tiden er i dialog med og formes-omformes i relationer med bruger/patientgrupper, teknologier, andre professioner og i relationer med staten. Hvis man tænker sygehusvæsenet som et subfelt til et større medicinsk felt bliver det tydeligt, hvordan det relationelle blik er produktivt og gør det muligt at vise, hvordan bevægelser og stridigheder i feltet – og udenfor det – afstedkommer forskydninger. Kampe i metamaagtfeltet foranlediger ændrede spilleregler i feltet og nye teknologier eller patientsammenslutninger har også effekter på spillet og spillereglerne.

Med inspiration fra Bourdieus begreb om strukturel homologi vises, at en række faktorer er inter-relaterede på en sådan måde, at fx brugerkrav, udvikling af teknologier, professionsstrategier, organisatoriske forhold og statsligt-bureaukratiske forhold interagerer med hinanden på en subtil, men også eksplicit måde. Der er bånd og skjulte forbindelser på tværs, dvs. mellem relationer af professioner, relationer af specialer og relationer af teknologier. Der er tale om en strukturel homologi mellem de respektive subfelter af sundhedsprofessioner, subfelter af specialer, subfelter af artefakter osv. (Larsen 2008; 2013). De enkle relationer *indenfor* et subfelt (læge, sygeplejerske...) er inter-relaterede på tværs *mellem* subfelter (profession, speciale, artefakt...). Hensigten var at få et mere sociologisk greb om 'klient-bruger-patient-relationen' end hvad der traditionelt ligger i etiske, moralske og kommunikative studier af patientologi, men også at få en dybere indsigt i hvad det vil sige at agere professionelt, end hvad klassiske professionsstudier kan tilbyde. Bourdieus analyser af felter med begreber om positioner-dispositioner, dominansrelationer, doxa og habitus var centrale som grundlag for at overskride, hvad der ellers kunne analyseres ud fra isolerede professionsstudier, teknologistudier, organisationsstudier m.v.

De primære empiriske tilgange udgøres af fokusgruppeinterviews af faggrupperne, men der indgår også review af relevant forskning, dokumentanalyser (fra professionerne, uddannelserne, erhverv/klinik og policy dokumenter) herunder historisk kildemateriale. Transskriberinger er blevet forelagt på seminarer og forfatterne takker for inspirerende indspil på manuskriptudkast og foreløbige analyser. Det har under alle omstændigheder været vigtigt at se, hvad der kunne frembringes af de komparative fordele, der har været ved at studierne har været gen-

nemført af forskere fra forskellige institutionelle sammenhænge og med forskellige professionelle baggrunde og med inddragelse af supplerende teorier og metodiske tilgange, men med en vis fælles sociologisk inspireret epistemologi som udgangspunkt.

De fire artikler har på forskellig måde og dybde gjort brug af Bourdieu og hans tænkning omkring felt, habitus og praksisteori (1977, 1990) og studier af social lidelse (1999) herunder distinktionen mellem statens højre og venstre hånd (Bourdieu 2010; Arnholtz Hansen og Hammerslev 2010; Wacquant 2009). Der indgår også en del inspiration fra sociologiens klassikere som Weber (1995/1920), fra professionsforskere (fx Abbott 1988; Friedson 2001; Parsons 1968), fra ANT studier inspireret af Latour & Woolgar (1986) og Mol (2002), samt fra forskning der fokuserer på organisationer og de enkelte professioner. Det empiriske arbejde har således været konstrueret ud fra inspiration af nogle Bourdieuske tænkemåder om sociale felter (medicinsk felt, det sociale område som felt, dominansrelationer m.v.), men undervejs har de empiriske studier fået forskellige udformninger afhængig af betoning af forskningsspørgsmål og af forskernes faglige og teoretiske udgangspunkter.

I den første artikel, ”Mellem bureaukrati, klient og professionelle idealer – et professionsteoretisk blik på jordemødres tale om brug af teknologier til at høre hjertelyd”, studerer Niels Sandholm Larsen, Helle Johnsen og Kristian Larsen teknologier og deres indlejring i sociale kontekster, fx i undersøgelse af jordemødres tale om brug af teknologier i forhold til at høre hjertelyd. Det vises i en slags teknologistudie, hvordan modstillingen mellem træstetoskopet og ultralydsteknologier skal analyseres i en større modstilling, som også involverer krav og rationaliteter fra den bureaukratiske sfære (regulering af arbejdet i statslig og fagbureaukratisk sammenhæng); markedssfære (fagets markedssituation og fx brugerkrav) og slutteligt professionssfære (fagets historiske traditioner fx som identifikation med det naturlige og træstetoskopet). Overvejelser om brugen af teknologier relateret til fødsler kan ikke reduceres til spørgsmål om ren funktionalitet, fx i forhold til hvor godt lyde eller bevægelser fra barnet gengives. Krav og interesser fra mødre, dokumentationsbehov, jordemødres erfaringer og autoritet er virksomme faktorer, når teknologier anvendes og vurderes i jordemoderarbejdet samt i en større sammenhæng.

I den anden artikel, ”Mellem bureaukrati og profession – et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer med hospitalsarbejde”, fokuserer Niels Sandholm Larsen, Ulla Søbjerg Nielsen og Iben Husted Nielsen på profession og bureaukrati primært med udgangspunkt i Abbotts professionsanalyser. I en sammenligning af nogle grupper af socialrådgivere og sygeplejersker analyseres deres uensartede positioner i det medicinske felt, hvilket også nødvendiggør forskellige strategier både som profession og i forhold til arbejdets udførelse, herunder i relationer til læger og patienter. I denne empiri ser sygeplejerskegruppen ud til at nyde godt af den fagbureaukratiske regulering af hospitalsarbejdet, hvor der tilflyder gruppen en lind strøm af afspaltede lægeopgaver. Der er mindre fokus på

socialrådgivernes arbejde i hospitalet, og arbejdet fremstår som perifert og mindre reguleret. Mindre regulering betyder, at socialrådgivergruppen tilsyneladende har et større fagligt råderum. De to faggrupper er struktureret af lignende tekniske, bureaukratiske rationaler, men de to grupper har forskellige rum for at manøvrere i de respektive institutioner. Ud fra det empiriske materiale fremstår socialrådgiverne overvejende som loyale overfor klienterne, mens sygeplejerskerne snarere har loyalitet rettet mod organisatoriske mål og logikker.

I den tredje artikel, ”Grænser for professionel autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter”, forfattet af Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen og Kristian Larsen, er Abbott og Bourdieu centrale teoretiske tilgange i studiet om professionel autoritet blandt jordemødre, fysioterapeuter og sygeplejersker. Det postuleres indledningsvis, at europæere i en værdiundersøgelse udtrykker ønske om fornyet respekt om samfundets autoriteter. I analysen vises det, at ingen af faggrupperne har dominante positioner i de respektive felter og subfelter, samt at ikke mindst fremvæksten af aktive brugere, klienter og patienter både indgår som med- og modspillere i professionernes bestræbelser på at fastholde og styrke autoriteten. I de fleste policydokumenter, undervisningsmaterialer og lærebøger beskrives brugere, klienter og patienter som objekter for intervention om end der er fremvækst af begreber og idealer om egenomsorg, empowerment osv. Men visse brugergrupper – og det er relevant for alle artiklerne – har udfordret de etablerede positioneringer i de nordiske velfærdsstater og i EU. Positionerne spiller aktivt ind fx på det medicinske felt og har været operative medspillere i aktuelle institutioner som patientombud og ordninger relateret til erstatning, patientsikkerhed, evaluering og tilfredshedsundersøgelser. På et mere konkret niveau kommer ingen jordemoder, fysioterapeut, socialrådgiver, sygeplejerske eller læge uden om ’ekspert-patienten’, som har optimeret sin viden om sygdom/sundhed, behandlingsmuligheder, krav og rettigheder m.v. Men det er også tydeligt, at disse både udgør uensartede udfordringer og muligheder for professionerne, herunder i forhold til deres bestræbelser på at fastholde og styrke professionel autoritet. Klientens position, fx i spillet mellem rask kvinde (jordemoder), rekonvalescent (socialrådgiver) og syg (sygeplejerske), lægger op til et stort spænd af potentielle relationer, indflydelse på rammer for mødet, tid, proces og indhold.

I den fjerde artikel, der udspringer af Phlegetonprojektet, ”’Ens sociale hjerte banker jo’ – sygehusocialrådgiveres strategier mellem patienternes behov, organisationens krav og faglige idealer”, stiller Ulla Søbjerg Nielsen, Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen og Kristian Larsen skarpt på gruppen af hospitalssocialrådgivere i Danmark. Det er en gruppe, der er blevet stærkt reduceret i antal over en ganske kort årrække, og der fokuseres på, hvilke strategier socialrådgiverne tager i anvendelse i den (nye) situation, og hvordan de udfylder deres både udvidede og reducerede handlerum. Artiklen foretager en kort rekonstruktion af opkomst og udvikling af socialrådgivervirksomheden på hospitaler, der efterfølges af en analyse inspireret af Friedson, Lipsky og Caswell, som angår socialrådgiv-

vernes særlige position som 'på nåde' i systemet mellem regioner og kommuner og ændrede rammevilkår. Socialrådgivernes position er på den ene side karakteriseret ved friheden fra at have myndighedsrolle (kan ikke tildele ydelser og deres egne ydelser er ikke en del af sundhedsaftalerne ligesom deres indsats ikke afregnes via DRG-systemet) og på den anden side friheden fra at være andet end en slags 'ekstra ydelse'. Det medicinske felt med hospitalet som et subfelt er blevet stadig mere medicinsk gennem de sidste 20-30 år og samtidig mindre socialt fx i forhold til reduktionen af antallet af hospitalssocialrådgivere og dermed muligheden for at tilbyde det socialt faglige arbejde. Når socialrådgiverens habitus har indlejret et socialt hjerte, bliver det dermed en udfordring, når det skal slå i en medicinsk krop.

Temanummerets femte og sidste artikel, "Dansk sygeplejeforskning i det 21. århundrede: En undersøgelse af mønstre i videnskabelige artikler fra databasen CINAHL i en dekade" af Helle Mathar og Kristian Larsen, udpringer ikke af Phlegeton-projektet, men indgår i en diskussion om videnskab og videnskabelige institutioner relateret til sygepleje. Sundhedsprofessionerne indenfor sygepleje, fysioterapi, ergoterapi m.v. har gennem en årrække bestræbt sig på at opretholde eller at optimere deres respektive positioner i det medicinske felt. En af bestræbelserne i den kamp har været at investere i videnskab med tilhørende (relativt autonome) videnskabelige institutioner, organisationer, stillingsstrukturer og tidsskrifter m.v. – til forskel fra og med afstandtagen til andre(s) videnskabeligheder (fx medicin, administration, sociologi). I denne artikel undersøges det hvorvidt sygeplejeforskning har fået etableret sig med en relativ autonomi i forhold til tidligere studier heraf i de nordiske lande. Grundlaget er en analyse af 160 artikler publiceret i 68 tidsskrifter af sygeplejersker med ph.d. grad. Det opsummeres, at dansk sygepleje har etableret sig med yderligere relativ autonomi, men uden en egenlogik der grundlæggende adskiller sig fx fra begreber, klassifikationer og logikker i et medicinsk og administrativt felt.

Kristian Larsen, Professor MSO, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kl@learning.aau.dk

Noter

- ¹ For yderligere om stat, profession, sundhed og konstruktionsarbejde, se tidligere temanummer om Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier (*Praktiske Grunde*, nr. 1-2, 2013, red. Larsen & Esmark).
- ² Se den danske (www.phlegethon.net) eller norske hjemmeside: (<http://www.hioa.no/Research-and-Development/Our-research/Helse-omsorg-og-velferd-HOV/Phlegethon-nettverket2>).

Referencer

- Abbott, A. (1988). *The System of Professions. An essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Arnholtz Hansen, J. og Hammerslev, O. (2010). Bourdieu og staten. *Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, nr. 1-2, s. 13-32.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Cambridge Polity Press. (orig. 1980).
- Bourdieu, P. et. al. 1999. *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Polity Press, Cambridge.
- Bourdieu, P. (2010). Statens venstre hånd og statens højre hånd. *Praktiske Grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, nr. 1-2, s. 113-120.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism – the third logic on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, K. 2013. Social position i rum, krop og identitet. En sociologisk analyse af sygeplejens position i medicinsk felt med fokus på hvorfor det kan være let eller svært at give injektioner. In: *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Red. Herdis Alvsvåg, Ådel Bergland og Oddvar Førland (red.) Utgivelsesår: 2013 ISBN: 9788202407445
- Larsen, K. og Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. *Praktiske grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, nr. 1-2, s. 5-14.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts*. N.J.: Princeton University Press.
- Mol, A. 2002. *The Body Multiple*. Duke University Press, 2002.
- Parsons, T. (1968). Professions. In: D. Sills (ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillian Company, vol. 12, s. 536-547.
- Wacquant, L. 2009. *Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity*. Duke University Press: Durham, NC.
- Weber, M. 1995. *Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd*. Nansensgade Antikvariat, København [1920].

Mellem bureaukrati, klient og professionelle idealer

Et professionsteoretisk blik på jordemødres tale om brug af teknologier til at høre hjertelyd

Niels Sandholm Larsen, Helle Johnsen & Kristian Larsen

Between Bureaucracy, Clients and Professional Ideals – a Sociological Approach to Midwives' Experiences Monitoring Fetal Heartbeat Using Different Technologies.

This article examines professionals' perspectives on shifts in status of technologies. The article builds on data from focus group interviews with Danish midwives. Interviews revolve around midwives experiences using two technologies to listen to fetal heartbeat, the classical Pinard and the electronic Sonic Aid. These technologies are presently questioned by the Danish health authorities as well as obstetric research, due to their inability to produce valid clinical data. This issue however, goes beyond the mere attrition of technologies and lack of clinical effect. Drawing on Freidson, Foucault and Bourdieu, data analysis shows that professional reasoning and legitimization related to the use of the two technologies, is enacted in a field of cross pressures from organizational efficiency demands, evidence based medicine, professional values and client interests. Furthermore, data analysis illustrates how professional priorities and accounts refer to structural conditions and transformation processes influenced by new technologies, different forms of knowledge, institutions and their professions.

Keywords: Professional studies, midwifery, technology, consumers, forms of knowledge, legitimation.

Perspektiv

Professioners prestige påvirkes i positiv retning af at udbyde effektive og socialt accepterede teknologier og regimer. Omvendt har anvendelse af teknologi og regimer, som anses for at være mindre effektive, en negativ indflydelse på professioners prestige og markedsværdi. Medlemmer af professioner har derfor en interesse i at benytte sig af viden og teknologi, som bredt anerkendes som effektiv og socialt acceptabel (Abbott 1988).

Sammenhænge mellem efterspørgsel, effektivitet og prestige er kompleks, men bekræftes i empirisk funderede studier af det sundhedsfaglige område. Her ses at eliten beflitter sig med prestigegivende problemkomplekser og teknologier. Omvendt er lavere positionerede aktører i det medicinske felt bundet til teknologier,

klienter og problemkategorier, som tilskrives en relativt lavere prestige (Burrage & Torstendahl 1990; Abbott 1988; Larsen 2013). Stat og felter relateret til sundhed er under transformation, med relaterede bevægelser mellem sektorer, institutioner, professioner, teknologier og klienter, herunder nye krav om produktion og anvendelse af viden relateret til sundhedsområdet (Larsen & Esmark 2013). Det er en grundlæggende teoretisk antagelse, at en række faktorer er inter-relaterede på en sådan måde, at f.eks. brugerkrav, udvikling af teknologier, professionsstrategier, organisatoriske forhold og statsligt-bureaukratiske forhold interagerer med hinanden på en subtil, men også eksplicit måde. Der er bånd og skjulte forbindelser på tværs, dvs. mellem relationer af professioner, relationer af specialer og relationer af teknologier osv. Der er tale om en strukturel homologi mellem de respektive subfelter af sundhedsprofessioner, subfelter af specialer, subfelter af artefakter (Larsen 2013).

I medicinsk felt er medicinske specialer, sygdomme, teknologier, institutioner, professioner og patientkategorier forbundet og hierarkiseret (Album 1991; Album & Westin 2008). Det beskrives fx af Album: ”Det vil si at spesialiteter, som er handlingsorienterte, gjerne radikale, i sin tilnærming til sykdom, spesialiteter som arbeider med objektiv dagnostikk og en naturvitenskapelig årsaksforståelse, gjør bruk av mye, avansert og kostbart teknisk utstyr, arbeider med akutte, dramatiske og livstruende sykdommer i ærbare organer på forholdsvis unge mennesker, vil komme høyt i hierarkiet” (Album 1991). Disse klassifikationer har været inspiration for studier via begrebet om strukturel homologi og viser, hvordan hierarkiet af medicinske teknologier, hierarkier af sygdomme og interventioner – også er internaliserede hos de professionelle fx som ’helligt’/’profant’, ’sikkert’/’usikkert’ (Larsen 2008).

I et Latour inspireret studie viser Mol, hvordan teknologi indgår i konstruktioner af objekter og viden i medicinsk praksis. I denne tradition ses sygdom og symptomer som praktiseret. Sygdomme og viden om sygdomme konstrueres i et væv af sociomaterielle praksisser. Mol undersøger, hvad artefakter bringer ind i en praksis, hvordan artefakter indgår i konstituering af kroppe, hvordan sygdomme konstitueres i sammenfletning af tegn og symboler. En case drejer sig om brugen af en ultralydbaseret lytte-teknologi, doppleren, der anvendes til at lokalisere og graduere åreforkalkning i patienters ben. Om doppleren skriver Mol: ”It sends out ultrasounds and receives the reflections back again. If ultrasound is reflected by an object that is moving away its reflections have longer wavelength than the ultrasound emitted – and vice versa. This is the Doppler-effect. The apparatus (to which the probe is attached) makes the difference between emitted and received waves audible. The technician moves the probe around untill she’s found the artery. We can all hear when she does....” (Mol 2002: 60). Mol påviser, at doppleren indgår i forskydninger af medicinsk praksis. Gennem anvendelse af teknologien forskydes klinisk praksis fra at lytte til eller mærke blodtryk i et ben til at måle blodtryk i et ben (Mol 2002). Brug af ultralydbaserede teknologi indgår endvidere i rangordning af kliniske data. Det beskrives, at patienters subjektive smerteop-

levelse underordnes måleresultater, der genereres ved hjælp af doppleren. I det kliniske arbejde tilskriver sundhedsprofessionelles måleresultater således større sandhedsværdi end patientens subjektive fremstilling af problemer med gangfunktion og smerter. Hos Mol ses inspiration fra Michel Foucaults arbejder. Her hedder det, at viljen til viden hviler på et fintmasket net af institutionelt understøttet praksisser, der tilsammen udgør et eksklusionssystem til hierarkisering af viden, mennesker og teknologier (Foucault 2001).

At lytte til hjertelyd forbindes traditionelt med jordemødre og jordemoderfaget, og i et mikropolitisk perspektiv kan træstetoskopet karakteriseres som del af jordemødres identitetsudstyr (Goffman 2001). I denne artikel fokuseres på jordemødres forhandlinger og erfaringer knyttet til brug af træstetoskopet og doptonen. Dette perspektiv er interessant, idet de to teknologiers legitimitet aktuelt er under pres. Teknologiernes effektivitet i svangrekontrollerne drages i tvivl af danske sundhedsmyndigheder. Både træstetoskop og doptone tilskrives ringe værdi som redskaber til at producere valide kliniske data. Rutinemæssig lytning af hjertelyd ved svangrekontroller tilskrives primært emotionel værdi. Sundhedsstyrelsen skriver således i "Anbefalinger for Svangreomsorgen": "Der er ikke dokumenteret klinisk værdi ved rutinemæssigt at lytte efter hjertelyd (træstetoskop eller doptone) hos en gravid, der mærker liv dagligt. Det kan dog have psykologisk betydning [...] og da kan Doptone anvendes i stedet for træstetoskop." (Sundhedsstyrelsen 2013: 107).

Denne undersøgelse indgår i et større norsk-dansk studie (PHLEGETHON) om transformationer af velfærdsstat, professioner, klienter, teknologier og viden. Med afsæt i fokusgruppeinterviews med jordemødre undersøges professionelles ræsonnementer relateret til de igangværende forskydninger af teknologiernes legitimitet.

Historik og stridigheder om lytteteknologier i det jordemoderfaglige område

På jordemoderområdet kan stabilitet og forandringsprocesser også beskrives. Lægen og jordemoderen er eksperterne og den kommende moder er lægmand, om end dog mere og mere som subjekt i processen end for 50 år siden. Jordemoder-skab har gennem flere hundrede år gennemgået store forandringer. Det ses eksempelvis i Fjells periodiseringer og analyser fra hjemmefødsler med hjælpe- og nærkoner til fødsler og jordemoderskab i højteknologiske sammenhænge i Norge (Fjell 1996). Hun viser samarbejde og kampe mellem autoriserede jordemødre og hjælpekoner og mellem læger og jordemødre. Fjell beskriver, hvordan den moderne fødsel pågår i et spændingsfelt mellem høj og lavteknologi, det unormale og normale, medicinens og hverdagslivets stemme og mellem risikotænkning og tilid til det naturlige.

Hvor træstetoskopet kan beskrives som eksklusivt og forbeholdt sundhedsprofessionelle, så forholder det sig omvendt for de nyere lytteteknologier, som kan ses som "demokratiske og socialt tilgængelige". De nye teknologier er enkle at anvende og tilgængelige for både professionelle og lægfolk. Der placeres en 'mikrofon' / transducer på maven, hjertelyden forstærkes og gengives i en højttaler,

således, at flere kan høre hjertelyden samtidig. De ultralydsbaserede teknologier udbydes i lighed med andet medico teknisk udstyr til lægfolk til selvmonitorering. Salg og leje af doptone kan ses i annoncer, her benævnes doptonen eksempelvis som ”Angelsound” og promoveres på kommercielle hjemmesider og i magasiner henvendt til vordende forældre. Her kan blandt andet læses at: ”Doptone er utrolig populær i USA og England, og anvendes flittigt af familier og gravide til at opleve barnet i den gravides mave; men også i Danmark har den bidt sig fast, og man kan på flere hjemmesider læse omkring danske familiers positive oplevelser med at lytte til barnet. Her eksempelvis på MinGraviditet.dk. Desuden anvendes den føtale doppler bredt af jordemødre, og er bl.a. fast inventar på helsecentre i Norge.” (http://www.mingraviditet.dk/artikler/artikler_4.htm). De ultralydsbaserede teknologier udfordres ligeledes af mobiltelefoner, da der kan downloades apps, som kan optage, lagre og gengive hjertelyd (fx ’My babys beat’).

Det tragtformede træstetoskop (pinarden) stammer fra 1816 og blev oprindeligt benyttet til at diagnosticere hjerte- og lungesygdomme. Omkring 1820 introduceres træstetoskopet i obstetrikken (Jacobsen & Larsen 2007; Clausen 2011). Træstetoskopet kan beskrives som ’low tech’, det er tragtformet og typisk fremstillet af træ. Først i graviditeten kan hjertelyden være vanskelig at lokalisere med træstetoskopet, ligesom fostrets og moderens hjertelyde kan forveksles. Brug af træstetoskop forudsætter således håndelag og fysisk tæthed mellem klient og den professionelle. Under manøvren presses træstetoskopet mod maven og jordemoderen placerer sit øre ved den modsatte ende af træstetoskopet ca. 30 cm over klienten. Herefter fortager jordemoderen en vurdering af hjertelydens frekvens og variabilitet.

Ultralydsbaserede lytteteknologier blev introduceret i medicinsk praksis for ca. 50 år siden. Doptonen, eller den føtale doppler har et udseende, der minder om en lille båndoptager med mikrofon. Ultralydsbaserede teknologier kan betjenes af klienten selv eller af en hjælper.

En indholdsanalyse af udgaver af en klassisk angelsaksisk lærebog for jordemødre, *Textbook for Midwives*, viser forskydninger over tid i lyttepraksis og stridende positioner indenfor jordemoderfaget. Analysen omfattede 13 udgaver af værket fra perioden 1953 til 1999 (Lewis & Rowe 2004). Træstetoskopet beskrives frem til 1964 som jordemødres primære teknologi til rutinemæssige kontroller af hjertelyd hos gravide og under fødsler. I 1964-udgaven hedder det, at elektroniske teknologier til overvågning af hjertelyd kan anvendes i højrisiko tilfælde som en sikkerhedsforanstaltning ved forventning om usædvanlig belastning af barnet under fødslen. Træstetoskopet beskrives i denne periode fortsat som den primære teknologi til kontrol af barnets tilstand under normale fødsler. Doptonen eller ”Sonic aid” nævnes første gang i 1972 udgaven. Doptonen beskrives her som en teknologi, der kan benyttes til at konstatere graviditet fra 10. graviditetsuge. I samme periode udbredes systematisk teknologier til kontinuerlig elektronisk overvågning af veer og hjertelyd ved normale fødsler.

I udgaverne fra 1981 og 1985 fremføres en række reservationer i forhold til brug af træstetoskopet. Teknologien anses nu for at have begrænsninger som sikkert klinisk grundlag til at bedømme barnets tilstand. I de nyeste udgaver er fokus forskudt til en forhandling mellem jordemoder og den fødende om valg af teknologier i en afvejning mellem den gravides præferencer og det jordemoderfaglige hensyn (Lewis & Rowe 2004).

Andetsteds i litteraturen stilles spørgsmålstejn ved rationelle kliniske begrundelser for, at der rutinemæssigt lyttes efter hjertelyd ved svangrekonsultationer, hvad enten det er ved hjælp af træstetoskop eller doptone. Blake skriver eksempelvis, at doptonen bør foretrækkes, hvis man er opmærksom på dens begrænsninger. Træstetoskopet beskrives samtidig som et skattet jordemoderfagligt symbol, som jordemødre dog må acceptere at opgive, da det har alvorlige begrænsninger og derfor ikke længere tjener patienternes bedste (Blake 2008).

Både doptone og træstetoskopet rapporteres at have mulige skadelige følger-virkninger. En af de dominerende kritiske positioner tager afsæt i bekymringen for potentielle fosterskader ved brug af ultradlydsbaserede teknologier (Blake 2008). En anden mere brugerorienteret position beskriver ulemper ved træstetoskopet, da gravide kan opleve ubehag ved at træstetoskopet presses mod maven (Mahomed et al. 1994).

Clausen argumenterer for træstetoskopet som et 'multipelt' artefakt. Træstetoskopet beskrives blandt andet som en forlængelse af jordemoderens krop. Jordemoderen lytter, tyder og oversætter lyde fra kroppens indre. Ifølge Clausen benyttes træstetoskopet som en medicinsk teknologi, en forbindelsesskabende teknologi og som en teknologi, der kan anvendes til at bibeholde barnet inde i kvindens krop. Clausen påpeger, at fordi træstetoskopet tjener flere formål, så er det uforeneligt med standarder for sikker viden i medicinsk forskning. Det hedder, at: "Det randomiserede undersøgelsesdesign tillader ikke, at redskaber kan være multiple og evidensbaserede retningslinjer kan derfor uforvarende bidrage til at afskaffe produktive hverdagspraksisser" (Clausen 2011).

Over tid kan således iagttages, at teknologierne gennemgår en deroute. Træstetoskopet beskrives tidligere som primært redskab. I efterkrigstiden vinder elektronisk baserede teknologier frem i obstetrikken og doptonen anerkendes som et mere effektivt redskab end træstetoskopet. Samtidig stilles spørgsmålstejn ved det kliniske rationale i at lytte til hjertelyd ved rutinemæssige kontroller af gravide. I takt med teknologiernes udbredelse til lægfolk, kan beskrives en parallel proces, hvor vurderingen af teknologiernes status nedtones i den jordemoderfaglige litteratur og hvor teknologiernes status og anvendelighed bedømmes forskelligt af positioner i feltet.

Teori og metode

Tilgangen er teoretisk-empirisk, i den kvalitative undersøgelse inddrages empirisk materiale fra tre fokusgruppeinterviews med 9 danske jordemødre fra fire forskellige større fødeafdelinger på henholdsvis Sjælland og Fyn. Der er valgt fokus-

gruppeinterviews, da interessen er at konstruere empirisk materiale, der kan belyse forhandlinger og positioneringer mellem professionelle. De interviewede jordemødre havde mellem 1½ og 29 års professionserfaring. Jordemødre blev initialt forsøgt rekrutteret gennem Jordemoderforeningens hjemmeside. Grundet manglende tilmeldinger blev jordemødre efterfølgende rekrutteret via opslag på forskellige fødeafdelinger. Jordemødre blev tilbudt kompensation på 200 kr. for transport- samt interviewtid. Informanterne blev garanteret personlig og institutionel anonymitet.

Omdrejningspunktet for interviewene var jordemødrenes erfaringer med at arbejde i svangrekonsultationer. Interviewene blev gennemført af forfatterne (HJ og NSL) ud fra en semistruktureret guide og varede ca. en time. De blev optaget og fuldt transskriberet. Interviewguiden involverede spørgsmål om de sundhedsprofessionelles uddannelse og praksiserfaringer samt spørgsmål om hvilke former for viden de anvendte i deres professionelle arbejde. Jordemødrene blev blandt andet spurgt til hvordan evidens, institutionelle instrukser, manualer, egne erfaringer og klienters viden indgik i deres arbejde samt om diskrepans mellem vidensformer.

Analysen har været abduktiv i den betydning, at der er tale om en bevægelse mellem deduktivt at relatere det empiriske materiale til de teoretiske tilgange og arbejdsantagelser, operationaliseret i guides mv., og induktivt at være sensitiv på indspil fra informanternes konstruktioner af virkeligheden. På den måde bevæger analysen sig mellem meningskondensering i forhold til udvalgte kategorier og mere sonderende og eksplorative tilgange.

Initialt i analysen er det transskriberede materiale organiseret omkring tre temaer inspireret af Freidson. Temaerne er accounts relateret til en 'bureaukratisk rationalitet', en 'markedsrationalitet' samt accounts, der adresserer en 'professionsrationalitet' (Freidson 2001).

Den bureaukratiske rationalitet relaterer til, at det professionelle arbejde legitimeres i en organisatorisk kontekst. Markedsrationaliteten relateres til jordemødres markedssituation som udbydere af sundhedsydelser i konkurrence med andre aktører. Endelig handler professionsrationalitet om jordemoderfagets vidensgrundlag, faglige idealer og traditioner, der legitimeres og reproduceres i et fagligt fælleskab.

Bureaukratisk sfære

Af interviewmaterialet fremgår det, at der foreligger lokale og nationale instrukser om, at der ikke bør lyttes efter hjertelyd ved den første kontrol i jordemoderkonsultationen. Årsagen til dette er, at der er stor usikkerhed forbundet med at lytte efter hjertelyd først i graviditeten. Medens materialet indikerer, at yngre jordemødre forbinder Sundhedsstyrelsens anbefalinger med de pligter, der påhviler jordemødre, viser materialet samtidig, at mere erfarne jordemødre tillægger denne anbefaling begrænset betydning. På tværs af materialet beskrives det som del af en jordemoderfaglig tradition at lytte til hjertelyd:

Det har vi direkte fået besked. Det står dels i vores retningslinjer. Sundhedsstyrelsens retningslinjer siger, at vi ikke skal lytte hjertelyd overhovedet. Men det kan vi så ikke lade være med. Fordi det simpelthen ligger i traditionen at vi skal lytte. Men derudover så har vi faktisk op til flere gange, tror jeg, fået mails, og jeg tror endda også at det står i vores specielle retningslinjer her, om at vi ikke skal lytte hjertelyd første gang de kommer. Fordi vi ikke kan forvente at finde den. (Jordemoder H, FGI 3)

Udfordringen med at lytte hjertelyd først i graviditeten drejer sig i mindre grad om tekniske vanskeligheder med at høre selve hjertelyden, men mere om de følge-virkninger, der udløses hvis jordemoderen ikke kan høre hjertelyd. Manglende hjertelyd kan være tegn på, at fostret ikke længere lever. Usikkerhed i forhold til at høre hjertelyd først i graviditeten forbindes også med risiko for at skabe unødigt bekymring hos den gravide.

I det bureaukratiske perspektiv udgør økonomi en central rationalitet, som også er meget virksom i striden om brug af teknologier blandt jordemødre. Et økonomisk argument er, at hvis jordemoderen ikke hører hjertelyd, så tilsiger institutionelle logikker, at der bør tilbydes ekstra og mere omkostningsfulde undersøgelser af den gravide. Undersøgelserne har primært til formål at tilvejebringe viden om fosterliv samt at berolige den gravide kvinde.

Kun den første gang, hvor de er måske fra 12-16-17 uger. Senere er det ikke noget problem at lytte. Altså, jeg tror da også at stort set alle som får en første. Altså en gravid første gang og hvor hun måske er 18-20 uger så kan vi jo ikke lade være. Så kan vi jo også næsten 100 % finde den.[....]

Det er de her tidlige der er problemet. Vi er blevet bedt om at lade være [at lytte med træør]. Fordi hvis vi ikke kan finde hjertelyden så skal de simpelthen til scanning. Og de bliver ikke glade, det gør de altså ikke. For at få en ekstra scanning pga. at jordemødrene ikke kunne høre hjertelyd. (Jordemoder H, FGI 3)

Et rationelt klinisk argument i tråd med det som fremføres af Sundhedsstyrelsen er, at hjertelyden tidligt i graviditeten er et øjebliksbillede, som ingen dokumenteret klinisk værdi har, i forhold til at vurdere barnets fremadrettede levedygtighed. I interviewet anerkender en jordemoder, at lytte praksis først i graviditeten har begrænset klinisk værdi, men dette holdes op imod ønsker fra gravide kvinder om at 'blive lyttet på maven':

Jeg tror da også den anden vej rundt. Der er jo rigtig mange gravide der har en ide om, at når vi har lyttet en hjertelyd så er alt fint. Altså, det kan jo være svært så at sige til dem der er bekymret i hvert fald, at det kun er et øjebliksbillede. Når du går ud på gaden så kan der jo sker alt. Det siger man jo ikke. Men

det er meget det her med: 'Jamen jeg har jo været til jordemor og hun har lyttet og alt er fint...'. (Jordemoder F, FGI 3)

Et andet væsentligt forhold handler om at dokumentere arbejdet. Som andre sundhedsprofessionelle mødes jordemødre med krav om, at de skal dokumentere arbejdet, dels for at demonstrere produktivitet, men også som led i reduktion af patientklager, et moment som ikke mindst læger tillægger øget opmærksom efter oprettelse af Patientombuddet mv. (Bayer et. al 2002; Bayer & Larsen 2007). Her har det obstetriske felt historisk set været længere fremme end mange andre specialer (Parker & Lawton 2000). I forhold til jordemoderarbejdet har både træstetoskopet og doptonen svagheder sammenlignet med andre teknologier til overvågning af fostret i graviteten. Særligt træstetoskopets eksklusivitet fremhæves som en svaghed i forhold til at dokumentere faglige handlinger og beslutninger. Udfordringen med at dokumentere fosterhjerteraktion imødekommes blandt andet ved anvende doptonen og lade den gravide 'lytte med'. 'Der dokumenterer vi på vandrejournalen, at vi har lyttet og den gravide har jo også hørt det og vi bruger i høj grad doptone, så de også selv kan høre det, de her gravide (...). Det er indtil videre i hvert fald nok, også for patienterne' (Jordemoder H, FGI 3).

På fødegangene forholder det sig anderledes. Her har jordemødrene under supervision af lægerne adgang til mere komplicerede teknologier i form af cardioto-cografer (c.t.g.) og ultralydsapparater. Følgende sekvens illustrerer, at CTG-teknologien med at 'køre en strimmel' i højere grad opfattes som vægtig og valid dokumentation:

Interviewer: Hvad kan den her strimmel som I ikke kan med jeres hænder og jeres øre?

Jordemoder: Den kan på papiret dokumentere noget som andre kan være med til at vurdere, hvorimod når det kun er mit øre, så er det min vurdering. Så det er sådan nærmest kvitteringen. Vores læger kommer jo også og laver en lille krusedulle og siger 'den er fin. Det er okay'.

Jordemoder: Hvis vi er usikre på at den er i orden.

Interviewer: Kvitterer du selv på den?

Jordemoder: Så putter jeg den i journalen med god samvittighed fordi jeg ved at den er okay.

Jordemoder: Det er et slags bevis på at barnet har det godt. Altså på sådan en strimmel, der kan man følge barnets hjertelyd over måske 20 min eller en halv time og så kan man se hvordan den skifter hele tiden, hvordan den udvikler sig, hvordan barnet reagerer i forhold til veerne. Der er sådan nogle. Det fortæller en lille smule mere om hvordan barnet har det end hvis vi bare lytter med træ-rør eller en 'doptone'. (Jordemoder F, FGI 3)

Bureaukratiet kræver, at der kan fremlægges bedst mulige godtgørelser eller beviser som grundlag for dokumentation for professionelle beslutninger eller handlinger.

ger. Det er i den forbindelse en svag bevisførelse, når det er hvad den professionelle erfarer gennem sin egen hørelse via træstetoskopet og verificeringen af hjertelyd kun kan bekræftes af jordemoderen selv. Omvendt forligger der stærk dokumentation i form af et papirmæssigt og illustrativt artefakt såsom disse 'strimler', der, som det formuleres, fungerer som 'kvittering'. Det professionelle arbejde integrerer kontinuerligt elementer, som udgør historiske produkter fra tidligere kampe i feltet, fx indspil fra etiske råd, patienter (Patientombuddet), kampe mellem medicinske specialer, læge-jordemoderkampe og også mere overordnet effekter af det Wacquant kalder "*regelproducerende organer*, såsom kabinetter, ministerier, departementer, administrative bestemmelser, kontorer for dette eller hint." (Wacquant 1993). Her ses et tydeligt eksempel på det, som jf. Bourdieu og kollegernes (1999) analyse af statens transformation siden 1970'erne og 1980'erne og den påbegyndte *konservative revolution*, også kan kaldes den ny liberalistiske reorganisering af staten. En proces der, som Bourdieu påviser, svækker statens 'venstre hånd' (sociale, uddannelse, sundhed) til fordel for dens 'højre hånd' (økonomi, politi, retsvæsen) (Hammerslev et al 2010).

Markedssfære

Jordemoderarbejdet som professionel praksis er med Friedson tillige positioneret i en markedssfære, dvs. hvor aktørerne er virksomme på et marked, eller i et felt hvor deres kreditter skal afsættes (Freidson 2001). Det er ikke jordemødrene, der selv fastsætter værdien af deres arbejde, hvilket i en Bourdieusk optik vil ækvivalere en afvejning af felt (marked) i forhold til kapital (ressourcer, jordemoderkapital). Jordemødrene opererer på et marked, der er under forandring og skærpet på grund af faldende efterspørgsel som følge af faldende fødselstal og hvor de graviders mulighed for valg af fødested har øget konkurrencen mellem de offentlige udbydere af svangreydelser.

Markedet – fx motiveret af brugerbehov – kan således øge nødvendigheden af fx at kunne fremvise fine, billedmæssige, grafiske og lydmæssige dokumentationer af det nye liv. Også selv om disse dokumenter har sekundær karakter (det er målinger af liv, ikke liv), at de er tidsspecifikke (de måler nogle sekunder eller minutter og ikke minutter før/efter), at de måler under specifikke sammenhænge (i klinikken oftest når kvinden er i ro og ikke f.eks. når hun løfter ting eller cykler), at de er brugerrettede (de viser mere hvad brugeren ønsker end nødvendigvis, hvad der er faglig bevisførelse).

Hensyn til klienter er centralt i de faglige værdier som præsenteres i materialet. På tværs af materialet fremhæves det som en professionel værdi, at primært den fødende, men også barn og familie beskrives som omdrejningspunkter for jordemoderens faglige aktiviteter. Der er flere dimensioner i respondenternes italesættelse af klientinteresser. Som væsentlige værdier fremhæves, at fødsler forløber naturligt og at der undgås skader på mor og barn. Samtidig betones relationerne mellem jordemoder og klient som centrale. Målet er at jordemoderen samarbejder med klienten, samt at der opstilles fælles mål for forløbet:

... altså det at en kvinde føder og kan føde. At hun kommer godt igennem det, får et dejligt barn, og selv ikke bliver skadet på nogen måder. Det ved vi efterhånden hvordan man gør, og vi skal prøve at fokusere på det at blive samarbejdspartnere med de gravide og fødende. Til enhver tid ramme dem, og finde det vi har af fælles mål, så kommer vi godt igennem det. (Jordemoder C, FGI 2)

Gode kerneværdier er at sætte fagligheden højt. At sætte patienten, eller det er jo ikke patienter, men den gravide, den fødende i centrum. Holde det på et normalt niveau. Familien og sådan nogle ting. Det er gode kerneværdier for mig. (Jordemoder D, FGI 2)

En anden dimension knytter sig til æstetiske aspekter, her betones det at klienten skal have en god oplevelse;

Vi har nok meget fokus på, altså når man snakker med folk i byen, er det selvfølgelig vigtigt at moren har det godt, og barnet har det godt efter fødslen. Men jeg tror næsten vi er begyndt at tage det for givet, i hvert fald tæt på. Hvor vi har meget fokus på, jamen det må også gerne være en god oplevelse at blive forældre. Selvfølgelig skal de andre ting være i orden først, for ellers kan det jo heller ikke blive en god oplevelse. Men det er også det jeg tænker som kerneværdier. Det der med, som du siger, at tage udgangspunkt i, hvor folk er, og hvad der skal til for at de får en god oplevelse. (Jordemoder E, FGI 2)

Hensyn til den gode oplevelse er også i spil i forhold til brug af henholdsvis træstetoskop og doptone. I materialet gives eksempler på, at gravide bliver skuffet eller føler sig afvist, hvis jordemødrene undlader at lytte. Kvinderne efterspørger en lyttepraksis, som er socialt tilgængelig. Her er et pres fra brugerne om selv at kunne lytte med og her har træstetoskopets eksklusivitet en åbenlys ulempe i forhold til de gravides præferencer: ”Hvis jeg som jordemoder lytter med træstetoskopet så bliver der spurgt: ’Har du ikke sådan en, så jeg også kan høre med?’”. Jeg har sådan et kunde-opland, som alle sammen kommer med deres mobiltelefoner, de skal have optaget sådan 20 sekunder [af hjertelyden] (Jordemoder G, FGI 3).

Samtidig producerer disse handlinger, iværksat for at imødekomme brugerinteresser, udfordringer, såfremt handlingerne ikke kan fuldføres med et succesfuldt resultat. Jordemoderen risikerer at skuffe den gravides forventninger om bestemte former for jordemoderfaglige serviceydelser: ”Hvis man ikke kan finde den [hjertelyden] og eller så er der jo nogle gange hvor man har lyttet den første gang og tænkt, hvorfor gjorde jeg også det?” (Jordemoder G, FGI 3).

I takt med at sundhedsfaglige ydelser generelt udfordres af økonomiske restriktioner opstår der, for jordemødrenes vedkommende, også nye markedsandele i regi af alment praktiserende læger. Både praktiserende læger og jordemødre vare-

tager svangrekontroller af gravide. Jordemødrene ansættes af praktiserende læger til at varetage helbredskontrollerne af de gravide, der tilhører den pågældende lægepraksis. Ifølge jordemødrene, et resultat af at praktiserende læger har vedkendt sig jordemødrenes særlige ekspertise, det hedder at: ”Så går de i stedet for at gå til læge, så går de faktisk lige til jordemoderen, som er ansat af lægen, det er jo et eller andet, tror jeg, i erkendelse af i hvert fald, i de enkelt lægehuse, erkendelse af, at det her, det ved de [jordemødre] altså rigtig meget mere om....” (Jordemoder I, FGI 3).

Ifølge jordemødrene mangler de praktiserende læger både kompetence til at yde omsorg for den gravide, men også jordemoderfagligt håndlag. Sidstnævnte kommer til udtryk i lægernes manglende kompetence til at vurdere fostret: ”Men jeg synes også at jeg oplever egen læge i udfyldelse af der hvor der skal stå ’fosterskøn’, der har de bare lavet en streg. De har slet ikke vurderet fosteret fordi det kan de ikke” (Jordemoder A, FGI 1).

I svangrekonsultationerne praktiserer jordemødrene forholdsvis autonomt inden for eget virksomhedsfelt. I lægepraksis er jordemødrene derimod organiseret under lægernes ansvar. Selvom jordemødre og praktiserende læger varetager identiske undersøgelser af gravide, er der samtidig forskelle i de professionsspecifikke rettigheder. Medens praktiserende læger har bemyndigelse til at udskrive medicin og henvise gravide til specialister, er jordemødrenes ordinationsret stærkt begrænset. Fra jordemødrenes perspektiv er lægeansættelserne udtryk for en vunden kamp. I et historisk perspektiv er lægeansættelserne snarere et billede på stabilitet i jordemødrenes subposition til lægerne. Samtidig viser udviklingen, at jordemoderkapital bliver omsættelig til økonomisk kapital hos alment praktiserende læger qua forskellene i de offentlige takseringer til henholdsvis læger og jordemødre.

Professionssfære

I materialet forekommer forskellige vurderinger af træstetoskopets og doptonens kvaliteter i svangrekonsultationen. På tværs af udsagnene er det gennemgående, at lyttepraksis ses som en integreret del af en jordemoderfaglig tradition.

... Ja det er faktisk lige præcis sådan det er. Jamen den faglige tradition er jo nok opstået ved, at det er det man kan. Det er det middel vi har til, for os selv, at finde ud af, at det her barn har det godt. Vi kan mærke på maven, vi kan skønne hvor stor den er i forhold til hvor langt hun er inde i graviditeten, vi kan spørge om hun mærker liv og så kan vi lytte. Det er vores midler til at finde ud af: Har det her barn det godt. Så det er traditionen, at det gør jordemødre, fordi det er det vi kan. (Jordemoder G, FGI 3)

En væsentlig forskel mellem træstetoskopet og doptonen er træstetoskopets forbindelse med klinisk erfaring og ’høre-ekspertise’. Her beskrives jordemoderens øre som et intuitivt redskab og som en kilde til kropsbåren viden som akkumule-

res over tid i jordemoderfaglig praksis: "... jeg tror det er en fingerspidsførelse, hvis man kan kalde det med øret? Ørespids..." (Jordemoder I, FGI 3).

Træstetoskopet fungerer som en forlængelse af jordemoderens krop (embodiment relation) både konkret og historisk. Brugen af det givne artefakt har således en lang historik og den er helt sammenvævet med hvad en jordemoder er. Man kan således ikke adskille træstetoskop og jordemoder. Fagligheden er symbolsk ophobet i betegnelsen og autoriteten som jordemoder og den knytter sig ikke mindst til træstetoskopet som materialitet. Træstetoskopet fungerer næsten som et ikon, dvs. som et religiøst billede eller symbol på jordemoderskab. Denne konstruktion, der sammenbinder træstetoskopet og jordemoderen, fungerer som grundlæggende relationer, der er virksomme hos jordemødre (for eller imod teknologien) og ikke mindst hos kommende forældre, som også kan have præferencer for og imod den naturlige lytten, elektrobølger osv. I det empiriske materiale fremhæves forskellige kvaliteter ved de informationer som produceres gennem denne lyttepraksis. En erfaren jordemoder fremhæver her, at træstetoskopet er en særlig værdifuld kilde til informationer, der ikke kan leveres af ultralyd eller strimler:

Ja, men jeg lytter med træøret hver eneste gang og det er fordi jeg synes at træøret giver mig nogle helt andre impulser i øret end doptone [ultralydsapparatet] gør. Og derfor har jeg det meget med [at lytte] fordi det er en ekstra information man får. Det kan ikke dokumenteres og det er jeg sådan set ligeglad med, fordi det er nok for mig. For jeg hører rytmen og jeg hører betoningen, det er ligesom et stykke musik, et eller andet sted. Man kan godt høre om det lyder rigtigt og det kan du ikke med doptone, fordi den kun fanger signalet... Du kan ikke høre slagkraften eller livet i den, i Doptone, så jeg lytter altid først og så lytter jeg med doptone bagefter... jeg har altid lytterøret under armen. (Jordemoder I, FGI 3)

Men professionens indlejring i et felt, som også involverer et subfelt af teknologier (Larsen 2008), dvs. med en vifte af mulige teknologier til rådighed, åbner også for – og man kunne sige nødvendiggør – stridigheder og distinktioner internt herom. Ideen om at træstetoskopet er adgang til særlige kvalitative informationer, står således ikke uimodsagt i materialet: "... så tænker jeg bare, at der er rigtig mange jordemødre, som sådan siger det der... Altså jeg har ikke den oplevelse selv, at jeg kan høre noget andet med træstetoskopet, selvom jeg har brugt det i mange år..." (Jordemoder G, FGI 3).

Blandt jordemødre, uden adskillelige års erfaring med at anvende træstetoskopet, indikerer materialet endvidere, at lyttehandlingen kan anskues som sekundær i forhold til andre jordemoderydelser. Her drejer det sig mere om jordemødrenes mulighed for at skabe en tillidsfuld relation til den gravide: "Det der er udfordringen, det er mere den psykologiske del af det. Alt det fysiske, det er jo det vi er

uddannet til... At kunne mærke på de der maver, hvor store er babyerne? Og måle blodtryk er jo a piece of cake” (Jordemoder D, FGI 2).

Samlet set indikerer materialet, at skønt træstetoskopet forsyner jordemødre med informationer, så er de samtidig ved at vænne sig af med at bruge det. Om træstetoskopets fremtid hedder det: ”Man kan da også sige, at i Danmark, nå men så falder det sikkert ud, hvis man ikke holder det ved lige, som du gør og som nogle af mine kolleger gør. Ja, jeg tror det forsvinder som en evne. Men hvis du skal et eller andet sted hen ude i verdenen, så ville det være en rigtig, rigtig dejlig ting at kunne”. (Jordemoder G, FGI 3)

Den forventede udfasning af træstetoskopet har dog aktuelt ikke betydning for jordemoderstuderende, det hedder at nye i professionen fortsat skal lære at anvende træstetoskopet, idet ”det er en del af det at være jordemoder, at kunne bruge et træstetoskop” (Jordemoder G, FGI3).

Diskussion

Overordnet viser materialet at pres på træstetoskopet håndteres forskelligt af jordemødrene, hvilket flugter med positioner i den jordemoderfaglige litteratur.

Nogle jordemødre rapporterer, at de følger Sundhedsstyrelsens anbefalinger og undlader således helt at lytte efter hjertelyd ved første jordemoderkontrol. Andre jordemødre lytter efter hjertelyd fra starten af graviditeten. Her indikerer materialet, at jordemødrene lytter på trods og i det skjulte. De angiver, at de i deres lyttepraksis tillægger klienternes præferencer og egne faglige traditioner større vægt end hensynet til organisatoriske og rationelle kliniske ræsonnementer – der lyttes således efter hjertelyd uanset anvisninger om det modsatte i Sundhedsstyrelsens anbefalinger og lokale guidelines for jordemoderfagligt arbejde. Nogle Jordemødre bruger træstetoskopet trods dets eksklusivitet og andre jordemødre kombinerer brug af træstetoskop med ultralydsbaserede teknologier.

Som det viste sig er jordemødres brug af træstetoskopet under pres fra krav om dokumentation, om effektivitet og fra klienter. Konsekvenserne for jordemoderdisciplinen vurderes forskelligt af de interviewede. Presset på træstetoskopet beskrives både som et tab af kropslig viden og som et tab af færdigheder. I et vidensperspektiv kan man udlægge fænomenet som et eksempel på udgrænsning af personbåren viden. Med Max Webers ord kan man sige, at forskydningerne mellem teknologier og viden kan ses som tegn på fortsat affortryllelse, her af sundhedsfagligt arbejde – analysen viser at sundhedsprofessionelle, på trods af ambivalenser, er medaktører i udgrænsningsprocesser rettet mod personbåren, kropslig viden.

I Bourdieus analyser er staten en kollektiv illusion, men det er en velfunderet kollektiv illusion med meget reelle effekter. Det er en vigtig dobbelthet: Selv om staten ikke eksisterer per se, så findes der forskellige felter, hvor der handles på statens vegne. Blandt disse felter er det bureaukratiske felt måske det mest fremtrædende (Hansen & Hammerslev 2010). I en overordnet analyse er det interessant, at undersøge mere præcist, hvordan forskellige positioner agerer i feltet, med særligt henblik på inklusion og eksklusion af teknologier. I det medicinske felt er

det tydeligt, at statens højre hånd supplerer den venstre hånd i reguleringen af eksempelvis det sociale område (Wacquant 2009), men de overordnede kampe i metamatgfeltet virker ikke direkte og uformidlede i det medicinske felt. Det sker via stridende positioner og i kampe i det medicinske felt og som kampe (eller symbiose) mellem nye styringskrav (NPM – herunder nye krav fra brugere, patientorganisationer), krav om dokumentation og standarder (f.eks. via Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM og akkrediteringsbestræbelser), samt i nye videnskrav (f.eks. evidens, men også kampe i og mellem faggrupper om henvisning til eksklusiv viden).

Når vi går tættere på teknologierne, viser det sig, at disse teknologier udvikles og afvikles over tid. Over tid sker der forskydninger i, hvad der opfattes som de distinktive teknologier, som eksempelvis træstetoskopet. Jordemoderen kan til dels distingvere sig fra almindelige mennesker ved at gøre brug af træstetoskopet og som sådan monopolisere viden frem for at gøre brug af doptonen, hvis målinger øjeblikkeligt er bredt tilgængelige. Samtidig udfordres de ultralydsbaserede teknologier af mobiltelefoner med tilkoblede apps, som kan gengive og optage hjertelyd.

Man kan med inspiration fra Bourdieu sige, at når der er sammenfald mellem jordemoderens dispositioner og den position som vedkommende tildeles i det medicinske felt, så kaster agenten sig med glæde ud i det, som er muligt og nødvendigt. Kroppen har indskrevet sig i feltets struktur, herunder dets struktur af teknologier – som et virksomt princip i forhold til hvad der 'kan gå', hvad der 'er noget', og også hvad der 'er upassende', dårligt eller 'ikke noget for en som mig' (Larsen 2008).

I feltet af positioner i det medicinske felt kan man opsummere, at også træstetoskopet indskrives sig i et subfelt af teknologier, som bevæger sig op og ned i subfeltets hierarkisystem, hvilket hænger sammen med forskydninger indenfor feltets spændinger mellem teknologier, eksempelvis relationer mellem træstetoskopet og ultralydsteknologier, mellem de fine teknologier og de almindelige. Men disse forskydninger er ikke noget i sig selv. Ny teknologi produceres, distribueres og modtages af mennesker i og uden for felter. På den måde kan man ikke analysere modstillingen mellem teknologierne 'i sig selv', f.eks. ud fra modstillingen god/dårlig dokumentation, god/dårlig brugbarhed. Som det viste sig i analysen var disse dikotomier tæt inter-relaterede med krav og rationaliteter fra den bureaukratiske sfære (regulering af arbejdet i statslig og fagbureaukratisk sammenhæng); markedssfæren (fagets markedssituation og f.eks. brugerkrav), og slutteligt professionssfæren (fagets historiske traditioner f.eks. som identifikation med det naturlige og træstetoskopet). Hvis man ser på andre faggrupper i det medicinske felt, kunne man fortsætte med at gøre rede for typer af teknologier, der knytter sig til respektive positioner i det medicinske felt. Der kunne være tale om gribe-tang, vinkelkniv, strømpepåtager, aftagerpind, skohorn eller elastiksnøreband, som relaterer sig til ergoterapi, eller teknologier som stok/albuestok, gangbuk, rollator, T-stol eller gangbare, som relaterer sig til fysioterapi. Blandt de lavest

positionerede teknologier finder man anti-liggesårsmadrass, bandager, tandbørste og hudlotion, som relaterer sig til sygehjælperen eller til social- og sundhedshjælperen.

Niels Sandholm Larsen, Lektor, Institut for Sygepleje, Metropol UC, nela@phmetropol.dk; Helle Johnsen, Lektor, Jorde-moderuddannelsen Institut for Rehabilitering og Ernæring, Det Sundhedsfaglige og Teknologiske Fakultet, Metropol UC, hejo@phmetropol.dk; Kristian Larsen, Professor MSO, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kl@learning.aau.dk

Referencer

- Album, D. 1991. Sykdommers og medisinske specialiteters prestisje. *Nordisk Medicin*, 106(8–9): 232–236.
- Album, D. og S. Westin. 2008. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine* 66(1): 182–188.
- Bayer, M. og A. Henriksen, K. Larsen, C. Ringsted 2002: *Turnuslægers praksislæring*, H:S Postgraduate Medicinske Institut: [Kbh.]
- Bayer, M. og Larsen K. 2007 *Speciallægeuddannelsen i Danmark. Rapport om den nye speciallægereform*. Sundhedsstyrelsen og Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Blake, D. 2008. Pinards: out of use and out of date? *British Journal of Midwifery*, June 2008, vol.16 no. 6.
- Bourdieu, P. et. al.1999. *The Weight of the World: Social Suffering in Contemporary Society*. Polity Press, Cambridge.
- Burrage, M og Torstendahl, R. 1990. The Formation Of professions – Knowledge, State and Strategy. Sage, London.
- Clausen, J. 2011. Fagligt indstik: Hvordan begrundes monitorering praksisser? *Tidsskrift for jordemødre*, 2011 nr. 5.
- Fjell; I. T. 1996. *Blikket vendes. Fødsel i endring*. Avhandling til framstilling for dr. art. – graden, Historisk-filosofisk fakultet, Universitet i Bergen.
- Freidson, E. 2001. Professionalism – the third logic. Polity Press.
- Goffman, E. 2001. Anstalt og menneske – den totale institution socialt set. Jørgen Paludans Forlag [1967].
- Hansen, J. A og O. Hammerslev. 2010. Bourdieu og staten. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* Nr. 1-2 / 2010, 11-32. <http://praktiskegrunde.dk>.
- Hammerslev, O. og Mathiesen, A. Hansen, J. Arnholtz. 2010. Redaktionelt forord. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* Nr. 1-2 / 2010, 5-10. <http://praktiskegrunde.dk>.
- Jacobsen, K og K. Larsen. 2007. *Ve og Velfærd*. Loldrups Forlag.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp – hvorfor opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. In *At sætte spor på*

- en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, K. 2013. Social position i rum, krop og identitet. En sociologisk analyse af sygeplejens position i medicinsk felt med fokus på hvorfor det kan være let eller svært at give injektioner. In: *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*. Red. Herdis Alvsvåg, Ådel Bergland og Oddvar Førland (red.).
- Larsen, K og K. Esmark 2013. Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier, *Praktiske grunde Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 2013: 1-2. <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-samlet.pdf>
- Lewis, L. Rowe, J. 2004 Moving with the beat: changing fetal monitoring practices in low-risk labor. *Australian Midwifery Journal* March 2004.
- Mahomed, K. Nyoni, R. Mulambo, T. Kasule, J. Jacobus, E. 1994. Randomized controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *BMJ*. 1994;308: 497-500.
- Mol, A. 2002. *The Body Multiple*. Duke University Press, 2002.
- Parker D, Lawton R. Judging the use of clinical protocols by fellow professionals. *Social Science and Medicine* 2000; 51:669–677.
- Sundhedsstyrelsen. 2013. Anbefalinger for svangreomsorgen.
- Wacquant, L. 2009. Punishing the Poor: The Neoliberal Government of Social Insecurity. Duke University Press: Durham, NC.
- Wacquant, L 1993. In Hansen, J. A og O. Hammerslev 2010. Bourdieu og staten. Tema: Bourdieu og Staten. Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab Nr. 1-2 / 2010. ISSN 1902-2271 . www.hexis.dk 11-32.
- Weber, M. 1995. *Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd*. Nansensgade Antikvariat, København [1920].

Mellem bureaukrati og profession

Et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer
med hospitalsarbejde

Niels Sandholm Larsen, Ulla Søbjerg Nielsen & Iben Husted Nielsen

Forhold mellem profession og bureaukrati undersøges med afsæt i to cases, sygeplejersker på hospital og sygehussocialrådgivere. Det empiriske materiale er fokusgruppeinterviews med to grupper af sygeplejersker og to grupper af socialrådgivere. Perspektivet er mikrosociologisk og der trækkes på analytiske greb inspireret af Abbotts tilgang til professioner samt Hjorts analyser af modernisering af velfærdsstat og velfærdsstatsligt arbejde. Der er fokus på forskelle og ligheder i de måder hvorpå hospitalsarbejde problematiseres af sygeplejersker og socialrådgivere. Artiklen viser at skønt begge faggruppers arbejde overordnet er struktureret af de samme tekniske, bureaukratiske rationaler, så angiver sygeplejersker og socialrådgivere, at de har forskellige muligheder for at manøvrere på hospitalet, samt at de to faggrupper benytter sig af forskellige strategier og alliancer for at forfølge interesser. Et markant fund er, at mens socialrådgiverne fremstår som overvejende loyale overfor klienter, så udtrykker sygeplejerskerne en højere grad af loyalitet med organisatoriske mål og logikker.

Keywords: Social workers, nurses, social work, care work, professional studies, work place commitment

Baggrund og perspektiv

Det danske hospitalsvæsen er under forandring, og de professionelles faglige autoritet er under pres fra forskellige sider. Sammen med styringsmekanismer som NPM, der har medført en markedsgørelse af relationer mellem aktører i den offentlige sektor, ses forandringerne i de professionelles arbejde blandt andet gennem øgede krav om effektivitet og en stigende forventning om inddragelse af patienter og pårørende som partnere i behandlingen og plejen (DDKM 2013; Danske Regioner 2006). Forandringerne knytter sig til diskurser om aktive, ansvarlige borgere og medinddragelse, og medfører at patienter i højere grad italesættes som 'forbrugere', der agerer som oplyste, kritiske 'ekspertbrugere', og de sundhedsprofessionelle ses tilsvarende som leverandører af ydelser (Dige 2008; Innovationsrådet 2007; DDKM 2013). I det sociale system italesættes klienter som borgere eller brugere, og der er en parallel forestilling om at klienter bør inddrages og deltage i løsningen af sociale problemer (Dyring 2007). Dette medfører forandringer i autoritetsrelationerne mellem klient/patient og professionel.

Forandringerne knyttes tilsvarende an til diskurser om professionelles autonomi og relationer til klienter i sundhedsvæsenet. Studier viser, at der sættes en række ambivalenser i spil når professionelle beskriver relationer til klienter og arbejdsplads. Ligeledes ses at de professionelles autonomi i arbejdet udfordres af organisering og standardiseringer, at krav om effektivitet belaster arbejdsmiljøet samt at regler og organisatoriske mål presser personlige og faglige idealer (Andersen, Dybbroe, Bering 2004; Sandholm Larsen 2010; Johansen 2013).

Med afsæt i to cases, socialrådgivere og sygeplejersker ansat på offentlige hospitaler, undersøges følgende spørgsmål: Hvilke forskelle og ligheder kan iagttages i hospitalssocialrådgiveres og hospitalssygeplejerskers italesættelse af hospitalsarbejde? Der er særlig fokus på udøvelse af faglig autoritet og relationer til klienter, pårørende samt øvrige relevante aktører.

Valg af socialrådgivere og sygeplejersker ansat i offentlige hospitaler begrundes i rækken af danske studier af velfærdsstat og professioner. Socialrådgivernes arbejdsområde er overvejende inden for det socialfaglige område og sygeplejerskers inden for det sundhedsfaglige område. Begge faggrupper har lange traditioner for ansættelse inden for hospitalssektoren. De to faggruppers aktuelle markedssituation er dog forskellig. Antallet af sygeplejersker viser en støt stigende tendens, og hvor sygeplejersker i stigende omfang besætter specialiserede funktioner i hospitaler, kan der omvendt iagttages en udvikling hvor antallet af socialrådgivere på hospitaler reduceres. På hospitaler ansættes fx socialsygeplejersker og patientvejledere til opgaver som traditionelt blev varetaget af socialrådgivere, ligesom at stadig flere af hospitalssocialrådgivernes arbejdsopgaver uddelegeres til kommunale sagsbehandlere. Bevægelser i de to faggruppers markedssituation skal ses i lyset af, at arbejdsdelingen mellem hospitaler og kommuner er fastlagt således, at hospitalernes hovedansvar er diagnosticering og behandling og kommunerne har ansvar for rehabilitering, når patienterne er udskrevet (Sandholm Larsen 2013; Dansk Socialrådgiverforening 1990; Sygehusocialrådgiverfaggruppen 2013; Vallgård 1992).

Hjort (2005) peger på, at der på arbejdspladser i den offentlige sektor udspilles kampe mellem forskellige professionsforståelser. Én forståelse med udgangspunkt i professionsteorien der lægger vægt på autorisation, autonomi og klientorienterede standarder, og en anden forståelse med udgangspunkt i organisationsteorien med vægt på fleksibilitet, tværfaglighed, strategisk ledelse og organisatoriske standarder (Hjort 2005). Stridighederne kan på den ene side forstås som en faggrænsekamp mellem de traditionelle semi-professioner og en ny faggruppe (de offentlige (mellem)-ledere) med professionslignende træk, og på den anden side forstås som svar på øget kompleksitet, der nødvendiggør nye arbejdsdelinger m.v. (Hjort 2005: 100). Centralt i de professionsteoretiske definitioner af professionalismisme og professionelt arbejde står den relative professionelle autonomi, og den autentiske bekendelse til klientens bedste (Hjort & Engel 2007). Med et 'indefra' blik på professionelt arbejde viser Hjorts analyser, at professionelt arbejde kendetegnes ved at basere sig på specialiseret og teoretisk viden og en særlig 'kunnen' i

at håndtere foranderlige og komplekse situationer. Derudover baserer professionelt arbejde sig også på en særlig 'villen', som forudsætter en særlig social og etisk forpligtigelse til at arbejde for klientens bedste: Den professionelle etos (Hjort 2008: 96; Hjort & Engel 2007).

Tilgangen til professioner er ydermere inspireret af Andrew Abbott. Her hedder det at "Professioner er en slags eksklusive grupper af individer, som anvender en form for abstrakt viden på bestemte cases" (Abbott 1992:318). I lighed med Max Weber har Abbott blik for relationer mellem fagbureaukrati og profession. Weber viser at bureaukrati på den ene side rammesætter og disciplinerer arbejdet, på den anden side er organisationsformen kilde til legitimitet samt beskyttelse og sikkerhed i ansættelse. Abbotts casestudier viser at opkomst af højt specialiserede arbejdsorganiseringer har varierende effekter på faggrupper, og deres indbyrdes konkurrence om arbejdet. Som institution har hospitalet på den ene side skærpet konkurrencen mellem læger om arbejdet, men på den anden side har hospitalets fagbureaukratiske struktur gjort det nemmere for faggruppen at bibeholde og udvide dominans over andre sundhedsfag. For sygeplejerskegruppens vedkommende har faggruppens institutionalisering i hospitalet været betinget af underordning under medicin. Over tid har sygeplejerskegruppen haft succes, i form af stabil efterspørgsel af sygeplejerskers arbejdskraft, ved netop at indtage en underordnet position og derved overtage stadig flere af lægegruppens afspaltede arbejdsopgaver (Abbott 1988; Kirkpatrick et al 2011).

Metode

Artiklen er baseret på i alt fire fokusgruppeinterviews. To gruppeinterviews med tre sygeplejersker i hver gruppe, og to fokusgruppeinterviews med tre sygehusocialrådgivere i hver gruppe. De medvirkende sygeplejersker er rekrutteret fra en geriatrisk afdeling på et mindre hospital samt fra en medicinsk afdeling på et universitetshospital. De medvirkende socialrådgivere arbejder spredt inden for forskellige områder, nogle er tilknyttet meget specialiserede afdelinger, mens andre dækker flere afdelinger på hospitalerne. Der er anvendt samme interviewguide ved fokusgruppeinterviewene. Hvert interview er indledt med en deltagerbeskrivelse af en konkret arbejdssituation, som involverede både en informant og en klient, og beskrivelserne dannede udgangspunkt for refleksioner og diskussioner i gruppen. Interviewene varede fra 1 til 1½ time, Ulla Søbjerg Nielsen har sammen med Kristian Larsen gennemført interviewene med socialrådgiverne og Niels Sandholm Larsen har gennemført sygeplejerskeinterviewene. Interviewene er transskriberet i fuld længde.

Interviewene er gennemført i efteråret 2011 og foråret 2012 som en del af arbejdet i forskningsnetværket Phlegethon. Netværket undersøger overordnet forandringer i de norske og danske sundhedssystemer og disse systemers samspil med det sociale område.

Analysen i denne artikel er både teoretisk inspireret og empirisk funderet. STC (Systematic Text Condensation) er anvendt som strategi til at finde tematikker i

det empiriske materiale gennem datastyret kodning (Malterud 2012). Efterfølgende er der i analysen af materialet hentet inspiration fra Gubrium og Holstein (1997). Her analyseres både på interviewets 'hvad', med fokus på selve meningsindholdet og på interviewets 'hvordan', det vil sige hvordan produceres og skabes mening i socialrådgivernes og sygeplejerskernes tale om hospitalsarbejde (Gubrium & Holstein 1997; Järvinen 2005).

Spændingsfelter mellem bureaukrati og profession undersøges ved at identificere legitimeringer, rationaler og problematiseringer i beskrivelser af relationer til klienter, pårørende samt relevante professionelle samarbejdspartnere.

I analysen er der blevet stillet særlig skarpt på de professionelles refleksioner over arbejdsdeling i hospitalet. Arbejdsdeling referer her fx til differentieringer i medicinske specialer, klassifikationer af sygdomme og deres behandling. Hertil hører velkendte klassifikationer, der refererer til arbejdsdeling indenfor medicinsk felt, som fx syg/rask, medicinsk/kirurgisk, akut/kronisk, ambulant/indlagt. Tilsvarende er fremanalyseret enheder, der refererer til økonomisk, juridisk og organisatorisk rationalitet. Klassifikationerne er her blandt andet rettigheder, effektivitet, ressourcer, myndighed, legitimitet og dokumentation. Analysen af interviewene er foretaget enkeltvis, og de analytiske fund er herefter samlet i en tværgående analyse, der komparerer sygeplejerskernes og socialrådgivernes tale om relationer til klienter og udøvelse af faglig autoritet i relation til andre grupper af professionelle i og udenfor hospitalet.

Socialfaglig og sygeplejefaglig viden understøttes i hospitalet

Et overordnet fund i materialet er, at de professionelle ræsonnerer med henvisning til kombinationer af organisatoriske og faglige hensyn. Nedenfor ses hvordan sygeplejerskerne argumenterer i forlængelse af kombinationer af en medicinsk og organisatorisk forståelse:

Sygeplejerske 1/FGI 2: Jeg synes alligevel, at det er spændende at tænke sådan helheden, det flow, der skal være af patienter, økonomi, der skal hænge sammen. Jeg sætter en ære i at de ordinationer der bliver sagt, de skal også udføres samme dag. For der ikke skal gå for lang tid. Patienterne er unødigt længe indlagt, det er træls for alle. Jeg kan godt lide at være med i det – nu skal vi have forvarslet dem, vi skal have fat i kommunen. Det er også en vigtig del, også udover fodbad og sådan noget.

Citatet kan udlægges som 'commitment' til organisatoriske mål om effektivitet, som integreres med idealer om at sætte patientens behov og interesser i centrum. På samme måde benyttes kombinationer af medicinske klassifikationer, og organisatorisk viden om placering af patienter i hospitalet:

Sygeplejerske 1/FGI 1: Jamen jeg tænker, det her med at have en akut nyrepåvirkning er jo ikke så typisk igen for vores patienter.

Sygeplejerske 2/FGI 1: ... Men hvis hun har en akut nyrepåvirkning, så er det jo også spørgsmålet, om hun skal være her.

Sygeplejerske 1/FGI 1: Det er også til diskussion.

Sygeplejerske 2/FGI 1: Fordi så kan det jo være, at hun faktisk er dialysekan-didat.

Sygeplejerske 3/FGI 1: De vil ikke have hende derovre. Nefrologerne ville ikke have hende i går i hvert fald.

I interviewene med socialrådgiverne identificeres tilsvarende kombinationer af medicinske, socialfaglige og bureaukratiske klassifikationer. Socialrådgiverne refererer til sociallovgivningen, her skelnes mellem fx boligproblemer, forsørgel-sesproblemer, problemer i forhold til rådighedsregler m.v. Disse kombineres så med klassifikationer af sygdomme og sygdomsforløb, og de social- og sundheds-faglige ræsonnementer kombineres med organisatorisk viden om arbejdsgange på hospitalet samt viden om ressortfordeling mellem regioner og kommuner. Neden for et citat, som viser hvordan socialrådgiverne kombinerer viden om indlæggel-ses- og sygdomsforløb med socialfaglig viden:

Socialrådgiver 2/FGI 2: Ja, altså, det er jo alle former for kræft, som jeg får ned og mange gange er det på et meget sent tidspunkt ... det er jo ikke bare den sid-ste tid, palliation. Vi skal ind allerede på diagnosetidspunktet, netop for at lave de rehabiliterende foranstaltninger, mange lever jo med deres sygdom længere tid end man gjorde før i tiden og dermed også længere tid på arbejdsmarkedet. Det er et problem at komme ind så tidligt og kunne lave de ting. Der er jo fak-tisk mange af vores patienter som falder ud af dagpengesystemet.

Både sygeplejersker og socialrådgivere rapporterer at de allierer sig med læger, når de kontakter det kommunale system. I forhold til at udøve faglig autoritet i relation til kommunale aktører er der betydelige forskelle i sygeplejerskernes og socialrådgivernes beskrivelse, hvilket kommer til udtryk i de måder, hvorpå rela-tionen til kommunale aktører fremstilles af henholdsvis sygeplejersker og social-rådgivere. Hos sygeplejerskerne omtales samarbejdet med kommunal hjemmeple-je, plejehjem og genoptræningssteder som relativt uproblematisk og konfliktfrit:

Sygeplejerske 2/FGI 2: Så er det jo, hvis jeg vurderer, at der skal noget hjælp til hjemme – og så kan man sige det til lægen: 'Skal vi ikke have forvarslet her?' Det kan være, at patienten har lungebetændelse, og man ved godt, at de lige skal have tid til at komme over det, at de skal have antibiotika osv.

Socialrådgiverne beskriver, at de er hæmmet af at de ingen myndighedsrolle har, i forhold til det kommunale system, og at de derfor står svagt i forhandlinger med kommunale aktører. Sygehussocialrådgiverne kan ikke træffe afgørelser, beslut-ningskompetencen ligger hos de kommunale sagsbehandlere. Det betyder at soci-

alrådgiverne er afhængige af at være i stand til at aktivere de kommunale sagsbehandlere, som kan træffe afgørelser, og dermed afhjælpe patienternes sociale problemer. Socialrådgiverne rapporterer, at de møder sammensatte og komplekse problemstillinger, og at deres muligheder for at bidrage til løsningen kompliceres af koordineringsproblemer og ansvarsfralæggelse i kommunerne. Lovgivningen og den kommunale organisering er blevet så kompliceret, at socialrådgiverne beskriver, at de ofte føler sig nødsaget til at handle på klientens vegne, og at de også selv kan have vanskeligt ved at trænge igennem:

Socialrådgiver 5/FGI 1: Det viste sig så da der var gået et halvt års tid vil jeg tro at så begyndte han at blive meget mere svimmel og det viste sig så jo, at det var hjernemetastaser og vi var jo skrækslagen for at han gik op på nogle tage og fik derfor igen et møde med kommunen og mig og patienten og på det tidspunkt kunne lægerne faktisk godt skrive det der hedder en 'terminal erklæring' på ham. Fordi at der var ikke nogen behandlingsmuligheder med de har hjernemetastaser og han fik en pension.

I kontakten med kommunerne trækkes derfor på autoritet fra det medicinske felt. Der kan fx være tale om lægeerklæringer om patientens tilstand, som kan tjene som hjemmel til at placere denne i en bestemt socialfaglig kategori med tilhørende rettigheder og pligter:

Socialrådgiver 1/FGI 2: jamen jeg synes tit, at hvis man nu har en eller anden patient, der er på kontanthjælp og så bliver han diagnosticeret at han har galoperende cancer og der kan ikke gøres noget som helst (...), så skal vedkommende jo have en pension hurtigst muligt (...) og så skal vedkommende i hvert fald ikke igennem arbejdsprøvning (...) Og der kan man godt nogle gange have nogle diskussioner med sagsbehandleren i jobcentret omkring hvor meget sagsbehandling skal den pågældende udsættes for, når vedkommende er så hunde hamrende syg (...) og måske kun har tre måneder eller et halvt år højest tilbage at leve i.

Begge faggrupper trækker på medicinsk autoritet i kontakten til kommunale aktører, men en forklaring på forskelle i sygeplejerskers og socialrådgiveres beskrivelse af faglig autoritet kan være, at sygeplejerskerne i kraft af deres medicinske skoling helt selvfølgeligt opererer med referencer til medicinsk autoritet. Socialrådgiverne beskriver det omvendt som tegn på manglende faglig gennemslagskraft, idet deres socialfaglige argumenter ikke er tilstrækkelige, og de må derfor trække på medicinsk autoritet i kontakten til det kommunale sagsbehandlingssystem.

Sygeplejersker udfordres særligt af krav om dokumentation

Begge faggrupper rapporterer, at de er underlagt krav om dokumentation, men det er især sygeplejerskerne, som problematiserer dette forhold.

I interviewene med sygeplejerskerne ses en række ambivalenser i forhold til dokumentation. På den ene side er der en interesse for at legitimere og synliggøre arbejdet gennem dokumentation, men på den anden side finder informanterne, at krav om dokumentation er gået over gevind, med negative følger for den faglige autoritet og arbejdet med patienterne. Selvom visse dele af dokumentationsarbejdet er meningsfuldt for sygeplejerskernes arbejde, beskrives det dog overvejende som demotiverende og meningsløst:

Sygeplejerske 3/FG 1: ... Vi kan jo godt forstå argumentationerne for, hvorfor man skal gøre det, men nogle gange virker det bare tåbeligt, at man ikke er inde hos patienterne, men at man sidder med et stykke papir og krydser ...

Sygeplejerske 1/FGI 1: (...) det ved jeg godt, at det bliver mere og mere sådan, men jeg føler mig til grin, når jeg skal kvittere for at følge en eller anden ud på toiletet, fordi hun skal tisse, hvilket jeg selvfølgelig havde gjort alligevel.

Sygeplejerske 2/FGI 1: Men altså, det er jo det rent juridiske i det.

Eksemplet illustrerer de komplicerede forhandlinger og rationaler, som aktiveres når professionelle idealer og faglig stolthed konfronteres med bureaukratiske krav om dokumentation. Ved at referere til juridiske logikker som en forklaring på dokumentationskravene beskyttes sygeplejefaglige idealer mod forurening fra bureaukrati og marked (Larsen 1996). Det kan ses som en strategi, der på samme tid har til formål at distancere sygeplejerskerne fra konflikt mellem faglig selvforståelse, organisationens interesser samt de bureaukratiske strukturer, der både begrænser det faglige råderum og understøtter faglig autoritet. For sygeplejerskernes vedkommende er kravet om dokumentation dels begrundet i krav om 'accountability', dvs. at organisation skal dokumentere produktion og kvalitet, og dels i hensynet til brugertilfredshed.

Socialrådgiverne er tilsvarende underlagt krav om, at deres arbejde skal dokumenteres. Til forskel fra sygeplejerskerne er de dog ikke underlagt dokumentationskrav i samme omfang, og dokumentation af arbejdet beskrives i højere grad som mere meningsfuld og rimelig i sit omfang.

Socialrådgivere finder smutveje

På hospitalet sker visitation af klienter til socialrådgiverne oftest via sundhedspersonalet. Socialrådgiverne beskriver, at de i almindelighed bliver inddraget for sent, at deres ydelser ikke har den samme status som medicinsk behandling og at løsningen af klienters sociale problemer er underordnet medicinske, administrative og økonomiske rationaler. Socialrådgiverne giver udtryk for, at de ønsker at komme ind i forløbene tidligere. Socialrådgivernes mulighed for at udøve deres arbejde er ydermere udfordret af at indlæggelserne er korte, og en strategi der tages i anvendelse for at håndtere deres manglende tidlige inddragelse i behandlingen er, at de selv må sørge for at holde sig ajour med det øvrige personales tidsplan:

Socialrådgiver 1/FGI 2: Så sådan er det meget ...man skal hele tiden stikke fingeren i jorden hos personalet, hvad er planen og hvornår regner I med, at han skal udskrives. Fordi man bliver også nødt til at gebærde sig efter hvor lang tid at patienten kan være her og alt muligt andet, og hvordan skal man løfte det problem i forhold til hvornår går patienten ud af døren og hvordan skal man så give sagen videre til patienten.

Det ses i materialet, at socialrådgiverne kompenserer for deres perifere position i hospitalssystemet ved at indgå alliancer med udvalgte læger, som anerkender socialfaglige problematikker og løsningsforlag:

Socialrådgiver 4/FGI 1: Men vi er jo alle sammen underlagt den der med, at det skal gå stærkt og vi skal nogle gange overveje 'okay hvad er det for en læge, vi skal have fat i, hvis vi skal forlænge denne her indlæggelse nogle dage'. Fordi vi kan se at vi kan måske (få en) plan der hedder, at om tre dage kan vi få patienten ud. Men så gælder det om at få fat i den læge, som vi ved, der kan være med på det og som kan skrive i journalen. Og det er lidt anstrengende, fordi pludselig bliver det ens personlige ansvar, at den patient får en god behandling.

En anden strategi går ud på, at socialrådgiverne driver oplysningsvirksomhed over for det sundhedsfaglige personale, om hvilke ydelser de tilbyder, om den sociale lovgivning og om kommunernes forpligtelser og organisering. De medicinske og bureaukratiske logikker, som dominerer hospitalssystemet, indlejres ikke i socialrådgivernes egen faglige selvforståelse. Dette peger på at de dominerende rationaler ikke rummes i socialrådgivernes professionelle etos, men tværtimod beskrives det overvejende som i konflikt hermed, og socialrådgiverne giver udtryk for at der er et modsætningsforhold imellem hvad deres faglige vurderinger tilsiger som nødvendigt, og hvad den organisation de er en del af, tilbyder. I materialet ses det at de distancerer sig fra organisationens overvejende tekniske og økonomiske rationalitet, men at de på den anden side må acceptere den dominerende rationalitet – i mange tilfælde med henvisning til deres underordnede og perifere position:

Socialrådgiver 1/FGI 2: Men selvfølgelig er der jo den kontekst, der hedder at hospitalsverdenen fungerer som hospitalsverdenen fungerer og jeg hedder socialrådgiver og jeg kan ikke sørge for at patienten ikke bliver udskrevet, når lægerne siger, de skal udskrives.

Socialfaglig viden står stærkt – sygeplejefaglig viden udfordres

Der er store forskelle mellem de måder hvorpå relationer til patienter og pårørende beskrives af socialrådgivere og sygeplejersker. Et overordnet mønster er at sygeplejerskerne i høj grad beskriver sig selv som udfordret på deres faglige autoritet i mødet med pårørende og patienter. Dette mønster kan ikke genfindes i in-

interviewene med socialrådgiverne, da socialrådgivernes faglige autoritet ikke udfordres af patienterne og de pårørende. Tværtimod har patienterne og de pårørende, som socialrådgiverne møder, sværere og sværere ved at forstå og finde rundt i hvad de har ret og pligt til:

Socialrådgiver 5/FGI 1: Jeg tror egentligt, det er fordi at lovgivningen er blevet så kompleks, at det faktisk er lidt svært. De her, tænker jeg, 'rigtige klienter', som man måske havde dengang med bistandsloven, som måske godt vidste 'hvad jeg har ret til', dem tænker jeg ikke, der er så mange af mere.

Socialrådgiverne giver udtryk for at de kan indtage forskellige roller, i møder med patienterne og de pårørende, afhængig af hvor meget disse selv kan, og magter at ordne selv.

I nogle tilfælde vejleder socialrådgiveren patienterne om muligheder og procedurer, i andre vil de, på patientens vegne, tage kontakt til de relevante aktører, fx kommunen, husvært, forsikringsselskab m.v. Det fremgår dog af materialet, at langt de fleste patienter, socialrådgiverne kommer i kontakt med, har overordentlig svært ved at navigere i det sociale system, og at de, i modstrid med det politiske ønske om at borgerne selv skal spille en aktiv rolle i deres egen sag, ikke magter dette. En af informanterne udtrykker det på følgende måde:

Socialrådgiver 1/FGI 2: For det er jo lidt grotesk, at det er os, der ligesom skal henvende os til kommunen og til ditten og datten om de og de problemstillinger og at de ikke kan finde ud af at snakke sammen. Men det er rigtigt, at man bliver nødt til at gøre det på patientens vegne. Eller... borgere nu om stunder forventes jo at skulle kunne en hel masse ting, som de ikke kan.

De pårørende opfattes ofte som en ressource, men flere socialrådgivere peger også på, at de kan se det som deres opgave at støtte patienten i forhold til pårørende, og de pårørendes ønsker for patienten:

Socialrådgiver 1/FGI 2:...men altså jeg har jo det princip, at jeg snakker jo aldrig med de pårørende, før jeg lige har fået hilst på patienten... fordi de pårørende kan jo tit have nogle andre ideer om, hvad der skal ske på patientens vegne, end hvad patienten selv har.

Det ligger implicit i socialrådgivernes arbejde, at de pårørende også kan få rollen som klient, fordi et nært familiemedlems sygdom kan give anledning til psykiske og sociale problemer, som rammer de pårørende. Socialrådgiverne refererer ofte til helhedssynet som det faglige redskab de bringer i anvendelse, og som betyder at det ikke kun er den konkrete patient og dennes sygdom der er i fokus, men hele patientens og patientens families situation.

I interviewene med sygeplejerskerne hedder det, at pårørende udfordrer ved enten at korrigere eller ved at kontrollere sygeplejerskerne i deres arbejde. På den ene side beskrives det af sygeplejerskerne, at manglende tillid og øget kontrol underminerer den faglige autoritet og på den anden side ses et ønske om at inddrage patienter og pårørende, selv om dette kan opleves som en belastning:

Sygeplejerske 3/FGI 1: Men med denne type pårørende får man både noget godt og noget skidt, og nogle af de gode ting er jo faktisk noget vi selv har bedt om i jeg ved ikke hvor mange år, det står i alle papirerne: 'hvis der er noget du undrer dig over, så spørg, for det hjælper med at sikre, at vi ikke laver fejl'. Og det er jo det, de gør, men det virker uheldigt på personalet nogle gange, den måde de gør det på. Man kan sige at stemningen bliver måske ikke så god af det, men du minimerer risikoen for fejl.

Selvom både sygeplejersker og patienter/pårørende lever op til forestillingen, og forventningen om, at de skal være aktive og medinddrages i plejen og behandlingen, beskrives det i særlig høj grad som problematisk for sygeplejerskerne, når deres faglighed bliver udfordret af pårørende. En sygeplejerske fortæller om de pårørende:

Sygeplejerske 1/FGI 1: Det er denne her utrygge pårørende, som har rigtig mange spørgsmål, som stiller os spørgsmål, som de godt selv har svaret på. For at tjekke om vi har den rette viden.

Sygeplejerskerne beskriver, at deres autoritet over for patienter og pårørende også undermineres af sygehusledelsen. Der er i organisationen betydelig fokus på brugertilfredshed, og hertil hører et ønske om at undgå klager fra patienter og pårørende:

Sygeplejerske 1/FGI 2: så kan vi også få skæld ud, fordi vi ikke får skiftet en ble, eller får børstet tænder på patienten, eller at de bliver mobiliseret, men vi har sørme fået udført papirarbejdet. Det er jo det, de pårørende kommer og ser, at der ligger en halvbeskidt kær i sengen og de spørger staks: Hvorfor dit og hvorfor dat?

Sygeplejerske 3/FGI 2: Og er så problemet, at når der er klager, der er ikke nogen der tager vores ryg, altså vi er udsat hele tiden, vi bliver ikke bakket op omkring vores prioriteringer... fordi når du går ledelsen på klingen og 'I siger at vi skal screene og sådan noget', så siger de: 'Ja, ja, men derfor skal i også nå det.'

I materialet er det et markant mønster, at sygeplejerskerne søger at undgå klager. Det beskrives, at de pårørende i stigende grad klager og at ledelsen ikke bakker

sygeplejerskerne op i disse sager, men at de pårørende oftest får medhold. Dette opleves som en belastning i relationen til patienterne og de pårørende.

Sygeplejerskerne møder ofte patienter og pårørende, der udfordrer sygeplejerskerne på deres faglige viden og beslutninger. De optræder som 'ekspertklienter', idet de allerede på forhånd ved en masse om sygdomme, diagnoser, behandlingsmuligheder osv, og de stiller krav og har høje forventninger til plejen. I interviewene udtrykker sygeplejerskerne sig ambivalent i forholdet til de pårørende. Deres relation er på den ene side udfordret af at pårørende agerer kritisk overfor sygeplejerskernes viden og faglighed, og på den anden side ses det som en ressource at de pårørende selv indhenter informationer og medinddrages, ligesom de kan bidrage med viden og aflaste med mindre praktiske opgaver.

For sygeplejerskerne ses et dilemma mellem et fagligt og sundhedspolitisk ideal om medinddragelse og deres egen faglighed og legitimitet. Sygeplejerskerne oplever også at de pårørende kan optræde med mistro og kontrol over for dem, særligt hvis de allerede har oplevet fejl andre steder i hospitalssystemet. Sygeplejerskernes position som tæt på patienten gør, at de ofte må håndtere patienter og pårørende, der ikke nærer så stor tillid til systemet, og deres faglighed og autoritet bliver udfordret i mødet.

Modsat sygeplejerskerne udfordres socialrådgiverne angiveligt ikke af 'ekspert-klienter'. Tværtimod møder de ikke ret mange patienter, der på egen hånd ved hvordan de kan løse eller undgå problemer af social karakter vedrørende fx pension, boligstøtte, arbejdsløshed, sygedagpenge m.m. Den forklaring socialrådgiverne giver er, at systemet er for indviklet og for komplekst til, at patienter og pårørende kan finde rundt i det, socialrådgivernes indsigt i komplekse juridiske og organisatoriske forhold ses som central kilde til autoritet i mødet med klienterne. Socialrådgiverne rapporterer, at de møder patienter med ringe kendskab til hvordan man gebærder sig i det offentlige system, eller at de møder klienter, som ikke kender til deres rettigheder, eller til den oplysningspligt, som systemet har i forhold til dem som klienter m.v. Meget af socialrådgivernes arbejde består i at rådgive og tage initiativer på disse områder før patienten risikerer at 'ryge ud af systemet' og miste deres forsørgelsesgrundlag. I relationen med klienter/patienter og pårørende beskriver flere af socialrådgiverne sig som 'patienternes talsmand' overfor systemet. Deres faglige autoritet udfordres ikke, og den faglige selvforståelse styrkes snarere i relationen med klienter og pårørende.

Afslutning og diskussion

Materialet bekræfter positioner i det medicinske felt, hvor medicin indtager en dominerende position, og respondenternes italesættelse af eget arbejde og position viser, at dominansforhold mellem aktører i det medicinske felt institutionaliseres i hospitalet. I hospitalet er den dominerende faggruppe læger, og hospitalets funktion er organisering af arbejdet med diagnosticering og behandling af sygdom, hjørnестenen i lægers samfundsmæssige arbejde. Hospitalets organisering afspejler arbejdsdeling mellem de medicinske specialer. I hospitalet foretages systemati-

seret differentiering af arbejdet i forhold til medicinske klassifikationer, patienter placeres i hospitalet afhængigt af diagnoser og medicinske vurderinger af behandling. Medicinsk viden, dvs. kulturel kapital i form af formaliseret medicinsk uddannelse, udgør den suverænt største kilde til faglig autoritet og medicinske kompetencer er centrale for de måder hvorpå andre professionelle indgår i arbejdsdelingen. Sygeplejerskegruppen er bærer af kulturel kapital, som er gangbar i hospitalsbureaukratiet, og gruppen navigerer ubesværet ind i hospitalets produktion, gruppen udfylder funktionsområder med relevans for produktionen og indgår som hjælpedisciplin i relation til diagnosticering og behandling. Socialrådgivergruppen befinder sig omvendt i periferien af hospitalets produktion og gruppen er afhængig af goodwill fra den dominerende faggruppe for at blive inddraget i produktionen. I hospitalet indtager socialfaglig viden en marginal position, men socialfaglig viden kan appliceres af hensyn til organisatorisk effektivitet i situationer hvor som medicinsk teknologi og viden ikke er tilstrækkelig.

I et professionsteoretisk perspektiv kan faggrupper som sygeplejersker og socialrådgivere næppe klassificeres som del af det embedsværk, der undersøges i Webers studier, på den anden side kan hospital utvivlsomt karakteriseres som et fagbureaukati. Omvendt kan sygeplejersker og socialrådgivere ubesværet indplaceres som aktører i det system af professionelle, som undersøges i Abbotts studier. Denne undersøgelse viser, at sygeplejersker og socialrådgivere i vid udstrækning benytter sig af de typer af fredsslutningsstrategier, der beskrives af Abbott som nødvendige i mødet med andre gruppers kognitive dominans. Abbotts casestudier viser et nærmest symbiotisk forhold mellem læger og sygeplejersker i hospitalets fagbureaukati. Fagbureaukatiets kommandostruktur og rationelle organisering af arbejdet tilbyder de dominerende faggrupper gode muligheder for at udvide og befæste jurisdiktion. Samtidig fordrer fagbureaukratisk specialisering og arbejdsdeling at arbejdsopgaver og klienter frit kan udveksles mellem faggrupper. I hospitalet kan dominerende faggrupper under strukturerede forhold afhænde arbejdsopgaver og klienter til andre faggrupper uden at miste kognitiv kontrol med arbejdet. Og for dominerede faggrupper tilbyder bureaukratiet en perfekt ramme til at udvide jurisdiktion ved at overtage delegerede arbejdsopgaver (Abbott 1988).

Det er et fælles træk ved mellemuddannede sygeplejersker og socialrådgivere, at arbejdets udførelse er underlagt organisatoriske og faglige standarder. I materialet ses det, at disse strukturer på den ene side begrænser de professionelles faglige autonomi. På den anden side understøtter de faglige strukturer de professionelles autoritet i mødet med klienter og kommunale aktører. Dominansforhold i hospitalet har imidlertid forskellige konsekvenser for socialrådgiver- og sygeplejerskegruppen. Hvor socialrådgivergruppen fremstår som marginaliseret og stadig forsøgende på at etablere en platform og legitimering af deres faglige input, så fremstår sygeplejerskegruppen stærkere. Sygeplejerskegruppen ser ud til at nyde godt af den fagbureaukratiske regulering af hospitalsarbejdet hvor der tilflyder gruppen en lind strøm af afspaltede lægeopgaver. Der er mindre fokus på socialrådgivernes arbejde i hospitalet, og arbejdet fremstår som perifert og mindre regu-

leret. Mindre regulering betyder at socialrådgivergruppen tilsyneladende har et større fagligt råderum.

Hjorts pointe om at der udspilles kampe mellem positioner, der henholdsvis repræsenterer organisatoriske interesser og professionsinteresser, understøttes af at der i materialet er identificeret konflikter. Men forskelle i konflikternes indhold og retning tegner et nuanceret billede af modsætningsforhold mellem profession og organisation. I materialet fra socialrådgiverne handler konflikten om at komme tidligere ind i patientforløbene, at foregribe udskrivelser, finde smutveje og indgå alliancer med læger for at udføre socialfagligt arbejde. I interviewene med sygeplejersker handler konflikterne om, at krav om dokumentation afholder sygeplejerskerne fra at hjælpe patienterne, og der er konflikt mellem organisatoriske krav om dokumentation versus varetagelse af klientinteresser.

I de to faggruppers tale om relationer til klienter og arbejdsplads ses interessante og paradoksale forskelle. Socialrådgivernes faglige autoritet, som står svagest i hospitalets produktion, står paradoksalt nok stærkest i mødet med klienter og pårørende, sammenlignet med de medicinsk uddannede sygeplejersker.

Materialet, der ligger til grund for artiklen, er begrænset, men der ses interessante forskelle i retning af de interviewede sygeplejerskers og socialrådgivernes loyalitet. Sygeplejerskerne udtrykker i højere grad end socialrådgiverne loyalitet med hospitalets organisatoriske mål og rationaler. Sammenlignet med de interviewede sygeplejersker indtager socialrådgiverne omvendt en position, der fremtræder som mere loyal overfor klienter og i opposition til bureaukratiske rationaler og hensyn.

Med både Weber og Abbott er det relativt enkelt at forstå, at sygeplejerskerne fremstår loyale overfor en organisationsform, som både tilbyder legitimitet og som styrker faggruppens markedssituation. Tilsvarende kan det forklares at socialrådgiverne næppe har stor loyalitet overfor en organisationsform, som byder faggruppen en stadig mere perifer og udsat markedssituation. I stedet orienteres socialrådgivernes commitment tilsyneladende mod dyder, som traditionelt forbindes med de klassiske, 'store' professioner, nemlig varetagelse af klientinteresser og standsæren (Parsons 1968; Weber 2003).

Indsigt i forskelle i uddannelsesmæssigt fokus, faglige traditioner og arbejdslivserfaringer mellem socialrådgivere og sygeplejersker, kan sandsynligvis bidrage til at nuancere forklaringer på de beskrevne forskelle i loyalitet og commitment mellem denne undersøgelses informanter. Materialet understøtter forklaringskraften i Abbotts systemiske teori om, at det er i konkrete situationer på arbejdspladser, at der opstår konflikter om status mellem grupper af professionelle, og det er på arbejdspladser at fredsslutninger mellem grupper af professionelle afspejler dominansforhold mellem professioner, rationaler og vidensformer. Men Abbotts systemiske forklaringer kan kritiseres for at underbelyse betydning af den professionelle etos og dermed ikke i tilstrækkelig grad at indfange arbejdspladscommitment, altruisme og klientloyalitet som elementer i de strategier der udfoldes af professionelle på arbejdspladser.

Niels Sandholm Larsen, lektor, Institut for Sygepleje, Metropol UC, nela@phmetropol.dk; Ulla Søbjerg Nielsen, lektor, Institut for Socialt arbejde, Metropol UC; Iben Husted Nielsen, adjunkt, Institut for Sygepleje, Metropol UC

Referencer

- Abbott, A. 1988. *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Andersen, V. Dybbroe, B. Bering. 2004. Fællesskab kræver fællesskab. Rapport fra projektet: Sygepleje i forandring; arbejdsliv, faglighed og fagforening. En analyse og udviklingsprojekt for DSR Frederiksborg Amt. Institut for uddannelsesforskning, RUC.
- Danske Regioner. 2006. Med kurs mod fremtidens sundhedsvæsen.
- Dean, M. 2006. *Governmentality. Magt og styring i det moderne samfund*. Frederiksberg: Forlaget Sociologi.
- DDKM 2013. Den danske kvalitetsmodel IKAS.
- Dyring, J. 2007. Paradigmeskift – realitet eller forestilling. Uden For Nummer – Tidsskrift for social forskning og praksis. 8/14
- Gubrium, J. & Holstein, J. 1997. *The New Language of Qualitative Method*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Hjort, K. 2008. *Demokratiseringen af den offentlige sektor*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Hjort, K. & Engel, S. 2007. *Viden om pædagoger – internationalisering og professionalisering* København: BUPL- Forbundet for pædagoger og klubfolk.
- Johansen, H. 2013. Profession og socialt arbejde. I *Socialrådgivning og socialt arbejde*, red. Porsborg, Nørrelykke og Antczak, 45-77. København: Hans Reitzel.
- Järvinen, M. 2005. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kirkpatrick, I; Dent, M.; Jespersen, P. 2011. The contested terrain of hospital management: Professional projects and healthcare reforms in Denmark. *Current Sociology*; 59 (4) 489-506.
- Larsen, Ø. 1996. *Forvaltning, etik og demokrati*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Laursen, P.F. 2004. Hvad er egentlig pointen ved professioner? I *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser*, red. K. Hjort, 21-33. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Malterud, K. 2012. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*; 40: 795-805.
- Sundhedsstyrelsen. 2009.
- Sandholm Larsen, N. 2013. Sygeplejerskers virksomhedsområde og profession i 'Sygeplejens fundament', Hundborg og Lyngaard (red.) Nyt Nordisk Forlag.
- Sandholm Larsen, N. 2010. *Manualer og reproduktion af viden i sygeplejerskers kliniske arbejde*. Gjellerhorn, tidsskrift for professionsuddannelser Nr. 12.

- Vallgård, S. 1992. Sygehuse og sygehuspolitik i Danmark. Et bidrag til det specialiserede sygehusvæsens historie 1930-1987. Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Weber, Max. 2003. Politiske fællesskaber. Magtfordelingen indenfor fællesskabet: Klasser, stænder, partier. I Max Weber, Udvalgte tekster bd. 2. Hans Reitzel [1922].
- Weber, Max. (B) 2003. Det Bureaukratiske Herredømmes Væsen, Forudsætninger og Udvikling. I Max Weber, Udvalgte tekster bd. 2. Hans Reitzel [1922].
- Moos, L. & Krejsler, J. & Laursen, P. (red). 2004. Relationsprofessioner. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Parsons, Talcott. 1968. Professions. In The International Encyclopedia of the Social Sciences. New York: The Macmillian Company, vol. 12 pp. 536-547.

Grænser for professionel autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter

Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen & Kristian Larsen

Limitations of Professional Authority in Health Professions' Meeting with Patients/clients. In this article it is shown how three different groups of health professionals relate to the fact that the autonomy of the professional is challenged when meeting patients/clients. The assumption is that the health professionals by their very nature possess authority in the meaning credibility and impact in the relation with the patient/client. However, managing own work and consequently the professional autonomy is put under pressure. Seven focus group interviews attending to social workers', midwives' and nurses' experiences with patient/client relations have been conducted. By contrasting the different health professionals it has been possible to enlighten how national directives, the organization of labor and – not least – the patients' and their relatives' demands of defining health care benefits challenge the professional authority. These challenges might make us rethink the role of the professions in a more functionalistic perspective at a time where more insecurities are at stake.

Keywords: Professional authority, health professions, Abbott.

Generelle udfordringer for de sundhedsprofessionelles faglige autoritet

Professioners legitimitet er i professionslitteraturen ofte begrundet i professioners autoritet, som baserer sig på en eksklusiv og specifik viden (Abbott 1988; Friedson 2001). Siden 1960'erne og 70'erne er der imidlertid sket et gradvist opbrud af autoritetsstrukturerne i relationene mellem offentlige myndigheder og patienter/klienter/-brugere/borgere i retning af fladere magtstrukturer. Tidligere tiders faglige pondus i form af nærmest pastoral myndighedsudøvelse har i dag fået nye udtryksformer. Nu viser en europæisk værdiundersøgelse, at der over de seneste 10 år er sket en bevægelse i retning af, at europæerne ønsker fornyet respekt om samfundets autoriteter. (European Value Studies 2013, <http://www.europeanvaluesstudy.eu/> [16.03.14]). I langt de fleste europæiske lande svarer et stort flertal af befolkningerne ja til, at mere

respekt for autoriteter vil være en god idé. Det gælder i særlig grad for Danmark, hvor ja-andelen over 10 år er steget fra 38% til 63% 2008 (ibid). Det har inspireret os til nærmere at undersøge, hvordan de sundhedsprofessionelle oplever, at netop klienter/patienter kan være med til at udfordre autoriteten i relationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienter/klienter. På trods af fladere autoritetsstrukturer antager vi, at de sundhedsprofessionelle må besidde en vis form for autoritet for at have gennemslagskraft. Relationen er karakteriseret ved, at sagen man mødes om er folks helbred, liv, død og førlighed eller trussel mod samme. Lægen indtager historisk set en dominerende position, eftersom lægen har retten til at diagnosticere og behandle borgere (Brandt Jørgensen 2007; Petersen 1997). Som konsekvens heraf følger retten til at definere, hvornår en patient skal gives legitim adgang til de dertil indrettede institutioner, typisk hospitaler. Set i et Bourdieusk feltperspektiv er ingen af de undersøgte professionelle – socialrådgivere, jordemødre og sygeplejersker – i besiddelse af den dominerende kapitalform, men det antages, at de alle agerer indenfor den medicinske doxa. De sundhedsprofessionelle har i dag ansættelser indenfor mange forskellige sektorer, men i denne undersøgelse er der fokuseret på de hospitalsansatte sundhedsprofessionelle.

Strukturelt set kan sundhedsprofessionelles faglige autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og brugere/borgere siges at være udfordret fra flere sider. I en række studier beskrives, hvordan professioners autoritet må anses som relativ, idet professioners vidensgrundlag generelt er under pres eller forventes at komme under pres (Friedson 2001; Stehr 1994, 2001). Historisk set har udfordringen af den faglige autoritet rødder tilbage til opgøret med det borgerlige samfund og diskussioner om oplysning. Weber taler om kritikken af rationalitetens jernbur, af 'halvdannede embedsmænd' der opsuges af bureaukratiet uden blik for og indsigt i det åndelige (Weber 1995). Nyere teoretikere som Giddens og Beck (Giddens 1996; Beck 1986) arbejder i deres samtidsdiagnostiske bøger med, at viden er relativ, flygtig og foranderlig. Det hedder, at det er et centralt vilkår ved det senmoderne, at aktører, i princippet i alle felter, forholder sig refleksivt til viden. Udvikling af stadig mere effektive kommunikationsformer bevirker, at viden, varer og mennesker ubesværet spredes og transporteres, hvilket medfører, at det bliver stadig vanskeligere at monopolisere viden og håndhæve faglig autoritet (ibid). Endelig viser en række studier, at professioners vidensgrundlag i stigende grad deponeres i private virksomheder og fagbureaukratier, hvor medlemmer af professioner ansættes som lønarbejdere (Latour & Woolgar 1989; Bertilsson 1990). De økonomiske omkostninger, der er forbundet med at producere viden, er så store, at de stort set kun varetages af større virksomheder. Og de omkostninger som er forbundet med at reproducere viden forudsætter i vid udstrækning specialisering og adgang til omkostningstunge teknologier, som ligeledes fordrer en forankring af det professionelle arbejde i bureaukratier af en vis størrelse.

Nyere dansk sundhedslovgivning ligger i slipstrømmen af internationale tendenser om at betone individets universelle rettigheder på bekostning af statens uindskrænkede magt over borgerne. På det sundhedsfaglige område er der således, på det ideologiske niveau, fokus på at styrke patienters rettigheder til at vælge, blive informeret og give samtykke til behandling. Borgerne har ret til indsigt i dokumenter vedrørende deres egen sag. Omvendt stilles der krav til professionelle om, at de skal informere, dokumentere og indgå aftaler med klienter (Moos 2004). En brugerkultur er opstået med brug af evaluering, tilfredshedsundersøgelser og kontrakter for levering af varer, som bidrager til, at der er opstået en øget regulering af den offentlige sektor generelt set (Hjort 2005; Moos 2004). Autoriteterne jura og marked har tæt forbindelse til det professionelle etos om altruisme, primært ved at være loyal overfor klientinteresser. Parret med retorikken fra New Public Management omtales de nu som brugerinteresser. Vi ser således også brugere stille krav om, at sundhedsydelserne skal være effektive og udført efter fastlagte standarder, om muligt helst i form af evidensbaseret viden (Krejsler 2009).

Klienter og borgere bidrager på denne måde indirekte til kravet om, at professionelles viden skal vedligeholdes, opdateres og videreudvikles. Det er således ikke længere tilstrækkeligt at være 'ud-dannet' og passe sit arbejde. Professionelle må holde sig i bevægelse og lære livslangt for ikke at sakke bagud og miste legitimitet (Sennet 1999).

Autoritetsstrukturen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter har i udgangspunktet indbygget en asymmetri. Hospitalsinstitutionen med en stærkt differentieret specialviden i ryggen bidrager til at legitimere, at den sundhedsprofessionelle principielt har retten til at definere, hvordan et sundhedsproblem skal diagnosticeres og behandles. Idealerne om demokrati og menneskerettigheder som underliggende værdier synes dog at trække i retning af at opveje tidligere tiders hierarkiske autoritetsstruktur, hvor den sundhedsprofessionelles viden og færdigheder i udgangspunktet ikke blev sat til diskussion. Patienter og klienter, der tidligere blev konstrueret som objekter for diverse sociale, medicinske og sundhedsmæssige interventioner, indgreb og behandlinger, italesættes nu som subjekter. Patienter og klienter er blevet brugere og hen ad vejen også for-brugere, og på nogle områder er de helt eksplicit blevet kunder, der køber ydelser på et marked med konkurrerende udbydere. Patienter, klienter, brugere og kunder har også i stigende grad institutionaliseret sig gennem at organisere sig som positioner i social- og sundhedsfelter dvs. som patientforeninger, brugersammenslutninger osv. De kliniske felter og de involverede institutioner og professioner er på samme tid blevet stadig mere udhulede i forhold til tidligere erobret autonomi. Det økonomiske magtfulds logikker slår stadig mere igennem i felterne. Socialrådgiveren ved, at målet med hendes arbejde er at få klienten tilbage til arbejdsmarkedet – jo før og billigere des bedre. Lægen og sygeplejersken kender også

reglerne for hvilke typer af diagnoser og interventioner, der tæller, når afdelingens produktivitet skal gøres op (Larsen og Esmark 2014: 5).

De vekslende betegnelser som 'patient', 'klient', 'bruger', 'forbruger' og slutteligt 'kunde' afspejler forskellige grader at opfatte autoritetsstrukturen på. Mødet mellem den sundhedsprofessionelle og patient/klient/borger er overvejende kommet i stand på patientens/klientens foranledning, hvor denne har defineret en anledning til at søge hjælp. I relation til det sociale område kan hjælpen eller ydelsen dog i højere grad være foranlediget af velfærdsstatens definitioner af rettigheder og pligter.

Ideelt set er der blandt såvel brugere som professionelle enighed om, at den sundhedsprofessionelles viden og kunnen skal fungere som en faglig autoritet, eller i det mindste svagt paternalistisk (Martinsen 1989). Den faglige autoritet skal ikke udøves for eftergivende i forhold til patientens eget syn på, hvilken sundhedsindsats, der er nødvendig. Omvendt skal den indbyggede magtrelation ikke forvaltes autoritært med risiko for, at den sundhedsprofessionelle begår overgreb på patienten. Autoritetsstrukturen produceres således i et kompliceret samspil mellem velfærdsstat, professioner og patienter. Det er disse konfigurationer, der er empirisk studeret gennem den sundhedsprofessionelles erfaringer med relationen mellem den sundhedsprofessionelle selv og patienten/klienten.

Datamaterialet

Den foreliggende artikel er et af resultaterne af 'Kundskabsprojektet', som er del af forskningssamarbejdet Phlegethon.¹ Der er foretaget 15 fokusgruppeinterviews med repræsentanter for velfærdsprofessioner i Danmark og Norge.² Der blev anvendt interviewguide som blandt andet med inspiration fra Bourdieu stillede skarpt på informanternes deltagelser i konkrete praksissituationer, relationer med patienter, videnskomponenter (brug af evidens, manualer, institutionelle principper, patienter og pårørendes indspil, egne erfaringer), relationer med andre faggrupper, informanternes overvejelser før, under og efter arbejdsrelationerne m.v. Informanterne er udvalgt ud fra et ønske om at dække et bredt spektrum af praksiskontekster, der spiller en rolle i rehabiliteringsfeltet og kommer derfor fra forskellige institutionelle sammenhænge. Informanterne i denne undersøgelse er dog alle hospitalsansatte, der repræsenterer tre faggrupper. Der er ikke tale om egentlige professioner (major professions) som jura, medicin m.v., men snarere det der betegnes semiprofessioner eller relationsprofessioner indenfor sundhedsområdet, eller med Bourdieu som mellempositionerede grupper i et medicinsk felt. Betegnelsen semiprofessioner eller 'wanna-be-professioner' har været anvendt om de faggrupper, om hvem det har været diskuteret, om man havde selvstændig vidensbase og udstrakt grad af autonomi. At være eller ikke at være en profession kan principielt betragtes som et positivistisk spørgsmål på samme måde som spørgsmålet om, hvad et felt er. Ifølge Bourdieu er spørgsmålet om, hvad der er et felt i virkeligheden et positivistisk spørgsmål, der kun kan gives et teoretisk svar på

(Bourdieu & Waquant 1996: 214). Bourdieus bud på et felt er, at grænsen for et felt går dertil, hvor virkningen af det ophører. På samme måde tænkes de sundhedsprofessionelle ikke som havende professionstræk, men som bestræbende sig på at agere som de klassiske professioner, der er kendetegnet ved at have lange uddannelser baseret på anerkendte videnskaber og på vidensmonopol og særlige trosforestillinger, der har været grundlaget for, at professionens bidrag til gavn for samfundet kunne legitimeres (Moos 2004: 10).

Idéen har været at kontrastere de forskellige professionelles møder med patienten/klienten for derved at gøre det muligt at få øje på forhold, der ikke umiddelbart var tydelige hos den enkelte profession.

Denne artikel bygger på fokusgruppeinterviews med tre danske grupper jordemødre, to grupper sygeplejersker, to grupper sygehussocialrådgivere, og en gruppe fysioterapeuter i Københavnsområdet. Informanterne er udvalgt, så de dækker de fleste større sygehuse i Region Hovedstaden og repræsenterer samtidig en spredning i forhold til afdelingstyper og specialer. Interviewene blev udført af to forskere, optaget på bånd og udskrevet in extenso.

Analyseramme

Analysen af fokusgruppeinterviews'ene er inspireret af sociologiske tilgange og særligt den amerikanske professionsforsker Andrew Abbott og delvis Bourdieu. Abbott betragter grænsedragningsprocesser for en profession som afgørende for en professions virksomhed. Abbott anbefaler hertil begrebet 'jurisdiction', som han definerer som "the link between a profession and its work" (Abbott 1988: 20). Abbotts grundlæggende antagelse er, at kernen i en profession er dens arbejde, og at det er i differentieringen af forskellige typer af arbejde, som ofte fører til afgørende differentieringer i professioner. Han ser professionerne som eksisterende i et inter-relateret system, forstået som at faggrupper eller professioner eksisterer og virker i forhold til hinanden. Kampen om kontrollen med arbejdet bringer professioner i konflikt med hinanden. Det er her, vi vælger at inddrage patienter/klienter som aktive medspillere på linie med andre professionelle. Forandringer i professioner kan ifølge Abbott bedst analyseres ved at identificere de kræfter, der påvirker indhold og kontrol af arbejdet samt ved at udforske, hvordan forstyrrelser i dette indhold og denne kontrol forplanter sig gennem systemet af professioner og faggrænser (Abbott 1988: 19-20). Vi ser således patienter/klienter som subjekter, der møder de sundhedsprofessionelle med subjektive præferencer, normer og holdninger, men også som subjekter, der har inkorporeret de strukturelle mulighedsbetingelser for at gøre sig som patienter. Og ikke mindst ser vi relationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter som indlejret i institutionelle og samfundsmæssige rammer. (Bourdieu 1990; Carlhed 2011).

I denne undersøgelse er Abbotts fokus på relationerne mellem professionerne derfor forsøgt forskudt til de professionelles perspektiv på relationerne mellem de sund-

hedprofessionelle og de patienter/klienter, de interagerer med. Antagelsen er, at patienter/brugere og deres pårørende qua de fladere autoritetsstrukturer spiller en mere aktiv rolle i sundhedsprofessionernes muligheder for at kontrollere og sætte grænser for eget arbejde. Formålet med undersøgelsen er at vise på hvilke måder, set fra de professionelles perspektiv, patienter/klienter og pårørende kan udfordre, indskrænke eller udvide en professions jurisdiktion samtidig med, at statslige regulativer og institutionsorganiseringer også spiller en rolle (Dahl 2005; Brante 2005). Vidensmonopolet og den deraf følgende autoritet der praktiseres tænkes ikke én gang fastlagt og statisk, men ses løbende udfordret og forhandlet (Abbott 1988, 2005a, 2005b). Patienter og klienters adfærdsformer og praksiser tænkes rammesat af strukturerne (Dahl 2005; Brante 2005), som sammen med aktørernes subjektive præferencer, normer og holdninger tænkes at præge konfigurationen af en professionel autoritet.

At "kende patienten" skaber et minimum af kontrol over arbejdssituationen

Det fysiske møde mellem den sundhedsprofessionelle og patienten/klienten er et grundvilkår for den relation, der etableres, og som giver anledning til, at den professionelle kan træde i karakter som professionel. Det opleves generelt som vigtigt blandt de sundhedsprofessionelle, at man har en viden om patienten, før man møder denne fysisk. Forhåndsviden skaber et minimum af kontrol over arbejdet.³ Jordemødrene møder overvejende en *rask* kvinde og eventuelt hendes partner i jordemoderkonsultationen. I de fleste tilfælde er mødet fastlagt, både hvad angår tid og indhold, en struktur som er centralt fastlagt af sundhedsstyrelsen. Socialrådgiveren møder overvejende *rekonvalescenten*, der er i proces med at overstå sygdomsforløbet, og som skal genvinde kræfter. Men også den syge eller døende kan være socialrådgiverens klient. Socialrådgiveren har ligesom jordemoderen oftest et aftalt tidspunkt for mødet, hvilket giver et udgangspunkt for kontrol over mødet. Sygeplejersken derimod møder på hospitalet *den syge*, der kan have momentant opstået behov for pleje og omsorg, både hvad angår hyppighed og intensitet. Det betyder, at sygeplejersken ikke i samme grad har indflydelse på rammerne for mødet.

Både socialrådgiveren og jordemoderen møder patienten/klienten/den gravide på et aftalt tidspunkt, bortset fra når den gravide går i fødsel. På denne måde er der principielt mulighed for professionelt at forberede sig til mødet. Hos jordemødrene er mødernes længde fastlagt (20 minutter pr. gravid). Specielt opleves det første møde som meget afgørende for at få etableret et tillidsforhold, der skal bære hele forløbet frem mod fødslen. En jordemoder siger det på denne måde:

Nogen kommer allerede første gang og har tillid, og tænker 'Hun ser flink ud, og hende vil vi godt fortælle alt muligt til'. Mens mange andre kommer og skal lige se os lidt an. Det er der bare ikke særlig meget tid til. Vi ser dem jo kun 5 gange, hvis alt er normalt, i 20 minutter af gangen. Så kan jeg da også godt forstå, at der er

grænser for, hvor meget man åbner sig for folk, man møder så lidt. Som man måske godt ved, man kommer til at møde så lidt, og så ser man dem aldrig igen. Vi vil gerne have, at de åbner sig, for så kan vi bedre arbejde med alle de ting, som mange har intentioner om, at det vil vi gerne arbejde med, hvis de har det svært. Men det er måske et svært forum for dem at lukke op 20 minutter, og så skal vi også lige lukke i igen.

Jordemoderen er via sundhedsstyrelsen forpligtet til at undersøge og spørge ind til forskellige potentielle risikofaktorer i relation til fødsel og graviditet. Denne fastlagte fokusering udfordrer, som vi kan se, relationen til den gravide, hvor jordemoderen frygter, at den fastlagte tid ikke altid rækker til at få etableret en tillidsfuld kontakt. Den gravides tillid til jordemoderen kan angiveligt ikke altid skabes på den normerede tid, hvilket også kan påvirke kontrollen med eget arbejde. Det fastlagte indhold i konsultationssamtalerne ser også ud til at spille ind på de gravides tillid til jordemoderen. En jordemoder fortæller:

Når de fx kommer første gang, så skal man spørge dem, om de ryger, hvor meget alkohol de drikker. Vi skal også spørge om, hvilke andre rusmidler de tager, og hvor meget de tager. Når man så kommer ud i min konsultation i Nordsjælland til en typisk karrierekvinde, gravid med sit første barn, og alting er fuldstændig planlagt, så har jeg mødt hende for måske 3 minutter siden, og så skal jeg spørge hende, om hun tager nogle rusmidler. Jeg kan godt se meningen med det, fordi det jo er super vigtigt, at vi finder ud af det, hvis hun gør det. Der er bare et problem i forhold til den relation, jeg gerne vil have med hende bagefter. Sandsynligvis bruger hun ikke nogen rusmidler, og hvis hun gør, så er det ikke sikkert, hun har lyst til at fortælle mig det 3 minutter efter, at jeg har mødt hende.

Jordemoderen møder i udgangspunktet den samme patient/gravide flere gange og over flere måneder, hvilket principielt giver mulighed for at skabe kontinuitet i arbejdet. Men Sundhedsstyrelsens retningslinier for, hvad samtalerne skal indeholde og dermed definition af arbejdsopgaven presser jordemoderen ud en uønsket faglig situation. Jordemoderen må her næsten tvinge sig selv til ud i at stille spørgsmål, hun selv synes er pinlige, men alligevel gør hun det. Her betyder den gravides vurdering af jordemoderen som professionel, at jordemoderen risikerer at miste sin faglige gennemslagskraft og dermed autoritet. Man kan sige med reference den europæiske undersøgelse, at denne type møder ikke bidrager til fornyet respekt om samfundets autoriteter, her jordemoderen. Hverken sygeplejerske eller socialrådgiver er på samme måde underlagt eksplicitte normer og regler for, hvor lang tid et møde må tage, og hvad et sådant skal indeholde. Socialrådgiveren kan selv initiere møder med patienter/klienter, hvis hun skønner, der er behov herfor. En socialrådgiver fortæller:

... vi er sådan nogle underlige fritsvævende nogle, så den eneste måde det bliver hos os, det er, at vi registrerer i GS (...) når det er, vi har patientkontakt, og det er sådan set det, vi gør og ellers...vi disponerer over vores tid selv. Fuldstændig.

Autonomien bliver her talt frem som noget betydningsfuldt. At skulle registrere mødet med patienten/klienten opfattes som acceptabelt, når blot man kan være ”fuldstændig” selvbestemmende og disponere over egen tid til arbejdsopgaverne.

Både socialrådgiver og jordemoder følger i udgangspunktet den samme patient/klient over lang tid, hvorved der er mulighed for, at der etableres et indgående kendskab til patientens situation.

Sammenlignet med socialrådgiveren og jordemoderen må sygeplejersken siges at være den repræsentant fra de tre sundhedsprofessioner, der har mindst kontrol over, hvornår egne arbejdsopgaver udføres. Hos jordemoderen er tidsforbrug og indhold relativt statsligt fastlagt og struktureret bortset fra mødet med den aktivt fødende kvinde. Mødet mellem patient og sygeplejerske er ikke nødvendigvis planlagt og heller ikke tidsfastsat. En sygeplejerske giver et eksempel herpå:

Så har du lige pludselig tre patienter, der skal på toilettet samtidigt, og jeg har det personligt rigtig svært ved at sige: ’Arr, du må lige vente med det der toilet’, især hvis det er lige før morgenmaden...

Den hospitalsindlagte patient er fysisk tilstede hele døgnet med sine kontinuerligt mere eller mindre uopsættelige behov. Også arbejdets organisering i hospitalsafsnittet som en del af en større organisation påvirker sygeplejerskens kontrol af eget arbejde. Forud for stuegangen, hvor læge og sygeplejerske tilser patienten på sengestuen, er det vigtigt for sygeplejersken at kende patientens sundhedsproblemer for at kunne svare på de spørgsmål, som lægen måtte stille:

Sygeplejerske 1: Det vil jeg også sige, [...] det [...] handler om også at få snakket med patienterne. Jeg synes, når man kommer til at stå der til stuegang, man har ikke styr på, hvor meget patienten har drukket, hvornår har der sidst været afføring. Om hvordan har patienten det i det hele taget ellers. Der synes jeg, det er super, når man – hvis man først har været inde ved patienten og plejet lidt, inden man går stuegang, og måske også dagen i forvejen. Så man har sine observationer med, når man går stuegang. I stedet for bagefter stuegang, så kommer der noget hovsa. Eller man skal skrive til sine kolleger næste dag, så de husker det.

Det betyder noget for sygeplejersken at ”have styr på”, hvordan patienten har det. Både i relation til patienten selv men også i relation til egen og en anden faggruppe.

Hvis ikke der er ”styr på det”, produceres der ekstra opgaver både for en selv men også for kollegerne, hvilket eksponerer den manglende kontrol af eget arbejde. Hvor jordemoderen og socialrådgiveren har tids- og indholdsmæssig relativt klar afgrænsning af arbejdet i forhold til klienten, fungerer sygeplejersken snarere som en slags multivikar (Petersen 1999), som står til rådighed ad hoc for arbejdsopgaver, der udspringer af konteksten og i langt mindre grad af faggruppens autoritet og definitionsret.

Patienten som ekspert – en udfordring af vidensmonopolet

Patienter/klienter henter ikke kun viden om sundhed og helse hos de professionelle. Internettet med dets enorme udbud af både ekspert- og lægmandsmedier udgør en vigtig kilde til information om sundhedsfaglige forhold. Her udfordres de sundhedsprofessionelles autoritet på en dobbelttydig måde. Jordemødrene giver udtryk for, at de har en særlig opgave med at validere lægmands udsagn om graviditet og fødsel:

Er der nogen, der snakker om noget, så er de inde og google det med det samme. Har de et konkret problem, så kommer de og siger det til mig i jordemoderkonsultationen. Og jeg giver en forklaring på det. Så siger de ’Ja, men det læste jeg også godt, jeg skulle bare lige checke’. Så de er sådan meget på nettet de fleste.

Den validerende rolle, hvor jordemoderen qua sin professionalitet bliver bedt om at checke validiteten af de oplysninger, den gravide søger på nettet, ser her ud til at kunne styrke den faglige autoritet. Selvom jordemoderens autoritative viden i udgangspunktet er i udbud og derfor har mistet sit monopol, så kan valideringen – ’jeg skulle bare lige checke’ – i anden omgang styrke jordemoderens jurisdiktion og dermed autoritet. Inspirationen fra internettet om forskellige præferencer i relation til fødslen giver dog også anledning til, at ønsker og behov formuleres ud over det, jordemoderen eller institutionen kan tilbyde. Jordemoderens faglige autoritet kan da understøttes af hele det organisatoriske apparat. En jordemoder fortæller:

Det var et så vigtigt issue, hvor vi så må sige: ’Jamen, det gør vi ikke, det kan vi ikke sætte i gang. Vi kan prøve at hjælpe dig, så du får et bedre ammeforløb denne her gang’, men nogle gange møder man nogle, der har været på debatforums, og så kan de være lidt svære at diskutere med.

Selvom jordemoderen tydeligvis er udfordret på at argumentere for sine faglige synspunkter, så har hun i sidste ende definitionsretten og kan styrkemarkere sit synspunkt ved at trække på både den faglige og hele den organisatoriske autoritet. Hvor vi ovenfor så, at organiseringen af arbejdet, fx stuegangen, kunne udfordre sygeplejerskens kontrol af eget arbejde kan arbejdets organisering tilsvarende beskytte jordemoderens

faglighed; ”det gør vi ikke, det kan vi ikke sætte i gang”.

De pårørende som udfordrere af den professionelle vidensmonopol

Stærke familiemæssige- og kulturelle forestillinger ser ud til at udfordre specielt jordemoderens vidensmonopol:

Jordemoder: Så har vi lige de etniske, somaliske kvinder, de har meget sådan, hvordan det er inden for familien. Altså, der går det mere i arv, det der med, ’Nårh, men det har jeg også haft det der’. ’Nej det skal du ikke spise, så bliver det en dreng’, og alt det der. Jeg synes, der er meget at navigere i for dem. Fordi du kan selv søge oplysningerne.

Selvom denne jordemoder ser de kulturelle præferencer som en udfordring for kvinderne, sætter de samtidig også grænser for jordemoderens gennemslagskraft. Graviditet og fødsel er et anliggende, de fleste mennesker mere eller mindre direkte har erfaringer og meninger om. Derfor kan det tænkes, at jordemoderen er mere eksponeret for at få udfordret sit vidensmonopol, idet flere historier rundt om disse temaer er tilgængelige end temaer om rekonvalescens og erfaringer relateret til specifik sygdom. Socialrådgiverne bliver på en anden måde udfordret af de pårørende og deres præferencer. Socialrådgiveren påtager sig rollen som borgerens talerør i forhold til hvad, der skal ske, når denne udskrives. Når de pårørende og patienten ikke altid er enige, kan socialrådgiveren opleve et pres fra de pårørende. Her kan socialrådgiveren anderledes skyde rettigheder og pligter ind som begrundelse for afgørelser.

Særligt sygeplejersken ser ud til at være udfordret af de pårørendes bidrag til samarbejdet omkring patient eller klient. Pårørendes forestilling om patientens/klientens behov og krav til sundhedsydelser kan undertiden være så stærk, at der opstår en klagesag til de dertil indrettede klageinstanser. Når pårørende helt grundlæggende udviser mistillid til sygeplejerskernes virksomhedsudøvelse, må autoriteten siges at være presset. En sygeplejerske fortæller:

Spl 3.: Men de var også kontrollerende. De overvågede os, fandt vi ud af hen af vejen. Så gik de ind gennem en anden patientstue og ind på toilettet og har stået og set mig give deres stakkels gamle mor en stikpille. Hvor de havde stået og kigget, og vi havde set dem og tænkt ’nå, hvorfor mon de står der’, men hvor de faktisk havde overvåget os hele døgnet rundt!

Spl. 3.: Ja, jeg er inde på 5.2. som er taget hjem nu. Som havde en pårørende, der bare var... ja, altså det var ikke kontrollerende, de styrede bare det hele. De havde ikke lyst til, at personalet var en del af det. (Der diskuteres kort, om de andre kender patienten).

Når sygeplejerskerne oplever sig 'kontrolleret', undermineres på en radikal måde de grænser, der er for sygeplejerskernes jurisdiktion:

Spl. 3.: Vi har en gammel, en ældre dame, der kommer ind, og man tror så, at hun har en lungecancer, og familien er meget på denne her gamle dame, og hun skal jo bare have det så godt i den tid, hun nu skal leve i og sådan noget. Og vi får at vide, at vi skal mobilisere patienterne, det er jo meget vigtigt, og der så to personaler, der mobiliserer denne her ældre dame, og jeg tror, at hun kommer op omkring ved en 10-11 tiden, kommer over og sidde i en stol og sidder rigtig godt. Så kommer der en svigersøn, da klokken er 13, og han brækker sig helt vildt meget over, at de har kunnet finde på at tage hans svigermor op at sidde, fordi hun er en gammel dame, som der bare skal ha det godt de sidste... hendes sidste dage. Hvor at vi ligesom prøver at argumentere for, ja, men det er for hendes eget bedste, det er ikke godt kun at, at ligge i sengen.

Spl.3: Topskud! man kører dem lige igennem!

Interviewer: Undskyld 'topskud'?

Spl. 2: Ja, det er alle sengelejekomplicationerne – man lige kan nævne for de pårørende...

Spl. 3: Og det gør vi også, men ham her svigersønnen han er helt oppe i det røde felt og laver så en klage – og det har ikke noget at gøre med, at hun har siddet i flere timer, man havde lavet en aftale med hende, at hun kom op der ved 11 tiden, så kunne hun sidde oppe og få frokost, og så skal hun selvfølgelig nok komme i seng. Og han mener heller ikke, at vi kan lave en aftale med hende, for hun er halvt dement og meget andet. Ja. Og han laver så en klage på, at man så har taget hende op. Og det får de pårørende medhold i denne her klage. Og hvad fanden er det her for noget! Der mener jeg, at der skal vi da bakkes op, vi prøver da at gøre noget. Og hun lider da ikke nogen overlast over at sidde i en stol, og så får man heller ikke maden galt i halsen og alt sådan noget.

De pårørende underminerer her sygeplejerskernes autoritet, men at dømme efter sprogbrugen, ser det ud til, at det opleves mere alvorligt og som et svigt, at klageinstansens bedømmelse ikke bakker op om sygeplejerskernes professionelle dømmekraft.

Problemet med klager og uoverensstemmelser mellem pårørende og plejepersonale ser ud til at have konsolideret sig institutionelt, hvorved det er blevet et alment anerkendt problem, der nu også har produceret et uddannelsesbehov, der skal kvalificere personalet til at tackle disse konfliktsituationer. En sygeplejerske fortæller:

Spl. 2: Der har vi været på kommunikationskursus for at blive bedre til at tale med de her pårørende. Og det er rigtig frustrerende nogen gange, hvor man kan have en dårlig [patient]. Nu mødte jeg lige vores assisterende herude. Og der er en rigtig dårlig patient, på en tresengsstue – så derfor måtte de køre de andre ud, det sker lige nu her for en halv time siden. Og så siger hun: 'Nu står de pårørende derude og spørger, hvornår skal min mor ind igen på den stue der?' Og her løber vi frem og tilbage med EKG apparat og sug, og så står der sådan en fuldstændig.... 'kan du overhovedet ikke forstå, hvad der sker derinde?' Og så var der det på det kursus, ja men så skulle man stoppe op og tale med den her [pårørende]? Det kan du jo ikke, du skal have overblikket, du har en dårlig patient! Og hvis de føler sig afvist, så kan der komme den klage.

På den ene side sættes sygeplejerskens autoritet under pres, men eftersom organisationen udbyder et undervisningsforløb med det formål at tackle 'problemet', udvides på den anden side sygeplejerskens jurisdiktion til også at skulle omfatte dette område. Ved at udbyde kurser, anerkendes det samtidig institutionelt, at der skal værnes om den professionelles autoritet og autonomi. Men pårørende kan tilsyneladende også 'bruges' til noget:

Spl. K: Jeg synes også, man bruger dem sådan. Jeg er nok også en af dem, der bruger dem ret meget, altså fx til mere praktiske ting. Nogle gange er der nogle pårørende som rigtig gerne vil med ind over og made deres mand eller et eller andet. Og det er jo også bare en rigtig god måde at bruge dem på, synes jeg.

Spl F: Jeg synes måske bare ordet 'bruger' er forkert. Det handler om at medinddrage.

Spl. K: 'Medinddrage'... det er måske bedre. 'Udnytte deres ressourcer' måske (latter).

Sygeplejerskerne reflekterer indirekte over magtrelationen til de pårørende. At 'bruge' pårørende afspejler et asymmetrisk syn, som sygeplejerskerne ikke finder acceptabel og som er i modstrid med et ideal om at inddrage og involvere. Der refereres indirekte til en form for sund fornuft, der tages for givet af alle, en *doxa* (Bourdieu 1997:137). En *doxa* som der forsøges lagt en ironisk distance til. Magten til at definere, hvilken rolle de pårørende skal spille i samarbejdet med den sundhedsprofessionelle kan med Abbott siges at blive forhandlet. At de pårørendes hjælp opfattes som en aflastning, og dermed letter sygeplejerskerne i deres arbejde, spiller også ind.

Opsamling og diskussion

Historisk set pågår der løbende omkalfatringer af det arbejde, som udføres i det medicinske felt både indenfor og mellem de enkelte professioner i det medicinske felt

(Larsen 2008, 2009, 2010). I studiet fremgår det, at de sundhedsprofessionelle i mødet med patienter/klienter/brugere/borgere på forskellig vis er udfordret på kontrollen over eget arbejde. Det er disse udfordringer, der antages at spille en rolle for den autoritet, en sundhedsprofessionel kan siges at påberåbe sig i relationen med patienten/klienten/borgeren/brugeren. Denne spiller som vi har set det en aktiv rolle i indskrænkningen men også udvidelsen af de sundhedsprofessionelles virksomhedsområde. Paradoksalt nok ønsker netop selv samme patient/klient og også pårørende tilsyneladende fornyet respekt om samfundets autoriteter, hvis vi skal tage den europæiske undersøgelse for pålydende.

Staten som lovgiver og formynder spiller en mere eller mindre direkte rolle i relationsarbejdet. For jordemødrene gælder, at de i særlig grad er pålagt et statsligt defineret indhold og tidsforbrug i mødet med den gravide qua Sundhedsstyrelsens anbefalinger. For socialrådgiveren i hospitalsinstitutionerne er mødet oftest defineret af, at klienterne ikke har særlig stor indsigt i rettigheder, og at de oftest end ikke har særlige overvejelser om velfærdsstatens goder i relation til den sociale side af deres liv. Her definerer socialrådgiverne i høj grad mødets indhold og karakter dog indenfor de lovgivningsmæssige rammer. På trods af disse bindinger oplever socialrådgiverne i modsætning til både sygeplejersker og jordemødre en udstrakt grad af autonomi, idet de selv kan vælge at følge op på besøg, hvis de skønner, at klienten har behov for det. For sygeplejerskerne gælder, at arbejdets karakter i sig selv forstået som de hospitalsindlagte patienters behov, der opstår hele døgnet rundt, sætter dagsorden for sygeplejerskerens arbejde, der oftest må udføres momentant som en bydende nødvendighed – et praksisimperativ. Men også hensynet til andre faggruppers arbejde er med til at udfordre sygeplejerskens kontrol af eget arbejde.

Vi ser eksempler på, hvordan professionerne er under stærk indfyldelse af bureaukratiet, men den klassiske modsætning mellem profession og bureaukrati er næppe entydig. Abbott viser, hvordan professioner kan benytte sig af organisationer til at udvide og dominere domæner, hvilket vi også så i de udvidede jurisdiktioner hos fx jordemødrene. Samtidig viser empirien os også, at ikke kun andre professioner, som Abbott har blik for, men også patienter/klienter og pårørende kan bidrage til både at indskrænke og udvide professioners jurisdiktion. Jordemødrene får indskudt en validerende funktion i relation til de mange lægmandsbetragtninger, der flyder tilgængeligt på internettet. Sygeplejerskerne får også udvidet virksomhedsområdet, idet de nu også forventes at kunne håndtere klagelystne pårørende og endda må gennemgå et kursus og på denne måde opnå en særlig professionsviden for at kunne varetage det nye virksomhedsområde. Omvendt kunne man med Abbott hævde, at tidligere tiders indlemning og dermed underordning af specielt jordemødre og sygeplejersker i hospitalets fagbureaukrati har haft komplekse betydninger for de to faggruppers muligheder for at udøve faglig autoritet. På den ene side understøttes en faggruppes faglige autoritet, når arbejdet udføres i et fagbureaukratisk organisation sammenholdt med

professionelt arbejde udført i klientens hjem. I hospitalet er den professionelle på hjemmebane og klienten er gæst og dermed underordnet organisationens spilleregler, spilleregler som særligt begunstiger udøvelse af legitimt herredømme. På den anden side må de professionelle affinde sig med bureaukratiets strukturer, ligesom de må affinde sig med at underordnes den medicinske logik. Her forekommer det, at både jordemødre og socialrådgiverers arbejde nyder en større strukturel beskyttelse i hospitalshierarkiet. Det helt centrale omdrejningspunkt, ud fra en Abbottsk optik, er spørgsmålet om definitionsretten til arbejdet, dvs. kontrol med arbejde og her antydes det i materialet, at kontrol tilsyneladende er til forhandling med særligt stærke grupper af patienter og pårørende.

Patientsammenslutninger som positioner i medicinsk felt

Studierne viser, at patienter/brugere eller klienter generelt set spiller en ændret og mere fremtrædende rolle i den konkrete virksomhed i det medicinske felt. Ud fra en Bourdieusk optik ville man desuden fokusere på det forhold, at det medicinske felt som helhed undergår transformationer, og at nye spillere i feltet har etableret sig. I den sammenhæng har patienter i stigende grad institutionaliseret sig og er virksomme som – om end domineret – position i det medicinske felt. Der er tale om et meget stort netværk af fremvoksende institutioner (Baggot & Forster 2007) fra globale interesseorganisationer, der bestræber sig på at optimere patient-centreret 'health care' over hele verden, uanset diagnosegrupper (<http://www.patientsorganizations.org/>), til sammenslutninger i EU (European Patients' Forum, <http://www.eu-patient.eu/>), til organisationer der retter sig mod specifikke patientgrupper fx kræft eller typer af interesser, fx patientsikkerhed (<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> eller patient safety organization, <https://www.ecri.org/PatientSafetyOrganization/>). Der kan også være tale om sammenslutninger der fokuserer på at styrke patientressourcer, fx via udbud af 'selfmanagement' kurser, der bestræber sig på at styrke den individuelle patient i at kontrollere sin situation ('dont let the condition control you'). Centralt står ambitionen om at udvikle ekspertpatienten (<http://www.expertpatients.co.uk/>).

I dansk sammenhæng ser vi lignende former for institutionaliseringer via en række patientorganisationer, herunder den samlende organisation danske patienter (<http://www.danskepatienter.dk/>), der repræsenterer 17 medlemsorganisationer som repræsenterer 79 patientforeninger og 870.000 medlemmer. Produkterne af positionernes arbejde kan opgøres i en række ulige effekter fra fx etablering af et patientombud ift. klager over faglig behandling (<https://www.patientombuddet.dk/>) og erstatningsordninger til udarbejdelse af patienthåndbøger, arbejde med patientsikkerhed m.v. Positionerne kan siges at kæmpe for at optimere patienters behandling, pleje og sikkerhed mv., men indenfor og mellem de enkelte positioner pågår der strid om økonomiske ressourcer, herunder overvejelser om hvilke midler der er legitime (fx medlemskontingent, offentlige midler og private, fx fra lægemiddelindustrien, om priori-

tering af offentlig versus privat behandling, om prioriteter af somatiske i forhold til psykiatriske diagnoser m.v.

Patienter som eksperter og objekter

Ideelt set og nedfældet i målbeskrivelser i sundhedsvæsenet beskrives patienter som aktive, autonome subjekter, men der er analytisk set tale om et kontinuum af positioner, som er mulige og nødvendige i relationer mellem professionel og patient. Ved en hospitalsindlæggelse eller ophold på et plejehjem m.v. er der ofte situationer, hvor de professionelle må være i fuld kontrol over patientens og dennes krop og livsforhold. Man kan tale om maksimal paternalisme. Forløbet sikres via 'institutionskroppen' i form af de professionelle og deres manualer og instrukser, herunder eksplicit professionsviden. Her indgår også, at kampe i feltet (under indflydelse af patientsammenslutninger, kamp for patientsikkerhed m.v.) er blevet virksomme, fx gennem manualer og faglige procedurer. Det kan være ved et kirurgisk indgreb, hvor patientkroppen er under bedøvelse og som sådan fuldt ud nulstillet som individ og subjekt (Larsen 2010). Her udgør rammerne 'rene' subjekt og objektrelationer. I andre situationer er positionen anderledes defineret for klienterne, fx når de som tredjeangsfødende er maksimalt beredte og har læst alle guides og instruktioner for, hvordan de vil udforme deres fødsel. Her defineres jordemoderpositionen næsten som objekt for den fødendes krav og behov, baseret på erfaringer og viden opsøgt i mødregrupper og på internet.⁴ Overordnet kan beskrives en dobbeltbevægelse, hvor patienter i stigende grad subjektgøres og samtidig i tiltagende omfang forbliver objektgjorte i det medicinske felt, hvilket skyldes transformationer af feltet, med de korte møder, den øgede specialisering, intensivering af processer og den vidt forgrenede arbejdsdeling mellem faggrupperne (Larsen 2010).

Ontologisk tvivl

Det er i udgangspunktet riskobetonet at hengive sig til en ydre autoritet, hvorfor der naturligvis også er masser af ambivalenser i spil hos patienter og klienter. På det sociale område ser det ud til, at kompleksiteten er blevet så omfattende, at de 'ekspertklienter', man tidligere kunne møde, stort set er forsvundet. Beskæftigelseslovgivningen fylder fx mere end 23.000 sider.⁵ På det jordemoderfaglige område har internettet og adgangen til sociale medier øget adgangen til og dermed mængden af lægmandsviden. På den ene side ønsker den gravide selv at være aktiv og søge alternativer til den professionelle viden, der kan tilbydes i det etablerede tilbud; på den anden side er det vigtigt, at der er en 'faglig bagstopper' på al den information, der er frit tilgængelig om graviditet og fødsler. Tilsvarende er der forventning om, at den professionelle udøver sit arbejde med en høj professionel standard, men systemet og institutionerne er også indrettet på, at patienter og pårørende kan gøre indsigelser mod fagligheden. Det vil sige, at en ontologisk tvivl og mistro mod autoriteter er institutionaliseret. Den

paradoksale længsel efter autoritet, som den europæiske undersøgelse viste, kan måske forklares med Parsons og Durkheim, hvor professioner ses som medierende institutioner, som det kit der holder samfundet sammen. Men hvis det gælder som Giddens og Beck argumenterer for, at samfundet er underlagt hastige forandringer, så er den samfundsmæssige sammenhængskraft udfordret. Måske kan efterspørgslen på professionel autoritet – hvad enten den udøves af en præst, en jordemoder eller en socialrådgiver – i dag ses som et behov for sikkerhed eller fixpunkt i en kaotisk tid, hvor individet ellers er overladt til sig selv?

Karin Højbjerg, lektor, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kah@learning.aau.dk; Niels Sandholm Larsen, Lektor, Metropol UC, nela@phmetropol.dk; Kristian Larsen, Professor MSO, Institut for Læring og Filosofi, Aalborg Universitet, København, kl@learning.aau.dk

Noter

- ¹ Der er tale om et norsk-dansk samarbejde med tværvidenskabelige tilgange til transformation af velfærdsstat, institutioner, professioner, klienter og kundskaber. Se:
<http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/HOV/Phlegethon-nettverket>
- ² I Danmark: 3 grupper jordemødre, 2 grupper sygeplejersker, 2 grupper sygehusso-
cialrådgivere, 1 gruppe fysioterapeuter. I Norge: 3 grupper fysioterapeuter, 2
grupper sygeplejersker og 1 gruppe socialrådgivere.
- ³ Regeringen og amterne indgik i 2004 en aftale om tildeling af kontaktpersoner til
patienter i hospitalsvæsenet. Ordningen havde til formål at skabe sammenhæng,
tryghed og kontinuitet i patientforløbene (Økonomiaftalen for 2005 mellem rege-
ringen og amter/ H:S). Det anerkendes således statsligt, at det at 'kende patienten'
er vigtigt, og det er blevet omtalt som en drejning mod 'brugernes sundhedsvæsen'
(ibid).
- ⁴ Disse forenklinger skal ikke overskygge det forhold, som observationsstudier fx
viser, at subjekt/objekt og autonomi/paternalisme hele tiden er i bevægelse. Det vil
fx være tilfældet undervejs i en fødsel.
- ⁵ <http://www.cevea.dk/pressemeddelelse/cevea-koch-udvalgets-anbefalinger-er-tegn-paa-vigtigt-paradigmeskift> [12.5.2014].

Referencer

Abbott, A. 1988. *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago and London, The University of Chicago Press.

- Abbott, A. 2005a. *Linked Ecologies: States and Universities as Environments for Professions* [Online]. [23. Marts 2013].
- Abbott, A. 2005b. *Ecologies and Fields* [Online]. Chicago University. [19.april 2011].
- Baggot R. & Forster R. 2007. Health consumer and patients' organizations in Europe: towards a comparative analysis, *Health expectations* (2007), 11; pages 85–94.
- Beck, U. 1986. *Risikosamfundet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bertilsson, M. 1990. The Welfare State, the Professions and Citizens. I: Thorsted, R & Burrage, M. (Eds.), *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. Sage Publications.
- Bourdieu, P. 1990. *The Logic of Practice*. Stanford, California: Stanford University press.
- Bourdieu, P. 1997. *Af praktiske grunde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. & Waquant, L. J. D. 1996. *Refleksiv sociologi*, København, Hans Reitzels Forlag A/S.
- Brandt Jørgensen, E. 2007. *Genese og struktur af klinisk medicin og klinisk sygepleje*. København: Forlaget HEXIS.
- Brante, T. 2005. Staten og professionerne. In: Eriksen, T.R. og Jørgensen, A. M. (ed.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- Carlhed, C. 2011. *Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning*. Socialvetenskaplig tidskrift nr 4.
- Durkheim, E. 2000. *Om den sociale arbejdsdeling*. København: Hans Reitzel.
- Freidson, E. 2001. *Professionalism – the third logic on the practice of knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Giddens. A. 1997. *Modernitet og selvidentitet*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hjort, Katrin 2001: *Modernisering af den offentlige sektor*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Hjort, K. 2005. *Professionaliseringen af den offentlige sektor*. Roskilde Universitetsforlag.
- Krejsler, J. B. (2009). Epistemologi, evidensbevægelse og folkesundhed. I: Glasdam, S., *Folkesundhed – i et kritisk perspektiv*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk.
- Larsen, K. 2008. Sundhedsprofessionernes kamp –hvorfør opretholdes status quo over tid? - om stabiliserende faktorer i det medicinske felt. I: *At sætte spor på en vandring fra Aquinas til Bourdieu*, red. K. A. Petersen, & M. Høyen. Forlaget Hexis: København.
- Larsen, Kristian (2009). *Hospitalet mellem stabilitet og forandring. Sociologiske og historiske perspektiver*. Munksgaard Forlag.

- Larsen, Kristian (2010). Det behandlende hus er blevet sygt: sociologiske og historiske perspektiver på patientforløb. Sammenhængende Forløb i Sundhedsvæsenet.
- Larsen, K og Esmark, K. (2013). Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring – norske og danske studier. I: *Praktiske grunde. Nordisk Tidsskrift for kultur og samfundsvidenskab*, <http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2-2013-samlet.pdf> [Downloaded 27.5.2014].
- Martinsen K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays* (2. utg.), Norge: Universitetsforlaget.
- Moos, L. & Krejsler, J. & Laursen, P.(red). 2004 *Relationsprofessioner*. Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag.
- Latour, B. & Woolgar, S. (1986). *Laboratory life: the construction of scientific facts*. N.J.: Princeton University Press.
- Parsons, T. (1968). Professions. I: D. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of the Social Sciences*. New York: The Macmillian Company, vol. 12, 536-547.
- Petersen, K. A. 1997. *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark. Ph.d. afhandling*, Aarhus, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Stehr, N. 1994. *Knowledge Societies*. SAGE.
- Stehr, N. 2001. Economy and Ecology in an Era of Knowledge-Based Economies. *Current Sociology*, Januar/Vol. 49(1). Sage Publications.
- Sennet, R. 1999. *Det fleksible menneske. eller arbejdets forvandling og personlighedens nedsmeltning*. København: Hovedland.
- Weber, M. 1995 [1920]. *Den Protestantiske etik og kapitalismens ånd*. København: Nansensgade Antikvariat.

<http://www.europeanvaluesstudy.eu/>[16.3.2014]

<http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/> [27.5.2014]

<https://www.ecri.org/PatientSafetyOrganization/>[27.5.2014]

<http://www.eu-patient.eu/>[27.5.2014]

<http://www.expertpatients.co.uk/>[27.5.2014]

<http://www.patientsorganizations.org/>[27.5.2014]

<http://www.danskepatienter.dk/>[27.5.2014]

"Ens sociale hjerte banker jo"

Sygehussocialrådgiveres strategier mellem patienternes behov,
organisationens krav og faglige idealer

**Ulla Søbjerg Nielsen, Karin Højbjerg, Niels Sandholm Larsen
& Kristian Larsen**

Based on empirical/theoretical analyses, this article shows that social workers employed at hospitals in the Copenhagen area experience a complicated work environment. The number of social workers has diminished in later years. This is due to NPM measures strengthening the focus on cutting costs and the fact that the provision of social workers services are not mandatory. Social workers in hospitals do not have the authority to grant benefits or services and consequently must rely on close cooperation with social servants in the municipalities in order to help their clients. Inside the hospital social workers are in a subordinate position to the medical professions and regarded as an 'extra service'. This means, on the one hand, that social workers must fight for the recognition of the relevance of their services, and on the other, that they enjoy relatively great autonomy. Social workers face dilemmas and their strategies are formed by their professional habitus as well as personal emotions.

Keywords: Social workers, hospitals, profession, organization, bureaucracy, institutional spheres.

Indledning

Denne artikel omhandler en del af en profession, der er under pres, nemlig hospitalsansatte socialrådgivere, i en dansk institutionel sammenhæng. For denne gruppe af professionelle gælder det særlige, at den har som sit arbejdsområde at mediere/koordinere mellem forskellige institutioner og administrative systemer samtidig med, at der er betydelig fokus på sammenhæng i rehabilitering ved overgange mellem institutioner og sektorer. I de senere år er antallet af hospitalsansatte socialrådgivere faldet og deres arbejdsområde og funktion indskrænket. Spørgsmålet der behandles i denne artikel er, hvilke strategier sygehussocialrådgiverne tager i anvendelse i denne situation, og hvordan de udfylder deres handlerum. Det empiriske grundlag udgøres af dokumentanalyser og fokusgruppeinterviews, belyst gennem organisationsanalyser og sociologisk teori.

Vanskeligheder med koordinering og sammenhæng imellem sektorer og niveauer i velfærdsstatens netværk af institutioner er en kendt problemstilling (se fx Schrøder og Bangshaab 2012: 309; Danske Regioner 2012). At patienter 'falder

mellem to stole' og derfor ikke modtager den hjælp eller indsats, de har brug for eller er berettigede til, er naturligvis et problem for patienterne selv, men for de professionelle – her sygehussocialrådgiverne – giver det også anledning til udfordringer. Med gennemførelsen af kommunalreformen i slutningen af 00'erne ændredes ansvarsplaceringen af mange opgaver. Disse ændringer har imidlertid ikke minimeret problemerne med at koordinere indsatsen for borgere på tværs af sektorer (Astrid Kragh 2013; Danske Regioner 2012). Den aktuelle ansvarsfordeling, organisatorisk omstrukturering og problemer med at få ressourcerne til at slå til synes at modvirke idealforestillingen om et helhedsorienteret blik på patienten eller klienten. På hospitalerne har sygehussocialrådgiverne traditionelt været den profession, som har haft til opgave at sikre en sammenhæng mellem patienternes medicinske behandling og deres sociale situation, bl.a. i forbindelse med udskrivelse. Sygehussocialrådgivernes betydning for patienternes rehabilitering er da også anerkendt (Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner 2012), men betingelserne for at løse opgaven er forandrede.

Opkomst og udvikling af socialrådgivervirksomheden på hospitaler

Sygehussocialrådgiverne blev de første i faget, der fik en egentlig uddannelse. Steinckes socialreform blev gennemført i 1933 og i 1937 oprettedes et halvan-detårigt uddannelsesforløb på Kommunehospitalet (Nørrelykke 2013: 17). I kommunerne derimod, som stod for udmøntningen af socialpolitikken, mente man ikke, at der var brug for egentlig uddannet personale, da reformen byggede på et skift fra et skøns- til et retsprincip. Forestillingen var derfor, at lovgivningen burde give klarhed over, hvilken indsats folk havde krav på. De uddannede socialrådgivere var således på det tidspunkt primært knyttet til de statslige institutioner, hvor klienter var indlagt eller anbragt. Op igennem århundredet udvidedes socialrådgivernes arbejdsfelt til også at omfatte socialkontorer, mødrehjælp, erhvervs-hæmmede, særforsorgen, truede børn og deres familier samt kriminalforsorgen (Worning 2002).

Kommunalreformen i 1970 var et udtryk for decentralisering og betød, at amterne skulle tage sig af sygehusvæsen og særforsorg, mens kommunerne skulle tage sig af implementering af socialreformen (Klausen 2001: 60). Kommunernes ansvar for nye arbejdsopgaver betød et stigende behov for faguddannet personale, samtidig med at der opstod behov for grænsedragning mellem hvilke opgaver, der var amternes, og hvilke der var kommunens. I årene 1972-1976 fordobledes således antallet af socialrådgiverstuderende. Op gennem 1980'erne formulerede såvel borgere som politikere en stigende kritik af velfærdsstaten. Nogle kritikpunkter gik på en bekymring for, hvorvidt den offentlige sektors betragtelige volumen og ressourceforbrug ville løbe løbsk (Andersen 1999: 30). Den økonomiske udvikling var samtidig præget af aftagende økonomisk vækst, stigende arbejdsløshed, vækst i de offentlige udgifter og heraf voksende gældsætning (Johansen 2013: 53). I 1986 var der på landsplan ansat 600 sygehussocialrådgivere, men i 1990 ser vi tallet falde til 500 (Dansk Socialrådgiverforening 1990). I starten af 00'erne

fandt der yderligere nedskæringer sted over hele landet. Amtsborgmester Bent Hansen (S), der på det tidspunkt var formand for Amtsrådsforeningens sundhedsudvalg, beklagede i 2003 besparelserne, men sagde:

Der er ikke noget at gøre ved det. At have socialrådgivere på sygehusene har været et godt og trygt tilbud for patienterne, men samtidig udtryk for en høj service. Det har vi ikke råd til længere. (Politiken 2003)

I 2007 gennemførtes den seneste kommunalreform. De 14 amter blev nedlagt og ansvaret for bl.a. sygehusene blev flyttet fra amterne til 5 nyoprettede regioner. Kommunerne fik til gengæld i princippet det fulde ansvar for de patienter, der blev udskrevet fra hospitalerne, både i forhold til genoptræning og etablering af sociale foranstaltninger. Samarbejdet mellem sygehuse og kommuner reguleres i dag af sundhedsaftaler og afregning for sygehusets ydelser tager udgangspunkt i DRG-takster.¹ Sygehussocialrådgivernes ydelser er ikke en del af sundhedsaftalerne, og deres indsats afregnes ikke via DRG-systemet. Det betyder, at ydelser udført af sygehussocialrådgiverne let kommer i søgelyset i forbindelse med besparelser. Ved overenskomstforhandlingerne i 2008 fik socialrådgiverforeningen forhandlet sig frem til en aftale med regionerne om at få afdækket sygehussocialrådgivernes betydning for patienternes rehabilitering. Det resulterede i en rapport udarbejdet for Socialrådgiverforeningen og Danske regioners lønnings- og takstnævn: *Sygehussocialrådgiverne – faglighed, virke og indsats*. I konklusionen hedder det blandt andet:

Med deres indsigt i den sociale lovgivnings muligheder skaber sygehussocialrådgiverne i samarbejde med patienterne et overblik over patienternes livssituation og handlemuligheder: Igennem rådgivning af patienterne sørger sygehussocialrådgiverne for, at patienterne bliver bekendt med deres sociale rettigheder og sat i stand til at gøre brug af dem. På denne måde er sygehussocialrådgiverne med til at afhjælpe nogle af de sociale problemer i patienternes liv, der i værste fald kan blokere for sygehusets behandling og/eller udskrivning af patienten. Sygehussocialrådgiverne er her med til at give behandlingen den rette effekt, sikre en hurtig udskrivning samt skabe rum for, at det øvrige personale kan varetage deres behandlings-, pleje og træningsopgaver (Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner 2012: 36).

Rapporten, som bl.a. bygger på interviews med læger og patienter, kan ses som dokumentation for betydningen af den indsats, sygehussocialrådgiverne yder. Antallet af sygehussocialrådgivere er dog stadig faldende. I 2010 betød en fyringsrunde i Region Hovedstaden at 2/3 af faggruppen forsvandt (Arbejderen 2010). På landsplan var der i 2013, ifølge faggruppens beretning, 212 medlemmer tilbage (Sygehussocialrådgiverfaggruppen 2013). Der er således tale om en betydelig reduktion af antallet af sygehussocialrådgivere over en årrække på knap 30 år.

Parallelt med reduktion i antallet af sygehussocialrådgivere har også den grundlæggende logik i velfærdsstaten og det sociale arbejde forandret sig. Forandringen er fx beskrevet som et skift fra velfærdsstat til konkurrencestat (Petersen 2011: 15). Denne tilgang knytter sig til udbredelsen af den neoliberalistiske kritik af velfærdstaterne, som de havde udviklet sig efter 2. verdenskrig. I socialpolitikken har denne bevægelse givet sig udslag i det, som mange har kaldt et skift fra 'wellfare' til 'workfare' eller fra 'social sikring' til 'social disciplinering' (Thorning 2004; Larsen, Abildgaard og Bredgaard 2010). De neoliberale reformideer har ført til store ændringer i organiseringen af den offentlige sektor med markedet som forbillede. Under samlebetegnelsen New Public Management (NPM) er markedsrationaliteten rykket ind i det offentlige (Johansen 2013: 55). I forhold til organiseringen af den offentlige serviceproduktion er køber/sælgerrelationer introduceret, og der er skabt konkurrence og adskillelse mellem de, der bestiller, og de der producerer offentlige serviceydelser (Klausen 2001: 45). Internt i organisationerne er bl.a. indført mål og resultatstyring, professionel entreprenøragtig ledelse, der går væk fra en fagprofessionel orientering, og der er etableret en række 'low-trust' relationer snarere end tillidsbaserede relationer i forhold til medarbejderne (Klausen 2001: 45-46). Især det sidste har ført til en tiltagende procesregulering, standardisering og metodestyring i det sociale arbejde, som udgør en udfordring for socialrådgivernes faglighed og autonomi (Johansen 2013: 67).

Analyseramme

Analysen beskæftiger sig med, hvilken betydning sygehussocialrådgivernes særlige position i hospitalet har for de strategier, de iværksætter for at gøre sig gældende som fagpersoner. Hasenfelts (Hasenfeld 1983: 5-6) differentiering mellem 'people changing' (menneskeforandrende), 'people sustaining' (menneskeopretholdende) og 'people processing' (menneskebehandlende) organisationer skal bidrage til en forståelse af sygehussocialrådgivernes særlige placering i arbejdet med patienternes rehabilitering. Menneskeforandrende organisationer er karakteriseret ved at have et eksplicit formål, der går ud på at ændre klientens trivsel eller funktion. Menneskeopretholdende organisationer har til formål at forebygge, opretholde eller forsinke forringelser af klienternes personlige velfærd eller velbefindende; mens menneskebehandlende organisationer har til formål at kontrollere adgang til og tildele forskellige goder, fx sociale ydelser og services. Et hospital kan karakteriseres som en menneskeforandrende organisation, idet hospitalets kerneopgave forstås som at flytte patienterne fra kategorien 'syg' til kategorien 'rask'. Den menneskebehandlende funktion, fx tildeling af ydelser, er, i relation til de mennesker som er indlagt på hospitalerne, placeret i kommunerne. Det er i rummet mellem disse to opgaver, i en 'menneskeopretholdende' funktion, sygehussocialrådgiverne må agere. Sygehussocialrådgiverens væsentligste arbejdsopgave er at vurdere, hvilke sociale tiltag, der vil bidrage positivt til en patients helbredelse og rehabilitering. men sygehussocialrådgiveren kan ikke selv tildele de ydelser eller indsatser, der er brug for. Den kompetence ligger i kommunerne.

Friedson skelner mellem primære og sekundære institutionelle sfærer og gør opmærksom på, at den autoritet en professionel kan udøve afhænger af, hvorvidt vedkommende arbejder i sin primære institutionelle sfære (Friedson 2001: 159). Sygehussocialrådgiverne er netop placeret på hospitalet, som er en institutionel sfære, eller et felt i Bourdieusk forstand, hvor den medicinske professionsviden traditionelt dominerer (Petersen 1997; Højbjerg 2012). Når vi ser på hospitalet som del af medicinsk felt, er der desuden tale om en institutionel sammenhæng som, ikke mindst gennem de sidste 20-30 år, har ændret sig radikalt med korttids-indlæggelser, øget specialisering, intensiverede og standardiserede arbejdsprocesser til følge (Larsen 2009). Der er tale om dominans af medicinske begreber (fx biomedicinsk/latinske betegnelser) og klassifikationer (fx af syg/rask, centrale/perifere begivenheder) og logikker (fx forestillinger om hvordan fysiologi/anatomi, kroppen, sundheden og velvære skal opfattes). Disse forhold fungerer på et doxisk niveau, hvor der er en implicit fælles konsensus som fx stiller den biologiske krop og sygdomsbehandling over den sociale krop, sundhedsfremme, forebyggelse eller genoptræning (Larsen 2013).

Der er tale om, at en række strukturelle betingelser danner rammen om sygehussocialrådgivernes praksis og samtidig skaber rum for forskellige måder at anskue opgaven på. Med inspiration fra Bourdieus sammentænkning af struktur- og aktørperspektivet (Bourdieu 1996; 2005), kan man tale om socialarbejderens betingede handlerum (Caswell 2005: 70-72). På baggrund heraf ses sygehussocialrådgivernes strategier som betingede af organisatoriske og kontekstuelle begrænsninger i form af institutionel arbejdsdeling, placeringen i en sekundær institutionel sfære, nemlig det medicinske felt og NPM-inspirerede styringsformer som opblandes med personlige præferencer og ønsker for patienterne. Sygehussocialrådgiverne opfattes her, som havende en 'professionshabitus' (Caswell 2005: 77; Højbjerg 2012). Professionshabitusbegrebet lægger fokus på det kollektive og transindividuelle perspektiv. Et perspektiv som betoner socialarbejderens dispositioner eller indlagrede handlingstendenser, der blandt andet er konstrueret gennem erfaringer og strukturelle betingelser, og som til stadighed udvikles gennem påvirkninger og nye erfaringer (Caswell 2005: 158). De individuelle træk, der stammer fra agenternes primære erfaringer er i mindre grad betonet.

Sygehussocialrådgivernes hovedopgaver kan beskrives som at agere i sammenhænge, hvor det sociale og det medicinske felts logikker brydes. Disse af og til modsætningsfyldte arbejdsbetingelser er kendetegnende for socialrådgiveres arbejdsbetingelser på hospitaler. Lipsky taler i relation til professionelle om, at netop de fælles arbejdsbetingelser, er afgørende for, hvordan 'frontlinjearbejdere'² udvikler forskellige 'copingstrategier' for at magte arbejdet. Der kan være tale om at begrænse tilgangen til eller efterspørgslen efter services, at rationere sine services, (dvs. at administrere dem ulige), at tage kontrollen over klienten eller at automatisere servicen eller kategoriseringen af klienter (Lipsky 2010: 81-151). Lipsky er blevet kritiseret for et pessimistisk syn på frontlinjens praksis. Han anklages for udelukkende at se praksis som et udtryk for interesser, der har mere at

gøre med de professionelles egen overlevelse end med klienternes behov. Lipsky kan dog forstås mindre negativt (Winter og Nielsen 2008: 128) og mere konstruktivt (Caswell 2005: 87) og Lipsky understreger selv vigtigheden af at understøtte de professionelles bestræbelser på at opretholde høje standarder og modarbejde rutinisering (Lipsky 2010). Lipskys begreber bruges til at analysere, hvorledes sygehussocialrådgiverne udfylder deres betingede handlerum i praksis.

Empiri og metode

Den foreliggende artikel er et af resultaterne af et såkaldt kundskabsprojekt, som er en del af forskningssamarbejdet Phlegethon. Der er tale om et norsk-dansk forskningsarbejde med fokus på samtidige transformationer af staten, professioner, klienter, organisationer og kundskaber. Disse transformationer studeres i forhold til rehabilitering i et samarbejde mellem syv institutioner og 25 forskere i Norge og Danmark. Der er, i det indledende stadie, foretaget 15 fokusgruppeinterviews med repræsentanter for velfærdsprofessioner i Danmark og Norge.³ Informanterne er udvalgt ud fra et ønske om at dække et bredt spektrum af praksiskontekster, der spiller en rolle i rehabiliteringsfeltet og kommer derfor fra forskellige institutionelle sammenhænge. Denne artikel bygger på fokusgruppeinterviews med sygehussocialrådgivere i København samt studier af relevante dokumenter. På baggrund af udviklede interviewguides er der foretaget 2 interviews med 3 sygehussocialrådgivere i hver gruppe. Der blev stillet spørgsmål til informanternes uddannelse og erhvervsmæssige baggrund (antal års erhvervserfaring, uddannelse/kurser). På baggrund af informanternes beskrivelser af typiske og afvigende praksissituationer fra 'sidste arbejdsdag' blev der spurgt til patientens/klientens situation (alder, køn, klasse/etnicitet og særlige forhold) og vedkommendes kundskaber og interesser, herunder hvordan vedkommende selv deltog og var virksom med krav og ønsker (aktiv/passiv, ekspertpatient/afventende). Desuden var der fokus på organisatoriske forhold og styringsformer, informantens egen forberedelse og deltagelse i praksissituationen, herunder i forhold til deltagelse, typer af kundskaber (livshistoriske erfaringer, professionelle erfaringer, instrukser/manualer, evidensbaseret viden), samt ikke mindst om samspil og modspil mellem kundskabsformer, faglige idealer, faglig praksis og patientbehov. I denne artikel fremhæves særligt typer af spændinger relateret til medicinsk felt og socialt felt, socialrådgiverpositionen og dens autonomi samt omkring styringsformer og logikker. Der er foretaget 2 interviews med 3 sygehussocialrådgivere i hver gruppe. Informanterne er udvalgt, så de dækker de fleste større sygehuse i Region Hovedstaden og repræsenterer samtidig en spredning i forhold til afdelingstyper og specialer. Interviewene er foretaget i et mødelokale på Socialrådgiveruddannelsen. Interviewene blev udført af to forskere, optaget på bånd og udskrevet in extenso.

På nåde i systemet – arbejdsdelingen mellem regioner og kommuner

For socialrådgivere på hospitalerne er det en særlig udfordring at manøvrere mellem hensynet til kommunale og regionale aktører. Arbejdsdeling mellem regioner

og kommuner er inspireret af NPM og fastsat i lovgivningen. Den implicerer en skarp arbejdsdeling og en incitamentsstruktur, som henholdsvis straffer og belønner aktørerne. Hospitalerne mister indtjening, hvis patienter ikke effektivt behandles og udskrives, og der kan kun forlanges betaling for ydelser, som de professionelle er forpligtet til ifølge de sundhedsaftaler, som er indgået med kommunerne. Sygehusocialrådgivernes ydelser er, som tidligere anført, ikke omtalt i sundhedsaftalerne, men der lægges implicit et pres på socialrådgiverne for at medvirke til gennemførelse af behandlingerne på en effektiv måde. Den sociale del af rehabiliteringen forventes fuldt og helt varetaget af kommunen, men tilsyneladende sker det ikke altid i praksis. En socialrådgiver fortæller:

Så skal kommunerne tage over med rehabilitering, og det gør de jo også med genoptræning, men den sociale del er fuldstændig væk. Det er lige som om, at problemet ikke eksisterer. Vi ser det jo, fordi vi møder patienterne, men i virkeligheden er vores eget system ikke for, at vi skal gøre en hel masse. De siger jo at: 'I skal jo ikke gøre socialforvaltningens arbejde'. Så et eller andet sted kan man også godt føle, at man er lidt på nåde i systemet.

I og med at socialrådgivernes arbejde ikke er en del af sundhedsaftalen og derfor ikke afregnes via DRG-takster, opfattes deres indsats som 'en ekstra service', som en af informanterne udtrykker det, eller som hospitalet uvedkommende:

Altså, hvis du tager økonomi-brillerne på, så hører vi jo slet ikke hjemme. For det er jo for hospitalsvæsenet hamrende uvedkommende, om patienten får betalt sin husleje. Det er jo ikke hospitalets problem. Det er sådan noget, jeg tænker, når jeg er i mit onde lune.

De økonomiske styringsredskaber og arbejdsdelingen mellem kommune og region kan på den måde komme til at stå i vejen for det helhedsorienterede blik på patienten og i værste fald føre til unødvendig ubehag og til dyre genindlæggelser. Dette vises fx i et studie af hvordan NPM og den særlige økonomiske rationalitet bliver styrende for behandling, sygepleje og patientens kår i en norsk kontekst (Brænd 2014).

Sygehusocialrådgiverne er desuden i en situation, hvor de ikke har myndighedsrollen i forhold til patienterne. De har ikke kompetencen til at kategorisere og bevilge midler til forsørgelse eller anden indsats borgerne har behov for. Ansvar og kompetence ligger i kommunerne, som altså har det, som Hasenfeld kalder den menneskebehandlende funktion (Hasenfeld 1983: 5). Det betyder, at sygehusocialrådgivere, som har den menneskeopretholdende funktion (Ibid.), bliver afhængige af sagsbehandleren i kommunen i situationer, hvor der skal træffes afgørelser.

Sidst han kom ind i februar, der havde han ikke fået betalt sin husleje, og det

var han meget bekymret for, og han kom så ind få at blive afruset. Det talte jeg med ham om, fik fat i sagsbehandleren osv., og hun lovede at tage over, fordi jeg tænkte, nå, men det er jo socialforvaltningen, der her skal tage over. Så kommer han ind igen, nu her før weekenden, og jeg møder ham så her mandag – her i går – og så viser det sig, at der ikke er sket noget i den huslejesag, og jeg kan sådan mærke lidt selv, at jeg skulle nok lige have tjekket det her...

Eksemplet viser hvor afhængig sygehussocialrådgiveren er af samarbejdet med kommunen og den frustration det kan give anledning til, når der ikke følges op. Det fremgår af materialet, at sygehussocialrådgiverne ofte kommer til at spille en rolle som koordinator af processer, som egentlig er kommunernes ansvar. Det gælder både i relation til at presse på for at sagsbehandlingen i det hele taget finder sted og i forhold til at sikre samarbejdet mellem specialiserede afdelinger i kommunerne og samarbejde mellem kommunerne og andre aktører, fx forsikringsselskaber eller Udbetaling Danmark.⁴

Det socialfaglige skøn på udebane – strategier i en underordnet position i et medicinsk felt

Sygehussocialrådgivernes autoritet svækkes af, at de er ansat på et sygehus hvor logikker i det medicinske felt er fremherskende og dominerende. En professions muligheder for at udøve faglig autoritet og forfølge interesser er størst i professions primære sfære. Her er den på faglig hjemmebane og refererer ubesværet til eget vidensgrundlag, egne rationaler og traditioner. Omvendt forholder det sig i en professions sekundære sfære. Her er den underlagt et regime, eller i Bourdieusk forstand, felt, hvor kapitalfordelingen definerer de dominerende positioner. I sygehusfeltets optik er patienten måske færdigbehandlet og skal udskrives, mens socialrådgiverens faglige vurdering ikke er gangbar kapital i feltet:

Der må jeg sige, at jeg har efterhånden, for jeg har haft rigtig rigtigt svært ved at tackle de her situationer. Med hvad man gør, når man synes, det er så synd for denne her patient, at man – vi – ikke kan give et ordentligt tilbud. Det har jeg haft det rigtig, rigtigt skidt med, og når jeg så bliver, nu billedligt talt, truet med, at vi udskriver patienten, så bliver jeg selvfølgelig ked af det.....og så må jeg sige 'nårh nej, hvem er det nu lige, der har ansvaret for udskrivinger og indskrivinger her på hospitalet', så der hjælper det mig gevaldigt, at jeg har lært at sige: 'hvis I virkelig synes, at det er lægeligt og plejemæssigt forsvarligt', fordi så synes jeg, at jeg har løftet problemet lidt væk fra mig selv.

Informanten anerkender og understreger det forhold, at hendes profession er 'på udebane', at hun praktiserer i en for professionen sekundær sfære og beskytter på den måde sig selv mod en følelse af ikke at kunne honorere eget professionsetos om at arbejde for klientens bedste. Sygehussocialrådgiverne vender ofte tilbage til det forhold, at patienter udskrives, før der er kontrol over den situation, de vender

hjem til. Det kan være en lejlighed, der trænger til en hovedrengøring, hjælpemidler der ikke er på plads, forsørgelsesgrundlaget der ikke er afklaret eller lignende. I den situation kan en udvej være at få fat i 'den rigtige læge'. En informant fortæller:

Men vi er jo alle sammen underlagt den der med, at det skal gå stærkt, og vi skal nogle gange overveje, okay, hvad er det for en læge, vi skal have fat i, hvis vi skal forlænge denne her indlæggelse nogle dage. Fordi vi kan se, at vi kan måske lægge en plan, der hedder, at om tre dage kan vi få patienten ud. Men så gælder det om at få fat i den læge, som vi ved, der kan være med på det, og som kan skrive i journalen. Og det er lidt anstrengende, fordi pludselig bliver det ens personlige ansvar, at den patient får en god behandling.

Fordi socialrådgiveren er placeret i et felt, hvor det sundhedsfaglige personales kapitalformer er gangbare og dominerende, må socialrådgiveren alliere sig med en læge, som har forståelse for vigtigheden af den sociale indsats i rehabiliteringen. En læge som har magt og vilje til at forlænge en patients indlæggelse på social indikation, selv om vedkommende ud fra en rent lægefaglig betragtning er færdigbehandlet og ud fra en økonomisk betragtning er en dårlig forretning for sygehuset. Sygehussocialrådgiverne praktiserer som del af et medicinsk felt, hvor en menneskeforændrende organisation har til formål at flytte mennesker fra kategorien syg til kategorien rask. Her har medicinsk kapital forrang, dvs. at beherske en medicinsk sprogbrug, og at håndtere den syge patient gennem medicinske klassifikationer og logikker. Her indgår det sociale, herunder fx forhold omkring patientens bolig og økonomi ikke som centrale. Socialrådgiveren er således lavt eller perifert positioneret, og strategierne er baseret på en kropslig bevidsthed om de dominerende kapitalformer.

Faglighed mellem fornuft og følelse – strategier ud fra begrænsede ressourcer i en position med relativ stor autonomi

Sundhedssektoren er, ligesom resten af de velfærdsstatslige institutioner, præget af et krav om omkostningseffektivitet. Det har, som nævnt, betydet at antallet af sygehussocialrådgivere er faldet støt over en årrække, og eftersom forventningerne ikke er væsentligt ændret, er der derfor begrænsede ressourcer til at løse opgaverne. I denne særlige position taler Lipsky om copingstrategier, dvs. at frontlinjearbejdere forsøger at gøre et godt arbejde på en eller anden måde på trods af de indskrænkede handlemuligheder: "...How is the job to be accomplished with inadequate resources, few controls, indeterminate objectives and discouraging circumstances?" (Lipsky 2010: 81). Sygehussocialrådgivernes arbejde er ikke underlagt den samme kontrol og registrering som fx sygeplejerskernes (Larsen m.fl. 2015) eller den metodestyrt, som ellers har fået et stort gennemslag på det sociale område (Guldager & Skytte 2013). En enkelt informant fortæller, at hun skal nå et bestemt antal sager om dagen, men følgende udsagn er mere typisk:

... vi er sådan nogle underlige fritsvævende nogle, så den eneste måde, det bliver hos os, det er, at vi registrerer, når det er, vi har patientkontakt, og det er sådan set det, vi gør og ellers – vi disponerer over vores tid selv. Fuldstændigt.

Socialrådgiverne oplever altså relativ stor autonomi og kan derfor i høj grad selv prioritere med hensyn til karakter og omfang af indsats imellem de klienter, der bliver henvist af sundhedspersonalet, og dem der selv eller hvis pårørende henvender sig.

Materialet viser, at sygehussocialrådgiverne udtrykker frustrationer over, at de pga. begrænsede ressourcer ikke kan yde den service, de ud fra deres professionelle etos finder nødvendig. En socialrådgiver fortæller:

Jeg ved og kan stå inde for den service, den enkelte patient og den pårørende får, den er der ikke noget galt med. Men fx er der hele det infektionsmedicinske område, som jeg godt ved, at der må være et kæmpe behov for en socialrådgiver, fordi mange af dem, tænker jeg, er socialt belastede og har været i systemet i rigtig mange år. Men jeg opsøger det simpelthen ikke, for jeg kan ikke honorere det behov, der er ...

Informanten må se bort fra visse klienter og deres behov, selvom hun ved, de er til stede, fordi hun ikke har ressourcer til at imødekomme disse behov og derfor simpelthen ikke opsøger bestemte afdelinger. Hun rationerer i stedet for sine ydelser (Lipsky 2010: 87 ff.). En anden informant fortæller, hvordan hun forsøger at afslutte sager og overlade patienten til kommunen, sådan som systemet tilsiger, men der er en tydelig ambivalens og frustration i udsagnet:

Ja, jeg vil sige at, i princippet, er de jo, lige præcis de her patienter, når de flytter videre fra vores afdeling til yderligere genoptræning, så er de jo i princippet færdige hos os. Det kan man sige, det er jo også det klogeste for socialrådgiverne, fordi man kan jo blive ved, fordi folk bliver ved med at have problemer... Men ellers prøver jeg på at få dem afsluttet, hvis jeg kan, eller give det videre. Men det kan være rigtig svært med nogle af dem, fordi de jo netop har en tillid til systemet. Men ellers er det jo sådan, at man vil prøve på at få dem afsluttet og jeg kan ikke have så mange, som hænger i systemet.

En af de strategier, Lipsky omtaler i forbindelse med frontarbejderes coping, er 'creaming'. 'Creaming' finder sted når frontarbejdere vælger at prioritere klienter, som de har større sandsynlighed for at lykkes med, højere end klienter, hvor indsatsen har ringere udsigt til at lykkes. Dette fænomen er velkendt fx indenfor socialt arbejde på beskæftigelsesområdet og er på mange måder en logisk følge af forskellige former for resultatstyring (Bredgaard og Larsen 2006). Eksempler på 'creaming' er ikke særlig fremtrædende i vores empiri fra sygehussocialrådgiver-

nes praksis, måske på grund af den relativt store autonomi og mangel på egentlig kontrol.

Informanternes fortællinger giver dog også et billede af, at sygehussocialrådgiverne føler større glæde ved at samarbejde med nogle klienter frem for andre. Karakteristisk er denne udtalelse:

Fordi opfølgning, det er altså en by i Rusland, når du først er udskrevet, hvis du har været i mine hænder. Fordi, jeg har ikke tid. Simpelthen. Det sker selvfølgelig, at jeg får nogle historier, som gør, at jeg ikke kan se mig selv i spejlet, hvis ikke jeg tager mig af sagen. Fordi sådan er det altså, ens sociale hjerte banker jo.

Det ”sociale hjerte” forstås her som referende til et professionsetos med elementer af kald og et personligt følelsesmæssigt engagement. Det forhold, at kommunerne ikke altid lever op til deres forpligtelser i forhold til at overtage sagerne, når patienterne bliver udskrevet eller lever op til vejledningsforpligtelsen overfor patienternes familier, kombineret med de begrænsede ressourcer socialrådgiverne har til rådighed, betyder, at det ofte er følelser, der afgør, hvilke patienter der bliver taget ekstra hånd om. Nedenfor er en socialrådgiver opmærksom på en patients døtres situation:

...Og jeg tænkte bare ’nej, de der stakkels piger’ – de var i starten af tyverne, og så gik jeg jo meget ind i det også for at beskytte dem, og så fik jeg hendes lejlighed gjort rent, og så fandt vi så ud af, at nåh, men nu var hendes formue under de der – hun havde en kapitalpension, så den talte ikke med de første seks måneder – og nu var hendes formue under de der 10.000, så nu måtte jeg hjælpe hende med at søge kontanthjælp og hjælpe hende med at søge boligstøtte...

Her er det angiveligt et ønske om at beskytte patientens døtre mod at skulle løfte et, efter informantens opfattelse, for stort ansvar for deres mor, der bliver anledning til, at hun gør et stort arbejde for at få løst problemerne i offentligt regi. Andre gange er der mere tale om, at indignation over oplevelsen af en utilstrækkelig kommunal indsats bliver anledningen. En anden informant fortæller:

...Umiddelbart derefter – det her sker den ene uge, den næste uge skal han så op og tale med kommunen og kommer tilbage meget, meget ked af det og synes, han har fået en rigtig dårlig behandling, og jeg tænker sådan lidt ligesom dig, at ’ved du hvad, jeg tager med dig næste gang’, og vi laver en ny aftale, og vi tager ud til kommunen, det er så X kommune, og jeg har... det er lang tid siden, jeg har set så ond en behandling. Altså, jeg var virkelig rystet...

Socialrådgiverne skal i princippet og især efter udskrivelsen overlade varetagelsen

af patienternes sociale forhold til kommunen, når der er tale om tildeling af ydelser eller services, fordi kommunen har myndighedsansvaret og det fulde ansvar for hele borgerens situation, når denne er udskrevet. Sygehusocialrådgiverne ser sig af samvittighedsmæssige årsager nødsaget til at varetage opgaver, der ikke er inden for deres virke, fordi det kommunale system svigter, og desuden fordi specialiseringen i kommunerne gør det endog overordentlig vanskeligt for borgerne selv at overskue deres pligter og rettigheder. I en situation hvor ressourcerne er begrænsede, betyder det, at det ikke nødvendigvis er en strengt faglig vurdering af, hvor behovet er størst, der kommer til at afgøre, hvem der får hjælp, men nærmere i hvor høj grad den enkelte socialrådgiver selv lader sig påvirke følelsesmæssigt af den enkelte patient. Dilemmaer løses således på baggrund af faglige og personlige vurderinger, som ikke altid er i overensstemmelse med de politiske prioriteringer og lighedsgrundsætningen (Winter & Nielsen 2008: 110).

Socialrådgiverne er, som det fremgår, positioneret i et medicinsk felt med særlige præmisser for, hvad der opfattes vigtigt og centralt, samt hvad der ikke gør det. Der er på hvert hospital kun ansat ganske få socialrådgivere, hvilket udgør en spændetrøje, men de har alligevel et vist råderum. Når det ”sociale hjerte” banker hos aktørerne, og der er få aktører og det sociale er marginalt i feltet, så levnes der dog en vis plads til at iværksætte initiativer fx overfor patienter (at have særlig empati og opmærksomhed for nogle og fortrænge andre) eller overfor læger (at vælge nogle ud, der kan overbevises).

Om at holde hovedet koldt – når rammevilkårene naturliggøres

Sygehusocialrådgiverne vender ofte tilbage til helhedssynet, som opfattes som et væsentligt pejlemærke for deres professionelle praksis, men giver også udtryk for at denne tilgang er under pres.

Det kan godt være at vi ikke har den luksus om ti år, men indtil videre har vi jo den luksus, at vi kan tage vores helhedssyn indover de mennesker, vi møder. Det ... er at man skal tage udgangspunkt i hvor patienten er. Det kan godt være at det ikke er systemet, hospitalets eller kommunens behov, at man er nødt til at acceptere, at patienten er der, hvor patienten er, og ikke et helt andet sted, men patienten er der, hvor patienten er (griner), og det bliver man ligesom nødt til at tage udgangspunkt i, fordi man kan jo ikke få et samarbejde med vedkommende ellers.

Informanterne har en lang erfaring med socialt arbejde i hospitalet og deres professionshabitus er, for de flestes vedkommende, udviklet under andre rammer end de nuværende. Positionen i den institutionelle sammenhæng afgøres af mange forhold i og udenfor feltet. Desuden spiller det ind, at antallet af sygehusocialrådgivere er faldet, hvilket har betydning for deres gennemslagskraft:

Det handler om det organisatoriske i det, fordi gruppen er så lille. Nu ved jeg jo

heller ikke hvordan, altså, da jeg var på X hospital – en rimelig stor socialrådgivergruppe, som faktisk også var rigtig respekteret, da var der et helt andet samspil med afdelingerne og med ledelsen og med ... socialrådgiverafdelingen. Men det er klart, at det er ikke særlig nemt, når man kun er en enkelt person. Så er man jo en lille bitte faggruppe, som på mange måder virker ikke-vigtig i sygehusvæsenet.

Sygehusocialrådgiverne giver generelt udtryk for, at deres udgangspunkt i mødet med klienterne er det enkelte menneskes særegenhed og særlige situation – set i et helhedsperspektiv – og der lægges vægt på eget professionelt ansvar som udslagsgivende for at træde til, når der er behov for det. Men fordi socialrådgiverne er blevet færre, har de mindre føling med patienterne, og de er afhængige af, at sundhedspersonalet sørger for at henvise de patienter, der har brug for det. Derfor opleves der et behov for et kategoriseringssystem, der sikrer patienter, der har behov for socialrådgivernes bistand:

Det er jo også sådan som ... at jeg betjener et ret stort område, så vi snakker rigtig meget om, hvordan kan vi lave den rigtige visitering og kan vi sætte folk ind i nogle kasser, som vi gør i resten af samfundet. Det er jo rigtig svært, men det er sådan, at det er primært lærerne og sygeplejerskerne som henviser.

Der er i materialet en gennemgående kritik af de korte indlæggelser, som ofte gør den tid, socialrådgiverne har, til afklaring af patientens situation og etablering af samarbejde med andre aktører omkring patienten ved udskrivelse kortere. Der er dog enkelte udsagn, som peger på, at man accepterer et faldende serviceniveau:

Men man kan måske nok sige, at det er indlæggelserne er blevet kortere, på en måde er det jo ikke kun skidt. Selvfølgelig er det godt for patienten, at de ikke skal være indlagt i så lang tid, men det skærper jo også lidt ens egen – det er jo ikke sådan, at vi er fuldstændig (utydeligt) altså det er jo det her med at holde hjertet varmt og hovedet koldt, selvfølgelig skal man jo heller ikke hoppe ombord i hvad som helst. Der er jo også noget hvor man må sige 'det må patienterne selv finde ud af'. Hvis de har pårørende, så er det altså de pårørende, der skal gøre det.

Sygehusocialrådgiverne, som deltog i den empiriske undersøgelse, har været formet under andre vilkår end de nuværende. De erfarer en diskrepans mellem hvad der tidligere kunne og skulle udføres som fagligt arbejde og så de mulighedsbetingelser, der er virksomme aktuelt. På den ene side har hospitalet, som del af det medicinske felt, skærpet sine aktiviteter og fokusering på det medicinske, sygdomsbehandlingsmæssige – i dette tilfælde på bekostning af socialfaglige logikker rettet mod andre dele af patienternes levede liv (sociale ydelser, rettigheder og pligter, boligforhold m.v.). På den anden side er den internaliserede professi-

onsetos stadig virksom i sygehussocialrådgivernes måde at orientere sig på i det faglige arbejde. Dette sammenstød mellem de (ændrede) ydre mulighedsbetingelser i den organisatoriske struktur som del af det medicinske felt – og de internaliserede (mere stabile) indre mulighedsbetingelser (habitus) – giver anledning til både frustration, bekymring og afmagt, men også til nye måder at anlægge strategier og fokuseringer på.

Opsummerende

Artiklen baserer sig på empirisk-teoretiske analyser og viser at sygehussocialrådgiveren er i den situation, at hun eller han ingen myndighedsrolle har, men er henvist til at være bindeled mellem patienter, de kommunale sagsbehandlere og andre aktører, der har kompetence til at tildele ydelser og services. I en større samfundsmæssig sammenhæng undergår ikke mindst offentlige institutioner store forandringer af styring og regulering fx italesat gennem begreber som konkurrencestaten og NPM, samt gennem ændrede videnskrav til det faglige arbejde (evidensbaseret praksis). Undersøgelsen viser, at mange sygehussocialrådgivere, pga. deres status som en slags 'ekstra service', ikke i så høj grad som fx sygeplejersker er underlagt regler, standarder og dokumentationskrav. Disse rammevilkår betyder, at sygehussocialrådgiverne på den ene side har en relativt stor faglig autonomi, men samtidig udøver deres praksis i en sektor, hvor deres indsats ikke – og i stadig mindre grad – ses som en integreret del af sektorens ydelser, og hvor ressourcerne er begrænsede. Det kan også beskrives sådan, at socialrådgivere er positioneret og virksomme i et medicinsk felt, hvor medicinske begreber, klassifikationer og logikker er stadig mere fremherskende. Man kan sige at det medicinske felt, gennem de sidste 20-30 år, er blevet stadig mere medicinsk, og samtidig mindre socialt fx i forhold til det socialfaglige arbejde. Her er patienters sociale, bolig-mæssige og økonomiske situation perifer for det medicinske blik. Denne position, at skulle varetage forhold omkring sociale problemer på baggrund af social lovgivning m.v., er kompliceret og modsætningsfyldt, og den fører til dilemmaer. Socialrådgivernes praktiske løsninger tager udgangspunkt i både de indlejrede handlingstendenser, baseret på inkorporerede faglige dispositioner for at handle på vegne af de trængende; men også i den enkeltes umiddelbare personlige følelses-mæssige reaktioner som aktiveres gennem "et bankende socialt hjerte".

Ulla Søbjerg Nielsen, Cand. merc.int., Master i læreprocesser, lektor, Institut for Socialt arbejde, Professionshøjskolen Metropol; Karin Højbjerg, Phd., lektor, Institut for læring og filosofi, AAU; Niels Sandholm Larsen, Phd., Lektor, Institut for sygepleje, Professionshøjskolen Metropol; Kristian Larsen, Professor, Institut for læring og filosofi, AAU

Noter

- ¹ Diagnose Relaterede Grupper (DRG) vedrører omkostninger for en diagnoserelateret gruppe og udtrykker det relative ressourceforbrug for den pågældende patientgruppe (Helsedirektoratet 2011).

- ² Lipsky anvender den engelske term Street-Level Bureaucrats om medarbejdere i offentlig service, så som skoler, politiet og socialvæsenet, der interagerer direkte med borgerne.
- ³ I Danmark: 3 grupper jordemødre, 2 grupper sygeplejersker, 2 grupper sygehussocialrådgivere, 1 gruppe fysioterapeuter. I Norge: 3 grupper fysioterapeuter, 2 grupper sygeplejersker og en gruppe socialrådgivere.
- ⁴ Udbetaling Danmark er en offentlig myndighed, der har ansvaret for udbetaling af en række offentlige ydelser.

Referencer

- Andersen, L. 1999. *Facader og facetter. Modernisering og læreprocesser i socialpædagogik og forvaltning*. Roskilde: Roskilde Universitetsforlag.
- Arbejderen 2010. Mod al fornuft at fyre hospitalssocialrådgivere. 3. marts.
- Bourdieu, P. 2005. *Udkast til en praksisteori*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bourdieu, P. og L.J.D. Waquant 1996. *Refleksiv sociologi*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bredgaard, T. og F. Larsen 2006. *Udliseringen af beskæftigelsespolitikken: Australien, Holland og Danmark: Markedets usynlige eller statens synlige hånd?* København: Jurist- og Økonomforbundet.
- Brænd, J.A. 2014. *Nær penger og pasienter: Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften*. Thesis.
- Caswell, D. 2005. *Handlemuligheder i socialt arbejde*. Roskilde: Institut for samfundsvidenskab og erhvervsøkonomi, RUC
- Danske Regioner. 2012. *Det hele sundhedsvæsen - regionernes vision for et helt og sammenhængende sundhedsvæsen*.
www.regioner.dk/~/.//Det%20hele%20sundhedsvaesen_marts2012.ashx
- Dansk Socialrådgiverforening. 1990. *Brobyggerne*.
- Dansk Socialrådgiverforening og Danske Regioner. 2012. *Sygehussocialrådgiverne – faglighed, virke og indsats*.
http://www.google.dk/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CB8QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.socialraadgiverne.dk%2FFiles%2FFiler%2FPublikationer%2FRapporter%2F2012-06-Sygehussocialr%25C3%25A5dgiverne-faglighed-virke-indsats.pdf&ei=SFO-VK3xIYn8UpTSg6gN&usg=AFQjCNEsnJKSINK7AcS5Cx0WcEfuYi_vZg&bvm=bv.83829542,d.d24
- Friedson, E. 2004. *Professionalism –The Third Logic*. Cambridge: Polity. [2001]
- Guldager, J. og M. Skytte. 2013. Aktuelle fællestræk og udfordringer for socialt arbejde. I *Socialt arbejde – teorier og perspektiver*, red. J. Guldager og M. Skytte.

- Hasenfeld, Y. 1983. *Human Service Organizations*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall.
- Helsedirektoratet. (2011). DRG-ordliste. Helsedirektoratet. Forsiden, Finansiering og helseøkonomi. DRG-systemet 'Ordliste' DRG-ordliste:
<http://www.helsedirektoratet.no/finansiering/drg/ordliste/Sider/default.aspx>,
 10.8.2013
- Hjort, K. 2005. *Professionalisering i den offentlige sektor*. Frederiksberg: Roskilde Universitets Forlag.
- Hjort, K. og S. Engel 2006. *Internationalisering og professionalisering*, Viden om pædagoger 3.
- Højbjerg, K. 2012. Pierre Bourdieus praktikteori udlagt gennem eksempler fra forskning i professionalisering af undervisningspraksis. I *Refleksiv praksis: Forskning i forandring*. 1 udg, vol. 1, red. A. Bilfeldt, J. Bloch-Poulsen, T. Børsen, M. Gammelby, K. Højbjerg og A. Juel Jacobsen, 44-67. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Højbjerg, K. 2014. Students' Performative Strategies in the Practical part of Nursing Education: An International Collection of Ethnographic research on Learners Experiences. I red. ARJGB Bob Jeffrey *Performativity in Education: An international Collection of Ethnographic research on learners' experiences*. Gloucestershire: E & E Publishing,
- Johansen, H. 2013. Profession og socialt arbejde. I *Socialrådgivning og socialt arbejde*, red. R. Porsborg, H. Nørrelykke og H. Antczak, 45-77. København: Hans Reitzel
- Klausen, K. K. 2001. *Skulle det være noget særligt – organisation og ledelse i det offentlige*. København: Børsen.
- Kragh, A. Ministeriet for sundhed og forebyggelse
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Kommunale_sundhedsopgaver/2013/Juni/Kommuneaftale-styrker-behandlingen-af-kronikkere-og-aeldre-medicinske-patienter.aspx
- Larsen, F., N. Abildgaard og T. Bredgaard 2010. *Kommunal aktivering - mellem disciplinering og integration*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.
- Larsen, K. 2009, Hospitalet mellem stabilitet og forandring: sociologiske og historiske perspektiver. i *Akut, kritisk og kompleks sygepleje: samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver*, red. M. Holen & B. Winther, s. 89-113. København: Munksgård.
- Larsen, K. 2013. Social position i rum, krop og identitet. En sociologisk analyse af sygeplejens position i medicinsk felt med fokus på hvorfor det kan være let eller svært at give injektioner. I *Nødvendige omveier. En vitenskapelig antologi til Kari Martinsens 70-årsdag*, red. H. Alvsvåg, Å. Bergland og O. Førland.
- Larsen, N.S.; Nielsen, U. S; og Nielsen, I. H. 2015. *Mellem bureaukrati og profession – et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer*

- med hospitalsarbejde* Forthcomming. Praktiske Grunde. Tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab.
- Lipsky, M. 2010. *Street Level Bureaucracy*. New York: Russell Sage Foundation
- Nørrelykke, H. 2013. Socialrådgiverfagets opståen og udvikling. I *Socialrådgivning og socialt arbejde*, red. R.Porsborg, H. Nørrelykke og H. Antczak, 11-45. København: Hans Reitzel
- Petersen, K. A. 1997. *Sygeplejevidenskab - myte eller virkelighed? Om genese og struktur af feltet af akademiske uddannelser og forskning i sygepleje i Danmark. Ph.d. afhandling*. Aarhus: Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet.
- Petersen, O. K. 2011. *Konkurrencestaten*. København: Hans Reitzel.
- Politiken* 2003. Sygehuse fyrer socialrådgivere. 22. maj.
- Schrøder, I. og J. Bangshaab. 2012. Dilemmaer og spændingsfelter i rehabilitering. I *Sociologi og Rehabilitering*, red. I. Schrøder og K. Schultz Petersen, 289-312, København:Munksgaard.
- Thorning, J. 2004. *Det stille sporskifte i velfærdsstaten*. Århus: Århus Universitetsforlag.
- Winter, S.C. & V.L. Nielsen. 2008. *Implementering af politik*. Århus: Academica
- Worning, A. 2002. 75 års socialpolitik set gennem Socialrådgiverforeningens briller, *Uden for nummer* 4:1-14.

Dansk sygeplejeforskning i det 21. århundrede

En undersøgelse af mønstre i videnskabelige artikler fra
databasen CINAHL i en dekade

Helle Mathar & Kristian Larsen

Danish nursing research in the 21st century: A study of patterns in scientific articles from the database CINAHL in a decade.

The purpose of this study is to contribute knowledge about whether nursing as scientific practice has developed a relative autonomy and what characterizes the texts produced by inquiring nurses in the new millennium. The data material was achieved after a literature search for scientific articles, written by or with PhD nurses. Method: The empirical material is analysed on the basis of an ongoing abductive and reflective analysis. Findings: The data material comprises 160 articles published in 68 different journals. The following characteristics can be construed from the material: Nurses research the experiences of patients, citizens and relatives. Nurses research nurses. The results of nursing research are primarily descriptive and exploratory. Nursing research has developed further especially in quantity (research environments, researchers and articles). Still it is not the case of an autonomous field as it does not clearly distinguish itself from concepts, classifications and logics in a medical or administrative field.

Keywords: Bourdieu, nursing research field, literature search, research types, autonomy, PhD nurses.

Begrebet viden er blevet et mantra. Alle taler om viden. Sproglige nydannelser som videnssamfund, videnscentre, vidensdeling indgår i mange sammenhænge. Mange er enige om, at viden er løsningen på mange af vores samfunds udfordringer. Der skal viden til vækst og viden til velfærd. Fremtiden hævdes at være et videnssamfund. Videnskabelig viden produceres gennem forskningsprocesser i mange forskellige institutioner fx i universitetsmiljøerne, men erhvervslivet og offentlige myndigheder har også forskere ansat, der producerer videnskabelig viden (Langergaard, Barlebo Rasmussen & Sørensen 2006). Sociologen Robert Merton opstillede en række normer eller kardinaldyder for videnskabeligt arbejde, som han kaldte: *communism*, *universalism*, *disinterestedness* og *organized scepticism*. Communism angiver fællesskabets ejendomsret til videnskabens resultater, viden om naturen, mennesker og samfund. Universalism betyder, at pålidelighe-

den af videnskaben skal vurderes ud fra fælles alment accepterede og intersubjektive metoder og regler. Den tredje norm *disinterestedness* (upartiskhed) betyder, at videnskaben skal være uafhængig af private og politiske interesser. Den sidste norm kaldte Merton for *organized scepticism*, som er en form for kritisk dialog forskere har med hinanden, kritisk evaluering af data, metode, analyse og resultater. Fagfællebedømmelse (peer review) af udkast til artikler, som forskere sender ind til et tidsskrift, og ph.d.-forsvar vil typisk være udtryk for *organized scepticism*. Det betyder, at fagfæller bedømmer artikler på en saglig (*disinterested*) og skeptisk eller kritisk måde. Så peer review er per definition både udtryk for organiseret skepsis og upartiskhed (*disinterestedness*) (Merton 1973). Videnskabeligt arbejde vurderes således normalt efter en peer review proces, en fagfællebedømmelse, hvor det videnskabelige arbejde, fx en artikel eller et kapitel i en videnskabelig antologi, kvalitetsvurderes af eksperter (referees) indenfor feltet. Det vurderes om arbejdet er originalt, om det er metodisk velfunderet, om det forholder sig til anden relevant litteratur på området, og om det er skrevet klart og forståeligt (Bjørn, Hundrup & Wagner 2008; Ministeriet for Forskning, Innovation og videregående Uddannelser). Adgang til disse videnskabelige publikationer fås bl.a. gennem søgning i databaser.

Viden indgår også som del af kampe indenfor staten og dens institutioner, samt indenfor og mellem sociale kampfelter (Bourdieu 2003). Der udspiller sig kampe i og mellem felter internationalt og nationalt, mellem dominerende positioner (agenter og institutioner) fx indenfor staten, gennem det som Bourdieu (2003; 2010) og Wacquant (2009; 2014) beskriver som strid mellem højre- (politi, retsvæsen, økonomi og fængselsvæsen) og venstrehåndsstaten (sociale tilbud, offentlig uddannelse, sundhedsvæsen m.v.). Bourdieu og Wacquant viser, hvordan højrehåndsstaten dominerer venstrehåndsstaten og dens professioner og institutioner. Disse og lignende kampe i og mellem institutioner relateret til staten er også virksomme i de videnskabelige felter fx som spørgsmål om hvem der styrer database-systemerne og kriterier der knytter sig til publicering m.v. Man ser også dominans af begreber, klassifikationer og logikker fra det økonomiske magtfelt når kulturelle felter som fx videnskaberne eller uddannelsesområderne udfordres af begreber, klassifikationer og logikker fra den økonomiske verden (Larsen og Schmidt 2014).

Formål

I denne artikel stilles skarpt på sygepleje set som den teoretiske overbygning på faget som praktik dvs. sygepleje som et videnskabeligt område eller forskningsfelt, tænkt som et socialt kampfelt i Bourdieusk mening (Bourdieu 1990; 2000). Har dette område udviklet en relativ autonomi og en egenlogik (jf. felttænkningen)? Brandt Jørgensen (2007) har gjort rede for, hvordan genese og struktur har været i relationer mellem klinisk medicin og klinisk sygepleje. Det fremgår, at medicin gennem hele perioden fra 1736 og frem til 1957 har været stærkt strukturerende for, hvordan sygepleje har formet sig som fag, praktik og uddannelse.

Samtidig artikuleres det i dag i sygeplejen, dvs. i store dele af forsknings- og uddannelsesverdenen, at man bestræber sig på udvikling af en relativ autonom sygeplejevidenskab. Som eksempler herpå søges aktuelt opbygget forskningsmiljøer ved hospitaler, professionshøjskoler og universiteter som på forskellig måde arbejder med erkendelser relateret til sygepleje. En underliggende og også eksplicit strid her udformer sig som spørgsmål om, hvorvidt forskningen skal være rettet direkte mod sygeplejen i praksis (normativt) eller sygepleje som videnskabelig disciplin (deskriptivt) (Petersen 1999) – eller om afvejningen af de to typer videnskabelighed.

Generelt indenfor sundhedsområdet fremsættes der aktuelt krav om, at praksisområderne skal være evidensbaserede, dvs. hvor fokus er udvikling af bestemte former for forskning for praksisområdet. Det beskrives at kliniske praksisområder skal være evidensbaserede frem for erfaringsbaserede. Dette ses som en stor bevægelse i de nordiske lande generelt og særligt i Norge, hvor ”kunskabsbaseret praksis” (Nortvedt et al. 2012) udgør en central reference, særligt ved institutioner som retter sig tæt til klinisk og praksisnær forskning, men ikke nødvendigvis ved forskningsmiljøer ved universiteterne hvor fx historiske, antropologiske eller filosofiske dimensioner også studeres.

På baggrund af undersøgelse og kortlægning af tekster produceret af forskende sygeplejersker, vil denne undersøgelse bidrage med viden om, hvorvidt sygepleje som videnskabelig praksis har udviklet en relativ autonomi og en egenlogik, gennem at afdække og analysere hvad det er for faglige områder (studieområder) og typer af forsknings- og videnskabelige fremgangsmåder (teori/metode/genstande/samarbejder) og publiceringsstrategier (tidsskrifter, typer af artikler), der har etableret sig som forskningsområder i det første tiår i det nye årtusinde. Det empiriske materiale fx gennem valg af kildemateriale (databasen Cinahl) giver begrænsning i dybde og bredde af at kunne svare på disse spørgsmål og viser særligt klinisk rettet forskning og i mindre eller ingen udstrækning fx historiske, antropologiske eller historiske studier relateret til sygepleje.

Tidligere forskning på området

Heyman (1995) har arbejdet med at beskrive og forklare genese og struktur af omvårdnadsforskningens udvikling i Sverige i perioden fra 1974-1991. Her indgår videnskabsanalyser af 65 afhandlinger udført af sygeplejersker der tog ph.d. grad i Sverige. Analyse af afhandlingerne viser tre distinkte grupper (Heyman 1995: 242-243): a) Ligner medicinske afhandlinger mht. form, indhold, perspektiv, teori- og metodevalg. De er kortfattede, består af 5-6 tidligere publicerede artikler og en rammebeskrivelse. b) Ligner afhandlinger fremlagt ved samfundsvidenskabelig fakultet. De er omfattende på mellem 200 og 404 sider. Objektet er et samfundsmæssigt fænomen eller begreb. Undersøgelsesmateriale er tidligere tekster og interviews. Undersøgelsesgrupperne er små, mindre end 50 personer. Referenceantallet er stort, 202-505 og varieret. c) Kendetegnes ved afhandlinger fra institutioner for omvårdnad, medicin, långvård, geriatri og som oftest fra Umeå. Det er

som gruppe af sammenlægningsafhandlinger, men mere omfattende mellem 100-200 sider og antallet af egne artikler er 7-8.

Petersen (1999) fremanalyser og konstruerer ud fra en empirisk/teoretisk undersøgelse af sygeplejerskers kandidat- og ph.d.-afhandlinger, to positioner: en videnskabelighed *for* praksis og en videnskabelighed *om* praksis. Petersen har fremanalyseret og konstrueret sit materiale i fem poler: 1: Afhandlinger der centrerer sig om teknologisk nursing. Der studeres børn og patienter. Der bruges blandede metoder og afhandlingerne er deskriptive. 2: Afhandlinger der centrerer sig om akademisk/videnskabelig faglighed. Afhandlingerne beskæftiger sig med sygepleje indenfor enkeltfaglige discipliner fx pædagogik og der bruges både kvantitative og kvalitative metoder. 3: Afhandlinger der centrerer sig om evaluering, og hvor der arbejdes problemløsende med statistik og eksperimentelle metoder. 4: Afhandlinger der centrerer sig om filosofi/metateori. Temaet er forskning, filosofi og omsorgsteori. Profilen beskrives som personificeret i Løgstrup. Afhandlingerne kommer fx fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. 5: Afhandlinger der centrerer sig om teori og metodeudvikling. Profilen beskrives som personificeret i Bourdieu. Der arbejdes empirisk funderet og teoretisk reflekteret med et forklarende sigte. Heyman og Petersen har inddraget geometrisk dataanalyse.

Bjørn, Hundrup og Wagner har i 2005 undersøgt antallet af danske ph.d. sygeplejersker og deres videnskabelige produktion. Denne undersøgelse er en kvantitativ undersøgelse der beskriver, at ud af 48 ph.d. sygeplejersker har 50 % produceret peer review'ede artikler i 2005 (2008). Afdeling for Sygeplejevidenskab opgør 21.05.2012 antallet af ph.d. sygeplejersker i Danmark til 125 (Afdeling for Sygeplejevidenskab). Det er beskrevet, at denne opgørelse må tages med forbehold, da opgørelserne kan være ufuldstændige, idet der ikke er indberetningspligt.

Larsen og Adamsen har i en undersøgelse gennemført i 2001, publiceret i 2002 og 2009, studeret sygeplejeforskningen i de nordiske lande, via inspiration af Bourdieus feltbegreb, med dokument- og institutionsanalyser (fokus på institutionernes historik, centrale teoretiske og metodiske tilgange, tænkning om relationer mellem forskning og praksis, samt studier af forskningsnetværk, ph.d. samarbejde, konferencer og tidsskrifter), herunder via individuelle semistrukturerede interviews af 10 professorer fra Norge, Sverige og Finland for bl.a. at undersøge hvilke positioner, der var virksomme i et tænkt videnskabeligt sygeplejeforskningsfelt. De fandt tre positioner: en klinisk- og anvendelsesorienteret position, en professions- og vidensorienteret position, og en teoretisk- og begrebsorienteret position. I den klinisk- og anvendelsesorienterede position formulerer praktikken problemerne, eller forskerne finder problemer som praktikken har overset. Ideelt set kan undersøgelsesresultaterne kanaliseres tilbage til klinikken og forskningen bør være brugbar for patienterne. Forskerne anvender både kvantitative og kvalitative metoder og ofte sammen med læger. Den professions- og vidensorienterede position er optaget af spørgsmålet om, hvordan klinikken udvikles. Hvordan vi kan forstå og forbedre samarbejdet mellem praktikere og forskere. Larsen og Adamsen beskriver, at indenfor denne forskningsposition er der to poler, hvor den ene

angiver, at det er praktikken der udnævner forskningsproblemerne og den anden angiver, at det er forskerens egen forskningsinteresse som styrer emneudvælgelsen. Den position, hvor det er praktikken der udnævner og definerer problematikken, er primært kvalitativt orienteret og skal kunne læses og forstås af *bedside* sygeplejersken. Den teoretisk og begrebsorienterede position er også optaget af forskningsspørgsmålet om, hvordan vi udvikler klinikken, men indirekte via vores begreber og ideer om virkeligheden. Forskerne betegner sig selv som teoretikere og hermeneutikere. Forskningen er ikke primært adresseret mod klinikken, praktiskere og anvendelse. Det opsummeres at man endnu ikke kan tale om en fuldt udviklet autonomi inden for sygeplejeforskning i de nordiske lande i Bourdieusk mening: "The degree of autonomy remains too weak. Yet we see the outlines of an emerging nursing research field with a common doxa, a common and implicit agreement about what is central to the field. Differing positions struggle about what nursing is and how it should be studied. There is also a tacit common agreement that it is worth struggling for and that the results benefit patients and citizens" (Larsen og Adamsen 2009: 9).

Materiale og metode

Undersøgelsens empiriske spørgsmål er: hvilken slags viden har danske ph.d. sygeplejersker produceret eller været med til at producere fra 2000-2010 ud fra databasen CINAHL, og hvad kendetegner denne viden? Denne indsigt ligger til grund for analyse af hvorvidt og på hvilken måde feltet kan siges at have udviklet en relativ autonomi i forhold til tidligere studier. Datamaterialet til denne undersøgelse er fremkommet efter en systematisk litteratursøgning i databasen CINAHL.¹ Inklusionskriterier for litteratursøgningen er forskningsstudier publiceret i perioden fra januar 2000 til december 2009 og artikler der er skrevet af eller med danske ph.d. sygeplejersker (fra opgørelse fra Afdeling for Sygeplejevidenskab). Eksklusionskriterierne er studier, der ikke er skrevet af ph.d. sygeplejersker, reviews, validering af udenlandske testmaterialer, og artikler der ikke er peer reviewed. Selve litteratursøgningen foregik ved, at der i første omgang blev lavet følgende emneordssøgning: Nursing as a Profession OR Nursing Practice OR Nursing Care (alle er søgt 'exploded'). Denne søgning er efterfølgende kombineret med en søgning på Author Affiliation denmark. Dette gav 105 artikler.

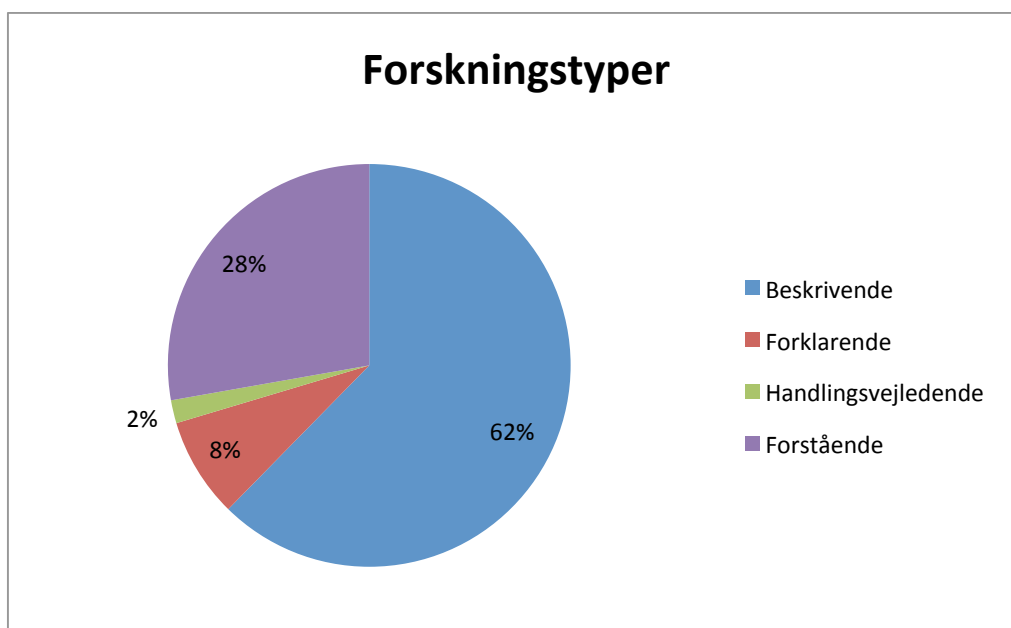
Derefter blev der suppleret med en bred fritekstsøgning på nurs* AND Author Affiliation: denmark (264 artikler). Dubletter mellem disse to søgninger blev fjernet. Tilbage var 268 artikler.

Med udgangspunkt i listen over ph.d. afhandlinger fra Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, blev der desuden foretaget forfattersøgninger, for at sikre at der ikke var artikler, som ikke var fundet i de to foregående søgninger. Dette gav 540 artikler. Herefter blev der manuelt foretaget en frasortering af dubletter mellem emnesøgningerne og forfattersøgningen, og i forhold til inklusions- og eksklusionskriterier. Tilbage er 160 forskningsartikler fra databasen CINAHL i

perioden januar 2000 til og med december 2009 skrevet af eller med ph.d. sygeplejersker. Alle 160 artikler indgår i analysen.

De 160 artikler er publiceret i 68 forskellige tidsskrifter, de fleste i danske og nordiske tidsskrifter, men også internationale tidsskrifter, se appendiks. Flere artikler i de danske tidsskrifter har tidligere været publiceret i engelsksprogede tidsskrifter. Materialet kunne have været konstrueret ud fra Bourdieus tænkemåde fx akademisk versus videnskabelig (Bourdieu 1990) men her er anvendt distinktioner mellem beskrivende, forklarende, forstående og handlingsvejledende forskningstyper (Thisted 2010; Launsø et al. 2011) således:

Figur 1. Forskningstyper i materialet:



99 er beskrivende forskningstyper, fx: sammenligning af helbredsstatus ved total hofteoperation og normal population (Hørdam et al. 2009), oplevelse af helbred hos voksne med medfødt hjertesygdom (Berg og Pedersen 2008), sammenligning af seksualitet hos kronisk syge og normalpopulation (Laursen et al. 2006). 45 er forstående forskningstyper, fx: hvordan rygmarvsskadede kommer videre med livet (Angel et al. 2009), kvinders oplevelse af hårtab ved kemoterapi (Hansen 2007). Diskursanalyser (fx Buus 2006), Bourdieuanalyser (fx Petersen og Lundin 2007), og historiske analyser (Malchau 2007) er kategoriseret som forstående forskningstyper.² 13 artikler er forklarende forskningstyper, fx: kognitiv adaptionsstræning til skizofrene patienter (Hansen et al. 2009), guidet selvbestemmelses betydning for blodsukker (Zoffmann og Lauritzen 2009), effekt af aktiv involvering af ældre i ernæring. 3 artikler er handlings-rettede/vejledende, fx: udskrivelse af patienter med fokus på forebyggelse (Olsen og Wagner 2000), telemedicinsk

behandling af diabetiske fodsår i hjemmet (Clemensen et al. 2005). De har alle aktions/praksisforskning som metode.

Det empiriske materiale er konstrueret teoretisk med henblik på at kortlægge struktur dvs. mønstre i forskningsprodukterne som grundlag for at kunne analysere status af forskningen og dens autonomi i forhold til tidligere studier på området i Sverige (Heyman 1995; Broady og Heyman 1998), i Danmark (Petersen 2003), samt i de nordiske lande (Larsen og Adamsen 2009). Artiklerne er ligeledes analyseret ud fra en induktiv og meningskondenserende tilgang inspireret af Kvale og Brinkmann (2009). Hensigten med dette var at undersøge hvorvidt mere eksplorative tilgange gav særlige ekstra indsigter i forhold til de tidligere studier på området. Således har studiet været analyseret i en løbende abduktiv og reflektiv analyse relateret til undersøgelsens specifikke formål som er: hvilken slags viden har danske ph.d. sygeplejersker produceret eller været med til at producere fra 2000-2010 og hvad kendetegner denne viden?

Resultater

Der kan af materialet konstrueres følgende forskningstematikker: Sygeplejersker forsker i patienter, borgeres og pårørendes oplevelser i forbindelse med sygdom og sygepleje. Sygeplejersker forsker i sygeplejersker. Sygeplejerskers forskning er hovedsageligt beskrivende og forstående.

(1) Sygeplejersker forsker i patienter, borgeres og pårørendes oplevelser i forbindelse med sygdom og sygepleje.

Materialet indenfor dette tema spænder vidt, fra vugge til grav, fx fra smerteoplevelse hos præmature, skoleelevers oplevelser af skolesundhedspleje, patienters oplevelse af respiratorafvænning, til døendes oplevelser. Materialet er til dels bredt funderet i den somatiske og den primære praksis, men der er i materialet ikke fundet forskning fra den psykiatriske praksis om patienters/borgeres oplevelser. Der er en overvægt af forskning indenfor forældre og børns oplevelser og oplevelser i forbindelse med cancer. Indenfor forskning i patienters oplevelser af cancer dominerer et kønsperspektiv, fx kvinders oplevelse i forbindelse med gynækologiske cancerformer og brystcancer. Materialet i denne kategori gør brug af flere forskningsmetoder, fx evaluerende spørgeskemaundersøgelse til belysning af patienters oplevelse af nervøsitet før koronararteriografi (Lillesø et al. 2008), og analyse af videooptagelser med henblik på vurdering af smerteoplevelse hos præmature (Lund og Pedersen 2005). En stor del af materialet har et fænomenologisk/hermeneutisk udgangspunkt. Her eksemplificeres med forskningsartikler der har fokus på mødres, forældres, bedsteforældres oplevelser når den nyfødte er kritisk syg (fx Hall 2005), og kønsspecifik forskning fx kvinders oplevelser i forbindelse med cervix cancer, hysterectomi og brystcancer (fx Ankersen og Lomborg 2010; Seibæk og Hounsgaard 2006). Der ses en overvægt i dette materiale af forskning om patienters/pårørendes/borgeres/sygeplejerskers oplevelser.

(2) Sygeplejersker forsker i sygeplejersker.

Petersen skriver i sin afhandling, at ”72 % af teksterne handler om praktisk sygepleje.....Det viser sig også at være personalet, der studerer personalet frem for, hvad man måske kunne forvente patienterne” (Petersen 2003). Der ses også i dette materiale en stigende tendens til, at sygeplejersker studerer/forsker i sygeplejersker, med få artikler i starten af perioden til fire i 2006, fire i 2007, 12 i 2008 og 12 i 2009, i alt 42 artikler. Flere har et udgangspunkt fra klinikken, fx sygeplejerskers grunde til at bruge tvang i ældrepleje (Karlsson et al. 2000), skriftlige rapporter hos psykiatriske sygeplejersker (Buus 2009), og håndhygiejne hos hospitalspersonale (Laustsen et al. 2009). Et studie (inspireret af Benner og Wrubel) følger 5 af de mest erfarne sygeplejersker (mellem 6-27 års erfaring) i en afdeling med hjerneskadede patienter. Studiets formål var at undersøge hvordan meget erfarne sygeplejerskers handlinger støtter og forstærker det komplekse i rehabilitering (Sørensen et al. 2008).

Denne form for forskning kan vise hvad sygepleje er, hvad sygeplejersker kan, hvordan sygepleje gør en forskel. Andre har som denne artikel et udgangspunkt i aktiviteten sygeplejeforskning, fx sygeplejerskers aktivitet i forbindelse med forskningsundersøgelser og evidens (Adamsen et al. 2003), ph.d. sygeplejerskers videnskabelige produktion (Bjørn et al. 2008), og opkomsten af sygeplejeplejeforskning (Larsen og Adamsen 2009).

(3) Sygeplejerskers forskning er hovedsageligt beskrivende og forstående.

Materialet er tidligere opdelt i forskellige forskningstyper. Hovedvægten af materialet er beskrivende og forstående forskningstyper (se figur 1). Når der er tale om kliniske implikationer af studierne, er dette på et meget overordnet niveau (fx Seibæk og Hounsgaard 2006). De beskrivende og forstående forskningstyper angår fx patienters oplevelse i forbindelse med diabetes og opnået reduktion i HbA1C (Due-Christensen et al. 2006), forskeres og praktikeres viden (Larsen et al. 2002). Handlings- eller interventionsaspektet i sygeplejeforskning i dette materiale er meget småt. De fleste angiver kliniske implikationer for praksis som fx: ”sygeplejersker må udvikle helsefremmende strategier, der frigiver nødvendige personale og eksterne ressourcer i rehabilitering proces” (Seibæk og Hounsgaard 2006). Nogle studier angiver at kunne benyttes direkte i en praksis. Fx skriver Hansen m.fl.: ”studiet vil kunne forbedre patienternes sociale formåen og livskvalitet. Resultaterne vil også kunne bruges i tilrettelæggelsen af socialpsykiatriske tiltag i kommunalt regi” (Hansen et al. 2009). Pedersen skriver: ”Denne måde at organisere plejen var med til at identificere patienter som ikke indtog nok energi og protein i forhold til deres behov og med til at foretage passende handlinger for at forebygge yderligere fejlnæring” (Pedersen 2005). Materialet har 3 aktionsforskningsprojekter hvor handlingsaspektet er med, fx: udskrivelse af patienter med fokus på forebyggelse, hvor forskeren har arbejdet med udvikling og implementering af forebyggende udskrivelser på en dansk hospitals afdeling (Olsen og Wagner 2000); telemedicinsk behandling af diabetiske fodsår (Clemensen et al. 2005)

hvor forskeren har undersøgt, hvordan brugen af telemedicin kan gøre det muligt for en hjemmesygeplejerske at koordinere behandlingen med eksperter på hospitalet. Disse undersøgelser er eksempler på den klinisk og anvendelsesorienterede position, hvor problemerne ses i praktikken og hvor undersøgelsesresultaterne ideelt set kan kanaliseres tilbage til klinikken og forskningen kan være brugbar for patienterne (Larsen og Adamsen 2009). Det kan også være eksempler på anvendt forskning, der er undersøgelser med henblik på at opnå ny viden, men primært er rettet mod bestemte praktiske formål (Dansk Center for Forskningsanalyse 2006).

Diskussion

Materialet/metoden: I arbejdet med konstruktion af empiri kunne vi have struktureret undersøgelsen så den i højere grad gik ud fra inspiration af de tidligere studier på området, herunder den Bourdieuske optik og det tilhørende konstruktionsarbejde. Vi skulle således have været mere præcise i forhold til distinktioner mellem fx akademi/videnskab, videnskabelige/sociale kompetencer, og tilsvarende kunne det have været interessant at undersøge forskernes dispositioner (habitus) og hvordan tidligere erfaringer indgår i måden forskerpositionen struktureres på. Det kunne ikke mindst have været interessant at gøre mere ud af distinktioner mellem videnskab for og om sygepleje. Vi mener imidlertid at det aktuelle konstruktionsarbejde på en fin måde bidrager til kortlægning af sygeplejeforskningen, herunder til spørgsmål om forskningens autonomi.

Litteratursøgningen omfattede oprindeligt flere databaser, men det empiriske materiale blev for omfattende og der var mange gengangere. På det grundlag blev kun databasen CINAHL valgt. Nogle af resultaterne, fx at der ikke er forskning om, hvorledes patienter i psykiatrien oplever det at være syg, indlagt m.v., kan skyldes fravalg af databaser i dette materiale. Der er desuden en række andre formidlingskanaler, fx videnskabelige antologier, som ikke indgår i materialet. Denne undersøgelse foregiver derfor ikke at have analyseret al forskning i perioden, men kan formentligt vise tendenser om dansk sygeplejeforskning (fra databasen CINAHL) i det første tiår i det 21. århundrede. Det er desuden en svaghed ved undersøgelsen at sygeplejeforskning er afgrænset til forskende sygeplejerskers forskning. Denne undersøgelse udgør ikke en egentlig feltanalyse som Heyman og Petersen og det kunne være interessant at opdatere hvordan og hvilke positioner (agenter og institutioner) som er vokset frem siden Petersens institutionsanalyser i Danmark i midt-slutningen af 1990'erne. Det er fx interessant at undersøge hvilke typer af institutioner der er virksomme på sygeplejeinstitutter og fakulteter i kliniske miljøer og på professionshøjskolerne. I de sidstnævnte beskrives det at der skal foregå praksisnær og behovsorienteret forskning m.v. De(t) empiriske områder som her er konstrueret under betegnelsen sygepleje har andre end sygeplejersker som virksomme forskere. Det kunne således have været relevant at inddrage studier relateret til sygepleje, men som ikke var udført af sygeplejersker med forskningsgrad, men som undersøger sygepleje og omsorg mere bredt som et forskningsfelt.

Resultaterne: Heyman har konkluderet, at så længe forskningsproblemerne hentes fra praktikken, og forskningens/videnskabens ærinde alene er at forbedre praktikken, så længe kan man ikke hævde, at sygeplejeforskning er en selvstændig videnskab (Heyman 1995). Dette materiale viser empirisk tegn på, at sygeplejeforskningen har etableret sig med en vis relativ autonomi. Sygeplejeforskningen er næsten udelukkende orienteret efter at producere erkendelse om fx patienter, borgere og pårørendes oplevelser relateret til sygdom og sygepleje. Dernæst er erkendelser i høj grad styret af videnskabens interesse fx at vide *om* et område for at få viden – frem for at det er professionens, patientens, økonomiens, politikkenes interesser der er direkte styrende. Dette udsagn skal modificeres af, at forskningsprofilen i nogen grad har forskning i professionen som sit genstandsområde, dog ofte uden at denne direkte giver anvisninger til professionen. Ligeledes vises i undersøgelsen at der er en klar overvægt og dominans på ca. 90 % af forskning som er beskrivende/forstående og en ganske lille del på 7 % der har forklarende eller 3 % der er direkte handlingsanvisende i deres profil. Denne viden publiceres i 68 forskellige tidsskrifter, de fleste i danske og nordiske men også i internationale tidsskrifter. Denne bevægelse mod at sygeplejeforskning oparbejder en relativ autonomi i forhold til andre videnskabelige discipliner bekræfter tidligere fund af Larsen og Adamsens (Larsen og Adamsen 2009) hvor videnskabsfeltet fungerer med en vis relativ autonomi.

Forskningsmiljøer, institutionalisering og forskere: Undersøgelsen har ikke integreret fuldstændig analyse af, hvordan sygeplejeforskningen er institutionaliseret, men i forhold til studierne af Heyman (1995), Broady & Heyman (1998) og Petersen (2003) og Larsen og Adamsen (2009) er det tydeligt, at der i en dansk kontekst, gennem det sidste tiår, har etableret og udviklet sig en række forskningsinstitutioner ved universiteterne og de store universitetshospitaler, samt at der ligeledes ses fremvækst af spirende forskningsmiljøer knyttet til professionshøjskolerne i Danmark. Desuden har sygeplejevidenskab også institutionaliseret sig gennem antal og fordeling af tidsskrifter, sygepleje og omsorgskonferencer og ph.d. kurser. At sygeplejeforskning har etableret sig yderligere end vist af Larsen og Adamsen (2009) dokumenteres også gennem fastholdelse og videreførelse af kampe og stridigheder mellem forskningspositioner på forskellige områder (fx strid mellem kvalitativ-kvantitativ forskning; grundforskning-anvendt forskning; for og imod evidensbaseringskrav om dokumentation i praktisk sygepleje, dialoger mellem fx Kari Martinsen og Katie Eriksson, osv.). Som sådan viser vores empiri en stadig stærkere konstituering af sygeplejeforskning som et mikrokosmos dvs. som et relativt autonomt felt, dog stadig med stærke referencer til dominansrelationer i medicin og administration.

Forskningssatsninger, finansiering og styring af forskningen: Undersøgelsen kunne have været uddybet gennem studier af, hvordan de enkelte forskere og forskningsmiljøer er finansieret. Særligt økonomiske og forskningspolitiske ramme faktorer, herunder institutionelle placeringer og profiler har betydning for den udøvede forskning i det første tiår i det nye årtusinde. Man kan fx forestille sig at

det øgede fokus på styring af forskning gennem rammemidler og satsningsområder, eller videnskabspolitiske ambitioner om ”evidensbaseret viden”, spiller ind på hvad der forskes i og publiceres indenfor. Det kunne på et andet videnskabsteoretisk niveau have været interessant at undersøge nærmere ikke bare på erkendeprodukterne (artiklerne), men også på erkendeproducenterne (forskerne) og deres socialisering i forskningsfeltet på lignende måde som Heyman og Petersen (Petersen 2003; Petersen 1999). Det er ikke undersøgt, men det kan formodes, at der er en vis kontinuitet og stabilitet i modstridende paradigmer, videnskabsteoretiske positioner og teoretisk-metodiske fremgangsmåder. Det politisk-økonomiske magtfelt og nye styringsformer fx formidlet under betegnelsen NPM er stadig mere strukturerende for arbejdsmiljø (Thomassen 2013), behandling, sygepleje og patientens kår som det vises i en norsk kontekst (Brænd 2014), men har også direkte og indirekte betydning for styring af forskningsfeltet i forhold til valg af metodologiske fremgangsmåder fx prioritet af typer af kvantitativ forskning, prioriterede områder/satsninger fx på kræft- eller kronikerområderne og på tilsvarende måde er der etableret en stadig stærkere position i feltet som artikulerer ’brugerkrav’, ’brugermedvirkning’ (Alm Andreassen 2004; Larsen og Esmark 2013) m.v. og i det lys kan vi måske forklare en forholdsvis stor forskning i patienter, borgere og pårørendes oplevelser af sygdom og sygepleje. Slutteligt spiller etiske og videnskabsetiske forhold og forvaltning heraf ind på forskningsprofilerne, gennem fx at opsætte særlige barrierer i tilgange til at studere patienter eller deres oplevelser af sygdomsforløb.

Konklusion

Danske ph.d. sygeplejersker har i dette materiale fra databasen CINAHL og i det første tiår af det 21. århundrede produceret 160 artikler, der fordeler sig på 90 % beskrivende og forstående, 8 % forklarende og 2 % handlingsvejledende forskningstyper i 68 forskellige tidsskrifter. Den viden der er produceret er kendetegnet ved, at der forskes i patienter, borgeres og pårørendes oplevelser i forbindelse med sygdom og sygepleje, at sygeplejersker forsker i sygeplejersker og at forskningen hovedsageligt er beskrivende og forstående. Dansk sygepleje har etableret sig med yderligere relativ autonomi, men uden en egenlogik som en feltoptik ville fordre i forhold til tidligere forskning fx Petersen (2003) og Larsen og Adamsen (2009), gennem 125 sygeplejersker der har tilegnet sig en ph.d. grad. Der er således vækst i antal af forskere, forskningsartikler, forskningsinstitutioner samt konferencer og netværk relateret til sygeplejeforskning og der pågår løbende kamp og stridigheder om forskningspositioner, forskningsområder samt mellem typer af paradigmer m.v. Der er dog ikke etableret høj grad af relativ autonomi og en egenlogik hvilket blandt andet ses gennem det forhold at begreber, klassifikationer og logikker i høj grad hentes fra et medicinsk og administrativt felt.

Helle Mathar, cand. mag, RN, lektor (Ph Metropol), E-mail: hema@phmetropol.dk; Kristian Larsen, cand. Phil, Ph.d. Professor (Institut for Læring og Filosofi HUM) København, Professor 2 (Højskolen i Oslo og Akershus), E-mail: kl@learning.aau.dk

Noter

- ¹ CINAHL er en kommerciel amerikansk primært sygeplejevidenskabelig database, hvor de indexerede tidsskrifter overvejende er peer reviewed. Vård i Norden, Scandinavian Journal og Caring Sciences, Sygeplejersken er alle indexerede, men flere andre nordiske tidsskrifter er ikke (<https://www.ebscohost.com/nursing/products/cinahl-databases>).
- ² Det kan forekomme misvisende, da Bourdieuforskning beskrives som forklarende. Men i forhold til denne undersøgelses analysevalg, er forklarende forskningstyper karakteriseret ved eksperimentelle undersøgelser (Thisted 2010).

Referencer

- Adamsen, L., Larsen, K., Bjerregaard, L. & Madsen, J.K. 2003. Danish Research-Active Clinical Nurses Overcome Barriers in Research Utilization. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17 (1): 57-65.
- Afdeling for Sygeplejevidenskab. Danske Sygeplejersker Med Erhvervet Doktor- Eller Ph.D. Grad. http://ph.au.dk/fileadmin/ph/Sygepleje/ERHVERVET_PHD-GRAD_TITEL_20120518.pdf.
- Alm Andreassen, T. 2004. Brugervedvirkning, Politikk Og Velferdsstat. Dr. Polit-Afhandling. Institut for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo.
- Angel, S., Kirkevold, M. & Pedersen, B.D. 2009. Getting on with Life Following a Spinal Cord Injury: Regaining Meaning through Six Phases. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* 4 (1): 39-50.
- Ankersen, L. & Lomborg, K. 2010. Loss of Appetite and its Impact on Everyday Life with Advanced Cancer [Danish]. *Klinisk Sygepleje* 24 (1): 16-28.
- Berg, S. K. & Pedersen, P.U. 2008. Perception of General Health in Adults with Congenital Heart Disease Who no Longer Attend Medical Follow-Up. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 7 (4): 264-268.
- Bjørn, A., Hundrup, Y.A. & Wagner, L. 2008. Doctoral Prepared Nurses in Denmark and their Scientific Production between 1976 and 2005. *International Nursing Review* 55 (2): 227-233.
- Bourdieu, P. 2003. *Af Praktiske Grunde: Omkring Teorien Om Menneskelig Handlen*. 3. opl. ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Bourdieu, P. 1990. *Homo Academicus*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 2000. *Pascalian Meditations*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. 2010. Statens venstre hånd og statens højre hånd. *Praktiske Grunde: Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* (1/2).

- Brænd, J. A. 2014. Nær Penger Og Pasienter: Perspektiver På Pasientens Kår, Sykepleie Og Nærhetsetikk Når Økonomisk Rasjonalitet Endrer Sykehusdriften. Department of Social Work and Health Science, Norge.
- Brandt Jørgensen, E. 2007. *Genese Og Struktur Af Klinisk Medicin Og Klinisk Sygepleje*. Kbh.: Hexis.
- Broady, D. & Heyman, I. 1998. Omvårdnadsforskning: Ett Vetenskapligt Fält i Varande? In *Kulturens Fält: En Antologi*. Skeptronserien, edited by Broady D, 297-323. Göteborg: Daidalos.
- Buus, N. 2006. Conventionalized Knowledge: Mental Health Nurses Producing Clinical Knowledge at Intershift Handovers. *Issues in Mental Health Nursing* 27 (10): 1079-1096.
- Buus, N. 2009. How Writing Records Reduces Clinical Knowledge: A Field Study of Psychiatric Hospital Wards. *Archives of Psychiatric Nursing* 23 (2): 95-103.
- Clemensen, J., Larsen, S.B. & Ejlskjær, N. 2005. Telemedical Treatment at Home of Diabetic Foot Ulcers. *Journal of Telemedicine & Telecare* 11: S2:14-6.
- Dansk Center for Forskningsanalyse. 2006. *Forskning Og Udviklingsarbejde i Den Offentlige Sektor. Årgang 2004*. Forskningsstatistik. Århus: Dansk Center for Forskningsanalyse.
- Due-Christensen, M., Borrild, L. & Larsen, K. 2006. Perception and Integration of People Living with Type 1 Diabetes -- an Empirical Study. *European Diabetes Nursing* 3 (1): 13-18.
- Hall, EOC. 2005. Danish Parents' Experiences when their New Born Or Critically Ill Small Child is Transferred to the PICU -- a Qualitative Study. *Nursing in Critical Care* 10 (2): 90-97.
- Hansen, H. P. 2007. Hair Loss Induced by Chemotherapy: An Anthropological Study of Women, Cancer and Rehabilitation. *Anthropology & Medicine* 14 (1): 15-26.
- Hansen, J.P., Østergaard Jensen, B., Nordentoft, M. & Hounsgaard, L. 2009. Randomiseret Klinisk Undersøgelse Af Effekten Af Kognitiv Adaptionstræning: Design Og Metodediskussion. *Tidsskrift for Sygeplejeforskning* 25 (3): 3-8.
- Heyman, I. 1995. *Gänge Hatt Till - : Omvårdnadsforskningens Framväxt i Sverige, Sjuksköterskors Avhandlingar 1974-1991*. Göteborg: Daidalos.
- Hørdam, B., Søballe, K. & Pedersen, P.U. 2009. Differences in Health Status of Older People Aged 65 and Above After Total Hip Replacement Compared with the Normal Population: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Older People Nursing* 4 (3): 211-217.
- Karlsson, S., Bucht, G., Rasmussen, B.H. & Sandman, P.O. 2000. Restraint use in Elder Care: Decision Making among Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 9 (6): 842-850.

- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009. *Interview: Introduktion Til Et Håndværk*. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel.
- Langergaard, L.L., Barlebo Rasmussen, S. & Sørensen, A. 2006. *Viden, Viden-skab Og Virkelighed*. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, K. & Esmark, K. 2013. Velfærdsstat, sundhed og kroppe under forandring - norske og danske studier. in: *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur-og samfundsvidenskab*. Nr. 1-2: p. 5-14.
- Larsen, K. & Adamsen, L.2009. Emergence of Nordic Nursing Research: No Po-sition is an Island. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23 (4): 757-766.
- Larsen, K., Adamsen, L., Bjerregaard, L. & Madsen, J.K. 2002. There is no Gap 'Per Se' between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge are Developed in Different Contexts and Follow their Own Logic. *Nursing Outlook* 50 (5): 204-212.
- Larsen, K. & Schmidt, M.C.S. 2014. Teori Og Praksis: Invers: Fra Teori Imple-menteres i Praksis, Til Hvad Praksis Kræver Af Teori. *Dansk Pædagogisk Tidsskrift* 2014 (4): 60-68.
- Launsø, L. Rieper,O.& Olsen, L. 2011. *Forskning Om Og Med Mennesker: Forskningstyper Og Forskningsmetoder i Samfundsforskning*. 6th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag.
- Laursen, B. S.,Overvad, K., Olesen, A.S., Delmar, C.& Arendt-Nielsen, L. 2006. Ongoing Pain, Sexual Desire, and Frequency of Sexual Intercourses in Females with Different Chronic Pain Syndromes. *Sexuality & Disability* 24 (1): 27-37.
- Laustsen, S., Lund, E., Bibby, B.M., Kristensen, B., Thulstrup, A.M. & Møller, J. 2009. Cohort Study of Adherence to Correct Hand Antisepsis before and After Performance of Clinical Procedures. *Infection Control & Hospital Epidemiology* 30 (2): 172-178.
- Lillesø, M.D., Zimmermann-Nielsen, S., Rosenlund, K. & Hounsgaard, L. 2008. Unødvendig Præmedicin. *Sygeplejersken* 108 (15/16): 52-55.
<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/default.asp?intArticleID=17246&menu=195009>.
- Lund, H. & Pedersen, P.U. 2005. Præmature Børns Oplevelse Af Smerte i Forbin-delse Med PO2 Og PCO2 Monitorering: Et Pilotstudie. *Nordic Journal of Nursing Research* 25 (3): 4-7.
- Malchau, S. 2007. 'Angels in Nursing': Images of Nursing Sisters in a Lutheran Context in the Nineteenth and Twentieth Centuries. *Nursing Inquiry* 14 (4): 289-298.
- Merton, R.K. 1973. *The Sociology of Science : Theoretical and Empirical Investi-gations*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ministeriet for Forskning, Innovation og videregående Uddannelser. Fagfællebe-dømmelse. 2007.
<http://fivu.dk/forskning-og-innovation/statistik-og-analyser/den-bibliometriske-forskningsindikator/fagfaellebedommelse>.

- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Nordheim, L.V., Reinart, L.M. & Graverholt, B. 2012. *Jobb Kunnskapsbasert! : En Arbeidsbok*. 2. utg. ed. Oslo: Akribes.
- Olsen, L. & Wagner, L. 2000. From Vision to Reality: How to Actualize the Vision of Discharging Patients from a Hospital, with an Increased Focus on Prevention. *International Nursing Review* 47 (3): 142-156.
- Pedersen, P. U. 2005. Nutritional Care: The Effectiveness of Actively Involving Older Patients. *Journal of Clinical Nursing* 14 (2): 247-255.
- Petersen, K. A. & Lundin, S. 2007. Nursing Education in Sweden: Recruitment from Different Socioeconomic Backgrounds. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies / Vård i Norden* 27 (3): 19-23.
- Petersen, K. A. 2003. *Sygepleje - Sygeplejeforskning: Fra Plejeassistent Til Forskningsassistent Eller Teoretisk Empirisk Forsker Om Sygepleje* Uppsala universitet. <http://www.skeptron.ilu.uu.se/broadly/sec/p-petersen-sygepleje-0303.pdf>.
- Petersen, K. A. 1999. *Sygeplejevidenskab - Myte Eller Virkelighed? : Om Genese Og Struktur Af Feltet Af Akademiske Uddannelser Og Forskning i Sygepleje i Danmark. Del 1. Afhandling*. Viborg: Viborg Amt, Undervisning og Kultur, Center for Videreuddannelse.
- Seibæk, L. & Hounsgaard, L. 2006. Rehabilitering Efter Operation for Livmoderhalskræft : Oplevelse Af Liv Og Helbred. *Vård i Norden*: 14-19.
- Sørensen, B., Nielson, C.S. & Hounsgaard, L. 2008. Rehabilitation of People with Cognitive Problems: Findings from a Field Study. *British Journal of Neuroscience Nursing* 4 (8): 382-388.
- Thisted, J. 2010. *Forskningsmetode i Praxis: Projektorienteret Videnskabsteori Og Forskningsmetodik*. Kbh.: Munksgaard Danmark.
- Thomassen, O. J. 2013. *Integritet Som Arbeidslivsfenomen*. Disputats Institutt for Helse og Samfunn, Det Medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
- Wacquant, L. 2014. Foucault, Bourdieu og straffestaten i den neoliberale æra. *Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab*. 1/2: 103-110.
- Wacquant, L. 2009. *Punishing the Poor : The Neoliberal Government of Social Insecurity*. A John Hope Franklin Center Book; Politics, History, and Culture. Durham, N.C.: Duke University Press.
- Zoffmann, V. & Lauritzen, T. 2009. Guidet Egen-Beslutning Øger Livsdygtighed Med Type 1 Diabetes Og A1C i Randomiseret, Kontrolleret Undersøgelse. *Klinisk Sygepleje* 23 (4): 34-46.

Appendiks

Undersøgelsens 160 artikler fordelt på de publicerede tidsskrifter. De røde tidsskrifter er skandinaviske, de grønne er fra det øvrige Europa, de blå tidsskrifter er fra USA, og øvrige er lilla.

Acta Oncologica: 1

AIDS Patient Care & STDs: 1

American Journal of Infection Control: 1

Anthropology & Medicine: 1

Archives of Psychiatric Nursing: 1

Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine: 1

Birth: Issues in Perinatal Care: 1

Breast Journal: 1

British Journal of neuroscience nursing: 1

British Journal of General Practice: 1

British Medical Journal: 1

Cancer Nursing: 2

Circulation: 1

Connect World of Critical Care Nursing: 1

Diabetes Care: 1

European Diabetes Nursing: 1

European Journal of Cancer Care: 2

European Journal of Clinical Nutrition: 1

European Journal of Oncology Nursing: 3

European Journal of Cardiovascular Nursing: 2

European Journal of Public Health: 1

Health: 1

Health Promotion International: 1

HIV Medicine: 2

Infection Control & Hospital Epidemiology: 3

International Journal of behavioral Medicine: 1

International Journal of Nursing Studies: 3

International Journal for Human Caring: 2

International Journal of Older People Nursing: 2

International Journal of Palliative Nursing: 1

International journal of Therapy & Rehabilitation: 1

International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being: 4

International Nursing Review: 3

Intensive & Critical Care Nursing: 4

Issues in Mental Health Nursing: 1

Journal of the American Medical Association: 1

Journal of Advanced Nursing: 5
Journal of Cancer Education: 1
Journal of Genetic Counseling: 1
Journal of Clinical Nursing: 6
Journal of Interprofessional Care: 2
Journal of Hospital Infection: 1
Journal of Neonatal Nursing: 2
Journal of Pain & Symptom Management: 1
Journal of Pediatric nursing: 2
Journal of Telemedicine & Telecare: 2
Klinisk Sygepleje: 11
Medical Teacher: 1
Mortality: 1
Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies/Vård i Norden: 11
Nordic Nursing Research/Tidsskrift for sygeplejeforskning: 5
Nursing in Critical Care: 3
Nursing Ethics: 3
Nursing Philosophy: 1
Nursing Inquiry: 3
Nursing Outlook: 1,
Patient education & Counseling: 2
Pediatric Nursing: 1
Preventive Medicine: 1
Psycho-Oncology: 1
Qualitative Health Research: 3
Scandinavian Journal of Caring Sciences: 19
Scandinavian Journal of Food & Nutrition: 1
Scandinavian Journal of Primary Health Care: 1
Scandinavian Journal of Public Health: 5
Sexuality & disability: 1
Sygeplejersken: 5
Theoria journal of Nursing Theory: 1

Uddannelse, institutioner og studerende i den svenske kunstverden

Anmeldelse af Carsten Sestoft

Martin Gustavsson, Mikael Börjesson & Marta Edling (red.): *Konstens omvända ekonomi. Tillgångar inom utbildningar och fält 1938-2008*. Daidalos, Skeptronserien, 2012, 348 sider.



Gad vide om der egentlig findes kompetente anmeldere af denne bog i Danmark? Spørgsmålet giver mening af to grunde. For det første placerer antologien sig så at sige i to faglige udkantsområder: Set fra sociologien er dens genstand kunstfeltet småt og marginalt i forhold til større og mere overordnede genstande som den sociale differentiering og fordeling af magt, økonomi eller kulturforbrug. Og set fra den akademiske kunsthistorie med dens værkanalyser og såkaldte teorier er en undersøgelse af det svenske kunstfELTS empiriske detaljer sært fremmedartet. For det andet kommer denne anmelder i nogen grad fra en anden indgang til kunstsociologien, fordi retningen for min

interesse nok snarere er gået fra kunsten til sociologien end omvendt. Dertil mindede bogen mig beklageligvis om, at jeg i grunden er næsten komplet uvidende om svensk kunst (i bogen bliver det måske afbalanceret, at 'Björn Nörsgaard', som var gæstprofessor i Stockholm i 80'erne, konsekvent betegnes som norsk).

Alt dette er en noget indirekte måde at fortælle på, at bogen fremlægger empiriske analyser af det svenske kunstfelt i anden halvdel af det tyvende århundrede, men den beskæftiger sig kun indirekte med kunst i en forstand, som vil være begribelig for den gængse kunsthistorie. Hvad den så præcis beskæftiger sig med, vender jeg tilbage til. Først lidt om, hvad man kan læse i den.

Udover redaktørernes indledning og et fint forord af Donald Broady består bogen af ti kapitler, der er fordelt på to dele med overskrifterne 'uddannelse' og 'feltet'. Af indledningen fremgår det, at bogen fremlægger delresultater fra forsk-

ningsprojektet “Konsten at lyckas som konstnär. Socialt ursprung, kön, utbildning och karriär 1945-2007”, som nærværende tidsskrifts nummer 1 fra 2008 også rapporterede fra. Indledningen lægger ud med en kort diskussion af Bourdieus ide om kunstfeltet som defineret af en omvendt økonomi, men – som det siges – bogen fremlægger ikke “rendyrkede feltanalyser, men anvender mere feltbegrebet som orienteringskort” (s. 16).

Første del af bogen handler om det billedkunstneriske uddannelsessystem og dets udvikling med vækst i kunstuddannelse på alle niveauer gennem etableringen af flere kunstakademier (for nu at bruge det danske ord, som betegner noget andet i Sverige, se fodnote senere), af egentlige kunstlinjer i gymnasiet og af kunstskeoler, som forbereder til optagelse på kunstakademierne. Analyserne er baseret på en overordentligt grundig og omfattende dataindsamling og -bearbejdning og kommer ind på en række facetter af dette uddannelsessystem: dets historie som helhed i perioden (Mikael Börjesson), en beskrivelse af, hvad uddannelsen på de fem kunstakademier i Stockholm (Kungl. Konsthögskolan og Konstfack), Göteborg, Umeå og Malmø går ud på (Marta Edling), de sociale egenskaber ved studerende på kunstakademierne i 1986, 1996 og 2006 sammenlignet med øvrige studerende på universitetsniveau (Mikael Börjesson), et forsøg på at indkredse kunststuderendes habitus gennem nogle overvejende kvalitative undersøgelser udført i tiåret fra slut-90erne til 2009 (Mikael Palme, Ida Lidegran og Barbro Andersson) samt en analyse af den forberedende kunstundervisning, som studerende optaget på den stockholmske Kungl. Konsthögskolan i perioden 1938-1984 havde været gennem (Andreas Melldahl).

Kapitlerne i første del handler med andre ord primært om kunstfeltets uddannelsesinstitutioner og deres studerende. Jeg fristes til at sige, at det er langt mere interessant end man skulle tro; for mig var der i hvert fald to øjenåbnende erkendelser. Den ene er, at kunstuddannelsernes omfang er vokset helt kolossalt, hvad de formentlig også er i Danmark: Antallet af elever med afgang fra en gymnasieretning, der var rent ‘estetisk’ eller med ‘estetisk variant’, steg fra godt 2000 i 1987 til knap 7500 i 2008; antallet af studerende på videregående kunstneriske uddannelser (inkl. dans, musik, design osv.) steg fra 3.300 i 1996 til godt 17.000 i 2009 (s. 45-46 og 50). Det giver anledning til eftertanke. Dels en uddannelsespolitisk: Er det mon virkelig en god idé at bruge så mange offentlige midler på, at en så stor del af ungdommen investerer så meget tid og livsenergi i noget, som producerer falske forhåbninger om en kunstnerkarriere, der fremdeles kun er ekstremt få beskåret? Det er jo tilsyneladende en uudryddelig forestilling hos enhver kunstnerrekrut, at netop han eller hun er den, som det vil lykkes for at komme gennem de to sidste nåleøjer (som Per Mangset citeres for s. 40): at blive optaget på et af de fem kunstakademier og siden at blive etableret som kunstner. Dels kan man også komme til at tænke på, at fortalene for de intellektuelle forfaldsmyter om altings kommercialisering og erhvervsretning burde se på al denne kunstneriske ungdom: Den kan vel ikke siges at være nogen af delene? Eller skyldes opfattelsen af en stigende kommercialisering netop, at man med offentlige midler måske

nok øger produktionen af potentielle kulturproducenter med en faktor 5 på mindre end halvandet årti, men at de offentlige midler til at aftage al denne potentielle produktion ikke øges med en tilsvarende faktor? Med det forudsigelige resultat, at kulturproducenterne så er henvist til at sælge deres kulturprodukter til private eller semiprivate (fonde) købere, hvis de vil eksistere i feltet – hvormed der kan brede sig en opfattelse af, at kunsten er blevet kommercialiseret, selv om det snarere handler om en overproduktion af kultur med sigte på et specifikt offentligt marked, fx museumsverdenen.

Den anden erkendelse forklarer til dels, hvorfor en person med mine egenskaber nærer en instinktiv modvilje mod al denne kunstuddannelse. På den ene side har kunststuderende en mindre skolekapital målt ved gymnasieretninger og studentereksamenskarakterer end gennemsnittet af universitetsstuderende; og på den anden side har de en større arvet kulturel kapital end gennemsnittet af universitetsstuderende; især er børn af kulturproducenter overrepræsenteret (s. 88-104). Kunststuderende er dermed habituelt disponerede for at udvise “mistro over for det alt for skolemæssige” (s. 121), fordi de ikke har interesse i at lade sig måle med skolens kapitalens målestok. Det er for mig at se også en plausibel forklaring på det paradoksale forhold, at den intense konkurrence og den høje grad af eksklusion i kunstfeltet kan være forbundet med et så forbløffende lavt intellektuelt niveau i mange af samtidskunstens værker; mange af dem forekommer én at være en art materialiserede vitser uden substans og dybde. Men dermed udtrykker jeg nok bare den ene kulturfraktions ringeagt for den anden: Som legitimeret repræsentant for historisk viden og teoretisk kunnen ser jeg med en blanding af skepsis og misundelse på den ubegribelige og ubegrundede selvsikkerhed hos mange af disse kunstnere.

De fem kapitler i bogens anden del handler som sagt om ‘feltet’. Det første (af Andreas Melldahl) diskuterer vanskeligheden ved at definere, hvad en kunstner er, og dermed hvordan man kan konstruere en population, hvis egenskaber kunne undersøges. Her kunne man have ønsket sig, at kapitlet var begyndt med konklusionen og havde stillet det wittgensteinske spørgsmål om, i hvilken sammenhæng det giver mening at definere en population, som dannes af talrige inkommensurable og positionsafhængige grænsedragninger. Det står i hvert fald ikke helt klart, hvorfor spørgsmålet er vigtigt i forskningsprojektet. I de sidste fire kapitler fremlægges empiriske studier af forhold og institutioner, som uddannede kunstnere har eller kan have berøring med: en analyse af egenskaberne ved kunstværker i Moderna Museets samling alt efter, om de er købt af staten eller doneret (Martin Gustavsson); om egenskaberne ved stiftere og modtagere af kunstnerstipendier, som uddeles af Konstakademien¹ (Martin Gustavsson); en sammenligning af ansøgningerne om kunstprojektstøtte til den statslige billedkunstfond i 1976-77 og 1996-97 (Anna Brodow Inzaina); samt en analyse af professoratsansættelserne på Kungl. Konsthögskolan i 1980'erne (Marta Edling). I de to sidstnævnte kapitler kommer der i nogen grad henvisninger til de mere specifikt kunstneriske positioner og tendenser på feltet.

I disse fem kapitler er en gennemgående problematik spørgsmålet om køn, som forekommer mig at have en lidt uafklaret status som teoretisk analyseinstrument. Kønsproblematikken indgår ikke i særlig høj grad (i hvert fald ikke i forbindelse med 1980ernes professoransættelser på Kungl. Konsthögskolan) i feltets autonome selvforståelse, men er senere – med pålægget fra 1998 til det statslige og pengeuddelende kunstnernævn om at fremme en samfundsudvikling med ligestilling mellem kønnene (s. 246) – blevet feltet politisk påtvunget; det er altså *også* en heteronom problematik. Det er derfor noget uklart, om kønsproblematikken som teoretisk begreb i analysen fungerer som et heteronomt politisk begreb eller blot som en analytisk kategori, hvis relevans for forståelsen af det studerede felts forhold observationen kan underbygge. I kapitlerne finder man både eksempler på, at køn fremstår som et analytisk begreb af begrænset interesse, fordi det virker som noget påtrykt udefra, og eksempler på at køn er en højst relevant dimension i en mangefacetteret analyse.

Det første kan belyses af Martin Gustavssons artikel om forholdet mellem de erhvervede og donerede værker i analysen af 65.530 værker Moderna Museets database. Her dukker pludselig spørgsmålet om, hvordan kønsfordelingen af værkernes kunstnere fordelt på generationer er (s. 218), hvilket ikke virker indlysende motiveret i nogen teoretisk problematik. En detailanalyse viser, at udviklingen i perioden 1957-2009 i svenske værker, som er indgået i museets samling, har tenderet mod en nogenlunde stabil forøgelse i andelen af kvindelige kunstnere i de indkøbte værker, mens de donerede værker opviser en forholdsvis stabil lav kvindeandel (figur 3a og 3b, s. 224, og tabel 5, s. 235). Statens indkøbere er altså mere ... feministiske? progressive? politisk påvirkede? bevidste om at sikre bredde? end de private givere. Det er lidt for uklart, hvad disse data siger noget om, fordi de ikke er sammenholdt med andre data, eksempelvis om kunstneriske positioner, genrer, udvikling i kvindeandelen blandt kunstnere eller kvinders mulighed for overhovedet at studere på kunstakademiet osv. Her virker undersøgelsen lidt for drevet af det tilgængelige materiale frem for af en teoretisk konstrueret problematik.

Omvendt virker det meget overbevisende, når Marta Edling i sin analyse af professoransættelserne på Kungl. Konsthögskolan i 1980'erne fremlægger en form for samlet, omend svært verificerbar forklaring på ansættelsen af Gun Maria Petterson som adjungeret professor i skulptur i 1983. Ved besættelsen af et skulpturprofessorat i 1980-81 var Gun Maria Petterson den ene af de to kvindelige ansøgere (ud af 8), som de studerende støttede, men hun blev ikke professor, fordi stillingsbesættelsen endte med at handle om en kunstnerisk strid mellem på den ene side en aldrende formalæstetisk og modernistisk skulpturopfattelse i Sverige, som Petterson var forbundet med, og på den anden en international avantgardistisk eller postmodernistisk skulpturforståelse, som nordmanden Bård Breivik trods en kort kunstnerkarriere stod for; derfor fik han stillingen. Logikken deri var, at skolens professorer skulle være del af væsentlige og vitale samtidige kunstneriske tendenser, som kunne inspirere eleverne. Gun Maria Petterson blev

imidlertid adjungeret professor i 1983, dvs. nok tilknyttet, men ikke som 'rigtig' professor. Selv om hun fremdeles manglede den dimension at være en vital inspirator pga. sin kunstneriske retning, repræsenterede hun til gengæld med sin evne til at lytte og sit engagement i de studerende en velkommen, men domineret modpol til de mandlige inspiratorer i et kunstkolemiljø, som tilsyneladende helt bogstaveligt var præget af fysiske slåskampe, så det også for professorerne var en fordel at være en stor og stærk mand (s. 325). I en sådan kontekst kunne Gun Maria Pettersen finde en "‘adjungerad’ plats, en biträdande, kompletterande, kompensatorisk funktion, avsedd att tillfälligt lindra en brist, som om än inte erkänd, var kännbar på skolan" (s. 334). I dén analyse indgår køn som en dimension i en kontekst, der især defineret af at være en ret speciel slags skoleinstitution (jf. Edlings kapitel i bogens første del), som er baseret på vejledning i at blive sig selv i nær tilknytning til et dynamisk kunstfelt.

Edlings og Gustavssons analyser kan selvfølgelig siges metodisk at være diametralt modsatte, som hhv. kvalitativ undersøgelse og kvantitativ undersøgelse med udgangspunkt i en database. Det er ikke for mig at se det afgørende. Forskellen ligger i konstruktionen af genstanden, dvs. i de træk ved historien, som man har indsamlet viden om mhp. at forklare, hvad der foregår. Det er meget muligt, at Moderna Museets database over kunstværker ikke indeholder nogen data om værkernes egentlige kunstneriske egenskaber i deres mange dimensioner; men i så fald må man jo enten konkludere, at den ikke kan bruges til at belyse det, man vil belyse, eller også må man kombinere den med andre data eller lave punktnedslag, som kan kombineres med overskuelige mængder af mere kvalitative data.

Afsluttende kunne jeg have lyst til at stille det måske lidt uretfærdige spørgsmål til en antologi, som udgør en etape i et større forskningsprojekt: Rummer bogen en overordnet sociologisk problematik – altså en teoretisk defineret problematik ud over de empiriske undersøgelser og deres lokale problematikker? Titlens 'omvendte økonomi' fungerer for mig at se ikke helt sådan: Det ville for feltets indre forhold kræve, at den omvendte økonomi blev relateret til autonomi- og dominansproblematikkerne, og hvad angår feltets forhold til magtfeltet (som antydes som den overordnede problematik i slutningen af indledningen s. 34) kunne det føre til nogle mere overordnede diskussioner om f.eks. politik, demokrati og lighed i et velfærdsstatsligt finansieret kunstfelt. Der er ansatser til det rundt om i antologien – det er selvfølgelig derfor, det falder mig ind at rejse spørgsmålene.

Man kunne eksempelvis stille tre typer spørgsmål, først internt til kunstfeltet: Hvis den omvendte økonomi for kunstfeltets indre forhold indebærer en slags lokal ophævelse af økonomi som dominansprincip, hvilke andre former for dominans fremmer det så, og hvordan er disse former for dominans præcis relateret til økonomi (f.eks. som modsætning, negation, sekundær, forskel)? Og er denne ophævelse af økonomiens dominans det samme som autonomi? For det andet, i et magtfeltsperspektiv: Hvordan er kunstfeltet relateret til de øvrige kulturelle produktionsfelter som musik, litteratur, teater, film, tv osv.? Hvilken betydning har det i forhold til den omvendte økonomi, at kunstfeltet stadig helt grundlæggende

bygger på produktionen af unika (som distinkt fra reproduktioner) på en måde som ikke er tilfældet for masseprodukter som bøger, musik, film o.l.? For det tredje kunne man overveje, om man i en diskussion af den omvendte økonomi i en nordisk velfærdsstatslig sammenhæng burde supplere den med en politisk-demokratisk dimension. Det kunne indebære spørgsmål som: Hvorfor øger staten produktionen af kunstproducenter – og hvorfor støtter staten i det hele taget kunst? Hvordan forholder den statslige understøttelse af en ‘omvendt økonomi’ sig til den finansministerielle tendens (også eller især i nordisk sammenhæng?) til at tænke staten i internationale konkurrencetermer, hvor uddannelsesystemet og arbejdskraften også skal yde deres til den nationale konkurrencedygtighed? Hvordan er forholdet mellem demokrati og lighed (også mellem kønnene) på den ene side og kunstfeltets produktion af eksklusivitet og elite på den anden? Sådanne spørgsmål ville passe fint sammen med den ansats til en diskussion af forholdet mellem stat (som demokratisk og politisk) og privat, som findes hos bl.a. Gustavsson i bogen. Samlet set kunne sådanne spørgsmål måske bruges til at anfægte eller i det mindste diskutere den mere eller mindre implicitte antagelse hos Bourdieu om at de sociale betingelser, som sikrer den maksimale autonomi for kunst (eller videnskab), fører til den højeste kunsteriske værdi, som Jean-Claude Passeron har formuleret det.²

Bogen har som sagt ansatser til den slags problematikker, blot måtte de gerne være mere udfoldet i en stadig forbindelse med de empiriske undersøgelser og deres resultater som en “denkende Ordnung der empirischen Wirklichkeit”, med Max Webers ord. Manglen på denne forbindelse gør det for mig lidt svært at blive helt entusiastisk over resultatet på trods af den store professionalisme og det enorme empiriske arbejde, som indgår i bogen. Det er, som om man mangler at få at vide, hvorfor det egentlig er interessant at beskæftige sig med populationen af kunstnere og deres institutioner og øvrige forhold; men grunden kan meget vel være, at jeg blot ikke er den rigtige anmelder.

Noter

¹ Konstakademien er ikke en kunsthøjskole, men et akademi i samme betydning som Det danske Akademi eller Académie française, dvs. en koopteret forsamling af anerkendte folk inden for området, som snakker og uddeler priser.

² Jean-Claude Passeron (2003). “Mort d’un ami, disparition d’un penseur”, in Pierre Encrevé & Rose-Marie Lagrave. *Travailler avec Bourdieu*. Paris: Flammarion.

Nyhedsbrevet#55

Praktiske Grunde. Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab
Nr. 1-2 / 2015 – ISSN 235-7895 www.praktiskegrunde.dk

Et spørgsmål om klasse...



Billeder fra Hexis' velbesøgte arrangement 15. april 2015 på DPU i anledning af udgivelsen af *Socialt rum, symbolsk magt – Bourdieuske perspektiver på klasse*, red. Christian Sandbjerg Hansen (Forlaget Hexis 2014, bestilles på <http://www.hexis.dk/bog-8.html>). Dagens oplægsholdere: Gitte Sommer Harrits, Symbolske hierarkier i dansk forebyggelsespolitik; Christoph Houman Ellersgaard: Elite og magtfelt; Sune Jon Hansen: Praktisering af klasse i et fiskerisamfund; Magne Flemmen: At forske i klasse med Bourdieu.

Et slør bag et røgslør: UKÄ's 2015-evaluering af den svenske forskeruddannelse

Af Morten Nørholm, universitetslektor i pedagogik, docent i pedagogik, ph.d.; Vetenskaplig ledare av forskargruppen Praxeologi på Uppsala universitet (<http://www.praxeologi.edu.uu.se/>).
Email: morten.norholm@edu.uu.se

Jeg tror det er vigtigt at man som undervisende forsker eller forskende underviser principielt opponerer mod den form systematiserede evalueringer har fået.¹ Lige nu er – i Sverige – UKÄ's 2015-evaluering af den svenske forskeruddannelse aktuell. UKÄ evaluerer et undervisningsprogram (forskeruddannelsen) som jeg mener i sin tur er et intrikat system af evalueringer/selvevalueringer med selvfremstillinger, eksplicitte/implicitte bedømmelser, eksaminationer osv. Det kan naturligvis være en god ide at undersøge en forskeruddannelses kvalitet. Det er også det eksplicitte udgangspunkt for evalueringen. Med baggrund i min forskning vil jeg dog løfte visse systematiske reservationer frem.

Min pædagogiske evalueringsforskning har stået på de seneste 20-25 år og har haft fokus på den egentligt pædagogiske funktion (dvs. den sociale og symbolske funktion, jf. titlen på min afhandling) af evalueringer. I rækken af teoretiske udgangspunkter for min forskning udgør Émile Durkheim, Gaston Bachelard, Pierre Bourdieu og bl.a. Staf Callewaerts tidlige arbejder de mest væsentlige, men også andre af de franske epistemologer og andre klassiske teorier er relevante. Jeg kan henvise til den svenske biblioteks-database DiVA hvor alle mine artikler er registreret (<http://www.diva-portal.org/smash/search.jsf?dswid=-4243>).

Den vigtigste publikation i denne sammenhæng er artiklen "Social alkymi, konsekration, reproduktion" hvor jeg resumerer, analyserer og kritiserer publikationen "Evaluering af forskningsrådssystemet i Danmark" som kom i 2009. Artiklen er publiceret i *Praktiske Grunde* nr. 1, 2011. (<http://praktiskegrunde.dk/praktiskegrunde1-2011-noerholm.pdf>)

En væsentlig konklusion i artiklen er at en pædagogisk funktion af Forskningsrådssystemet i Danmark (det som svarer til det svenske Vetenskapsrådet) er at forhindre produktionen af ny erkendelse, især på grund af et ensidigt fokus på hvordan en ansøgning om midler skal opbygges, og ikke på kriterier for forskningens kvalitet. Som om det er en selvfølge at hvis metoden anvendes systematisk, sikres resultaternes kvalitet, ifølge en instrumentel positivistisk filosofi.

¹ Dette er en dansk udgave af min debatartikel "En ridå bakom en dimridå". Den svenske original er bragt i *Universitetsläraaren*, et netbaseret nyhedsbrev fra Sveriges Universitetslärarförbund, SULF (<http://universitetslararen.se/2015/06/10/en-rida-bakom-en-dimrida/>). Fordi jeg er ansat på Uppsala universitet, er de svenske forhold mere nærliggende at forholde sig til end fx de danske, men tendensen kender ingen grænser. UKÄ er UniversitetsKanslerÄmbetet, den myndighed som i Sverige har ansvaret for universiteterne.

Dels fremmes eksisterende forskning på bekostning af det nye, *dels* suggeres og naturaliseres en idemæssig forestilling om at en eventuel metodisk anvendelse af den stipulerede metode sker på grund af en beskrivelse af metoden og ikke på grund af sociale præferencer (dvs. pr. *habitus*). Med det sidste skjules desuden at sorteringen af hvem der får respektive ikke får midler, også foregår i overensstemmelse med sociale forskelle. Socialt dominante, allerede privilegerede forskere privilegeres yderligere, mens ikke-dominante, allerede ikke-privilegerede forskere mister deres små privilegier. Anbefalingerne i evalueringen af Forskningsrådssystemet i Danmark forstærker disse effekter af det som blev evalueret, Forskningsrådssystemet i Danmark.

Pointen her er at *dels* har den svenske forskeruddannelse som evalueringssystem samme pædagogiske funktion som et forskningsrådssystem, *dels* har UKÄ's evaluering af den svenske forskeruddannelse samme funktion som evalueringen af Forskningsrådssystemet i Danmark.

Systematiserede evalueringer, som fx UKÄ's evalueringer (som tilhører det jeg kalder normale evalueringer) udgør med andre ord en systematisk forhindring for at forstå og forklare det som evalueres. Og det samme gælder evalueringssystemet forskeruddannelse. En stipuleret systematisk fremgangsmåde skjuler at hvis den samme metode anvendes under forskellige omstændigheder, opnås ikke-sammenlignelige resultater. Og det skjules at hvis metoden anvendes metodisk, skyldes det ikke regelfølge, men at metodens regler vælges og anvendes pr. *habitus*, som socialt betinget præference. Desuden udgør evalueringerne en systematisk forhindring for netop denne indsigt, frem for alt i og med en naturalisering af fremgangsmåden.

Et slør bag et røgslør, altså.

Læser man andre normale evalueringer, ser man tydeligt en systematisk tendens til hvilke former for anbefalinger som gives. Allerede inden UKÄ's evaluering af forskeruddannelsen er færdig, er det derfor muligt at signalere hvilke anbefalinger der kommer i evalueringen: flere metodekurser som genfortæller en *story* om hvordan det burde fungere ifølge en idebåret forestilling, stærkere social kontrol og styring af forskningen gennem medlemskab af forskergrupper, større internationalt samarbejde som forstærker denne sociale kontrol, osv. Det betyder mindre tid for en forskerstuderende til i praksis at lære sig at forske, dvs. agere socialt i et forskersamfund, færre muligheder for en forskerstuderende til stædigt at forfølge sine egne forskningsinteresser og mindre tid for en forskerstuderende til at lære sig teoretisk at forstå dette og betingelserne for det. En forskerstuderende lærer sig i stedet at tale om forskning på den rette måde, og lærer sig hverken at forske eller at forstå mulighedsbetingelserne for forskning og forskeruddannelse.

Udvikles forskeruddannelsen efter disse anbefalinger, kommer altså også forskeruddannelsen til at fungere som en systematisk forhindring for at en forskerstuderende lærer sig at forske og at producere ny erkendelse. Denne forhindring udgør den egentligt pædagogiske funktion af evalueringssystemet forskeruddan-

nelse. Den pædagogiske funktion af UKÄ's evaluering af forskeruddannelsen i Sverige bliver at forstærke disse effekter.

Når staten – som i tilfældet med både Vetenskapsrådet i Sverige og Forskningsrådssystemet i Danmark – prioriterer finansieringen af forskning, sker det ganske vist pr. stedfortræder, nemlig pr. evaluerende specialist. Men det er som om staten ikke har en interesse i at der produceres nye indsigter, ny erkendelse. Den eneste grund til overhovedet at have et moderne universitet er dog at der også skal findes plads til at vedtagne sandheder systematisk kan udfordres. Ellers er der stor risiko for at staten hersker despotisk, jf. Immanuel Kant som mente at i moderne samfund skal vedtagne sandheder, som direkte er i statens interesse, udfordres af en præcis lige så legitim position på universitetet for at teste sandhedsværdien af de vedtagne sandheder. Denne strid skal foregå inden for universitet og udgør ingen trussel mod en demokratisk stat. Tværtimod sikrer striden mellem fakulteterne at staten ikke hersker despotisk.

Men i stedet for at være til fordel for det moderne universitet med mange forskellige forskningstraditioner, ser det ud som om en bureaukratiserende elite, på vegne af en tilbagetrukket stærk stat har haft held til pr. kup at tilrane sig magten over universitetet og at monopolisere kundskabsproduktionen med evalueringer som middel. Denne elite er både selvsupplerende og selvkonsekrerende (koopte-rende, jf. desuden Ingegerd Gunvik-Grönbladhs svenske doktorsavhandling, se: <https://shar.es/1tThue>) hvilket forstærker funktionen. Ganske vist bestemmer alle relativt autonome grupper selv deres regler. Men når sorteringen som i dette tilfælde foregår pr. administrativ, bureaukratiserende logik (fokus på orden og systematik, metoden osv.) og ikke pr. videnskabelig logik (den bedste indsigt vinder), forstærkes en anti-demokratisk funktion. Deraf desuden betegnelsen bureaukratiserende elite frem for en bureaukratisk elite fordi det sidste kunne signalere at en administrativ allokering spillede den vigtigste rolle – jf. implikationen hos Catherine Bell af forskellen mellem *ritual* og *ritualiseret praktik*: det er ikke de praktiske handlinger *i sig selv* som har et indhold og betydning; det er en vis foranderlig praktik som socialt tillægges en vis rituel værdi eller symbolsk betydning. Jf. også Max Webers diskussion af hvordan bureaukratiet parasiterer når bureaukraten begynder at tænke selv.

Min forskning har også vist at fx den meta-evaluerende, normative forskning bag evalueringer, den såkaldte evalueringsforskning (forskning som ledsager evalueringer, og som er af legitimerende nødvendighed for disse evalueringer), *i sig selv* udgør en stærk trussel mod en videnskabelig forskning. Ikke fordi normativ forskning konkurrerer med videnskabelig viden; det er helt forskellige ting. Problemet er at det underforstås at selv resultater fra administrativt initieret og administrativt styret forskning, fx evalueringer/evalueringsforskning, har samme status som videnskabelige fund, trods det faktum at evalueringer/evalueringsforskning ikke overholder videnskabens regler. Fx behandles de svar som gives i de inter-

views og spørgeskemaer som benyttes i evalueringer, end ikke i overensstemmelse med metodebogen. I stedet behandles de som om resultatet umiddelbart fremgår som en selvfølgelighed.

På dansk kaldes den slags forskning typisk 'anvendt forskning', uanset at forskningen hverken er anvendt (jf. Ludwig Wittgensteins diskussioner af at følge en regel, hvilket kræver en regel for at følge en regel, hvilket i næste omgang kræver en regel for at følge reglen om at følge en regel osv. i en uendelig regres) eller forskning i videnskabelig forstand (jf. Durkheims og Bourdieus distinktioner). Hvis det desuden var så enkelt som det suggereres i fx evalueringer, som normalt har karakter af opinionsundersøgelser, og som derfor meget billigere kunne produceres på et ministerielt forkontor, hvad skal vi så med et universitet?

Vi skal frem for alt ikke diskutere ud fra et sådant udgangspunkt. I stedet ser jeg det som nødvendigt systematisk og aktivt at opponere mod anvendelsen af evalueringer af enhver slags, inklusive normativ, evaluerende forskning som alene fungerer legitimerende for allerede socialt nødvendige politisk-administrative dispositioner – dispositioner som i sin tur ser ud til at inkludere en ødelæggelse af et moderne universitet.

Ud over det som angives ovenfor, kendetegnes et moderne universitet af forskningsbaseret undervisning i den betydning at det er samme person som underviser og forsker. Med forskning i tjenesten findes denne mulighed; uden forskning findes muligheden ikke fordi forskningsfinansieringen kontrolleres af den tilbagetrukne stærke stat. Med UKÄ's evaluering som middel udvikles det moderne universitet mod et universitet efter det moderne hvor forskning og undervisning gennemføres af forskellige personer/grupper med forskellige sociale karakteristika og således at en tilbagetrukket stærk stat styrkes på bekostning af produktionen af ny indsigt/erkendelse.

Monopoliseringen af kundskabsproduktionen med evalueringer som middel indebærer at kun en vis form for forskning kan produceres, og dermed at kun en vis form for forskning kan anvendes i undervisningen – med den konsekvens at den tilbagetrukne stærke stat kan herske despotisk *som om* det skete på baggrund af forskning udvalgt som den kvalitativt bedste og ikke som den socialt set mest adækvate.

Desuden skal vi alle holde op med at blande alting sammen og indse de alvorlige konsekvenser af at det sker. Vi må kræve at den som vil føre politik, fører politiken pr. politiske stillingstager og ikke pr. kvasi-undersøgelser initieret af en dominant, bureaukratiserende elite. Og vi må kræve at den som vil udøve forskning, generobrer definitionsretten og forsker pr. videnskabelig rekonstruktion og ikke pr. administrativ logik. Hvis dette ikke sker, er det altødelæggende ikke alene for et moderne universitet, som allerede nu er næsten helt forsvundet, men desuden for moderne samfund og for demokratiet som har brug for begge positioner, den normale og udfordrerens.

