

Mellem bureaukrati og profession

Et komparativt blik på sygeplejerskers og socialrådgiveres erfaringer med hospitalsarbejde

Niels Sandholm Larsen, Ulla Søbjerger 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 (Ander sen, 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; Sygehussocialrådgiverfaggruppen 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 sygehussozialrådgivere 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 dialyse kandidat.

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, forsørgelsesproblemer, problemer i forhold til rådighedsregler m.v. Disse kombineres så med klassifikationer af sygdomme og sygdomsforløb, og de social- og sundhedsfaglige 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 indlæggelses- 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 sidste 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 faktisk 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 relationen til kommunale aktører fremstilles af henholdsvis sygeplejersker og socialrådgivere. Hos sygeplejerskerne omtales samarbejdet med kommunal hjemmepleje, 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. Sygehusocialrådgiverne kan ikke træffe afgørelser, beslutningskompetencen 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 selvfølgelig 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 toilettet, 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, forsikringselskab 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, hjørnestenen 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 fagbureaukrati. 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 fagbureaukrati. Fagbureaukratiets 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 professionelle faglige autonomi. På den anden side understøtter de faglige strukturer de professionelle 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 medicinske 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 Lynggaard (red.) Nyt Nordisk Forlag.
- Sandholm Larsen, N. 2010. *Manualer og reproduktion af viden i sygeplejerskers kliniske arbejde*. *Gjallerhorn, 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.

