

Anerkendelsesbehov og krænkelserfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv nye omdrejningspunkter i arbejdsmiljøarbejdet?

Gleerup, Janne

Published in:
Bladet fra munden

Publication date:
2015

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Gleerup, J. (2015). Anerkendelsesbehov og krænkelserfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv: nye omdrejningspunkter i arbejdsmiljøarbejdet? I J. Gleerup (red.), *Bladet fra munden: mod og vilje til et godt arbejdsliv* (1 udg., s. 109-125). [7] Dansk Sygeplejeråd. <http://www.dsr.dk/bladetframunden>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@ruc.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.



Bladet fra munden

– mod og vilje til et godt arbejdsliv



Bladet fra munden

– mod og vilje til et godt arbejdsliv



Bladet fra munden

– mod og vilje til et godt arbejdsliv

www.dsr.dk/bladetframunden

Layout: Dansk Sygeplejeråd 2015

Redaktør: Janne Gleerup

Illustrationer: Mai-Britt Bernt Jensen

Tryk: ArcoRounborg A/S

ISBN: 9788772669991

Copyright © Dansk Sygeplejeråd november 2015.

Fotografisk, mekanisk eller anden form for gengivelse eller mangfoldiggørelse er kun tilladt med angivelse af kilde.

Indhold

Psykisk arbejdsmiljø – arbejdsplads- eller samfundsansvar? Af Dorte Steenberg, næstformand	s. 07
Indledning Af Janne Gleeurup, redaktør og arbejdslivsforsker	s. 11
Det psykiske arbejdsmiljø mellem lovgivning og aftalesystem Af professor Kurt Jacobsen, Copenhagen Business School	s. 15
Bæredygtig produktivitet og et bæredygtigt arbejdsmiljø Af professor Steen Hildebrandt, Århus Universitet	s. 25
New Public Management og sygeplejersker – plager og potentialer Af lektor Lene Dalsgaard og professor Henning Jørgensen, Aalborg Universitet	s. 43
Sygeplejerskearbejde med mening og værdi Af professor Betina Dybbroe, Roskilde Universitet	s. 63
Arbejdsmiljø og sygepleje i et magtpolitisk felt Af førsteamanuensis, ph.d. Ole Jacob Thomassen, Campus Vestfold og professor Kristian Larsen, Aalborg Universitet	s. 81
Ansvarlig autonomi i en bæredygtig sundhedssektor Af professor Helge Hvid, Roskilde Universitet	s. 95
Anerkendelsesbehov og krænkelsererfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv Af Lektor, ph.d. Janne Gleeurup, Roskilde Universitet	s. 109
"Ansaret skal tilbage til sygeplejersker og læger" Interview med Ritt Bjerregaard	s. 127
En 'vi alene vide'-kultur er ødelæggende Interview med Kurt Damsgaard	s. 132

REGISTRERING

PRODUKTIVITETSSTIGNING

YDELSESSTYRING

EFFEKTIVISERING

STYRINGSMEKANISMER

PATIENT-
INDDRAGELSE

BUREAUKRATI

UDREDNINGSGARANTI

OMSORG

PAKKEFORLØB

DOKUMENTATION

BEHANDLINGSGARANTI



Psykisk arbejdsmiljø

– arbejdsplads- eller samfundsansvar?

Undren er en væsentlig kilde til at skabe forandring. Tilblivelsen af denne bog startede netop med en undren: Hvordan kan det være, at det, til trods for stribevis af statistikker og undersøgelser, der belyser store problemer med det psykiske arbejdsmiljø blandt alle faggrupper, er så svært at få gjort noget ved og ikke mindst få rejst en samlet politisk indsats med fokus på at reducere problemerne i arbejdsmiljøet? Indeholdt i denne undren var også antagelsen om, at problemer i det psykiske arbejdsmiljø – ikke mindst omfanget taget i betragtning – må have rødder ikke kun i virksomheds- eller arbejdspladsforhold, men også i aktuelle samfundspolitikker og kulturer.

Det satte vi os for at udforske med denne bog, og forhåbentlig kan bidragene i bogen medvirke til at skabe nytænkning med fokus på helhed og bæredygtighed i den offentlige sektor og i vores velfærdssamfund.

Dansk Sygeplejeråds naturlige afsæt er sygeplejersker og de arbejdspladser, hvor sygeplejersker yder et væsentligt bidrag til velfærdssamfundet. Derfor er udgangspunktet i bogen sundhedssektoren og de hverdagsoplevelser, sygeplejersker beretter om. Men ved at invitere teoretikere med et bredt fagligt ståsted til at bringe deres viden og forskning i spil i relation til hverdagserfaringerne, er det ambitionen med denne bog at overskride sundhedsvæsnet grænser. Det er også ambitionen at overskride hverdagsforståelser om det psykiske arbejdsmiljø og give nye perspektiver på, hvor der kan sættes ind for at skabe forbedringer i det psykiske arbejdsmiljø.

Vi vil have forandring

Vi vil have forandring i det psykiske arbejdsmiljø. Forandring er en nødvendighed af hensyn til kvaliteten i den offentlige velfærd, medarbejdernes helbred og arbejdsmiljø, men også af hensyn til samfundsekonomien, der i den grad belastes af et 'sygt' arbejdsmiljø, som årligt koster 3 % af bruttonationalproduktet. Det er ikke muligt at skabe forandringen på den enkelte arbejdsplads alene. Det er et samfundsanliggende, fordi – som artiklerne i bogen også peger på – der er en kobling mellem samfundspolitik og arbejdet, ikke mindst i den offentlige sektor.

Moderniseringens politik

For den offentlige sektors vedkommende er der tale om, at dét, der samlet betegnes 'modernisering af den offentlige sektor', på mange måder har forandret indholdet af arbejdet og arbejdets organisering.

ring. Der er tale om grundlæggende ændringer i politiske krav, økonomiske betingelser og ledelsesmæssig organisering. I takt med at skiftende regeringer har bremset væksten i de offentlige udgifter, er hensynet til økonomien blevet stadig vigtigere. Kravene til produktion er øget, mens kvaliteten er kommet i anden række. Det målbare er blevet omdrejningspunkt, og i takt hermed forandres fagligheden og blikket for det enkelte menneske. Centrale mål for succes handler ikke længere om patienterne/borgerne, men om tal, grafer og output. I stedet for at se borgeren som et individ med særlige behov, bliver der talt om diagnoser, og i stedet for at fokusere på at gøre borgeren rask, fokuseres på udskrivelse. I det økonomiske og produktionseffektive rationale forsvinder dermed diskussionen om, hvad det er for et velfærdssamfund, vi ønsker nu og i fremtiden.

Hvordan 'moderniseringen af den offentlige sektor' har betydning på den enkelte arbejdsplads er naturligvis differentieret, og forandringerne kan opleves forskelligt afhængig af sektor og indenfor den samme sektor. Grundlæggende er der dog en række fællestræk, der betyder, at relationen mellem den ansatte og vilkårene i arbejdslivet har fået en sådan karakter, at de ansatte ikke selv længere oplever at kunne kontrollere og håndtere deres arbejdsliv. Ikke mindst fordi øget standardisering af arbejdet underminerer sammenhænge og helheder, samtidig med at faglige argumenter bliver svækket og kravene til borgerinddragelse øget.

En grundfigur i forandringerne i samfundet og på arbejdspladserne kan forstås med baggrund i et nyliberalt tankesæt og/eller det forskere har analyseret sig frem til som 'konkurrencestaten'. Her er værdien i samfundet lig med den værdi, der kan skabes og fastsættes på et marked eller på markedslignende vilkår, og institutioner og regler, der sætter grænser for markedet, skal dereguleres. Kollektiv organisering og stærke fagforeninger er i den yderste konsekvens ikke forenelige med dette tankesæt, fordi det vil stå i vejen for markedets realisering.

Der eksisterer en hel del forskning og undersøgelser om vilkår for arbejdet i dagens Danmark, i den offentlige sektor og i sundhedsfeltet specifikt. En samlæsning af de mange forskningsbidrag på området bidrager til en forståelse af en velfærdsstat og et sundhedsfelt, hvor gennemførelse af nye styringsteknologier, nye ledelsesformer, ny- eller omorganisering af arbejdet og skift i værdisæt kombineret med snævre økonomiske rammer har betydet skærpelse af en række paradokser knyttet til arbejdet og knyttet til relationerne i arbejdet. Dermed bliver det aktørerne i frontlinjen, her forstået som sygeplejepersonale, patienter og pårørende, der skal håndtere modsætningerne konkret og i praksis.

Efterhånden er New Public Management (NPM) implementeret i fuld skala i de offentlige sektorer. Flere af artiklerne i bogen indeholder derfor også en analyse af NPM og NPM's konsekvenser for



Hospitalet udskriver patienterne, inden de er færdigbehandlede set fra kommunernes side. Så det betyder, at de opgaver eller de ydelser, der skal løses af vores sygeplejersker, de er helt anderledes end de var for to, tre, fire, fem år siden. Det gør, at vi står overfor nogle udfordringer med kompetenceløft.

Overordnet leder, sygeplejerske, DSR, 2015

arbejdsmiljø og faglighed. Artiklerne lægger, afhængigt af forfatterens udgangspunkt, vægten forskellige steder. Det kan være på NPM som:

1. En politisk strategi for at ændre og reducere den offentlige sektors størrelse og rolle
2. En ny diskursiv ramme for det offentlige; dvs. en særlig måde at italesætte nyttebetragtninger og nyliberale værdier på (modgående det offentlige etos og fagprofessionelle rationaler)
3. En forvaltningspolitik, der overfører den private sektors ledelsesmetoder og styringsmekanismer
4. En styringsværktøjskasse: Fagprofessionel ledelse svækkes og styring ud fra standardiserede økonomiske kriterier og teknologier styrkes. Resultatet bliver, at de fagprofessionelles bestemmelse og dømmekraft svækkes, og at det er vanskeligt at lede ud fra faglige kriterier.

Vores erfaring i Dansk Sygeplejeråd er, at denne udvikling – her forstået bredt og ikke kun som NPM, men i høj grad som kombinationen af NPM sammenholdt med en for stram økonomi, en historisk forældet organisationsform, forandringer i sygdomsmønstre, demografi samt langt flere og nye behandlingsformer – samlet set har en række alvorlige konsekvenser. Dels for patienterne, der oplever mangel på sammenhæng, fald i kvalitet, stigende social ulighed i sundhed – erfaringer og oplevelser, der tenderer til at undergrave tilliden til sundhedsvæsenet. Dels for personalet, hvor forandringshastigheden betyder tab af dyrebar viden og erfaring og gør det svært at være på omdrejningshøjde. Kort sagt betyder det mangel på kontrol over situationen. Mange oplever også problemer med at udføre deres arbejde fagligt forsvarligt. Dansk Sygeplejeråds seneste kortlægning af sygeplejerskernes arbejdsmiljø, trivsel og helbred viser, at halvdelen af alle sygeplejersker mener, at de ikke kan udføre deres arbejde fagligt forsvarligt og tilskriver det faktorer i arbejdsmiljøet.

I visse dele af ledelseslitteraturen og debatten har det været fremstillet, som om NPM er på vej ud for i stedet at blive erstattet af noget andet og bedre. Det er efter vores opfattelse ikke korrekt. Idéerne og filosofien fra NPM materialiserer sig stadig stærkt i store dele af den offentlige sektor, og der er i høj grad brug for radikale brud og nye politiske visioner, hvis vi skal nogen af alle dårligdommene til livs.

Yderligere to forhold gør, at der er behov for radikale brud og nye politiske visioner. Det ene er den stærke centralisering af hospitalerne, der har fjernet lokalbefolkningernes indflydelse på sundhedspolitikken, altså et demokratisk problem. Det andet er fokus på sundhed som en omkostning. Tilsammen giver disse tre udviklingstræk – NPM, centralisering og et ensidigt fokus på økonomi



Der ligger sådan en latent trussel hele tiden om, at hvis ikke du kan skabe resultater, så er du heller ikke kvalificeret til at sidde i din stilling. Så der er sådan en indgroet angst for at pege på, at her er der nogen opgaver, og dem kan jeg simpelthen ikke løse. Så det bliver pludseligt rigtigt farligt at gå opad i systemet, og pege på at vi har en udfordring, og jeg kan ikke løse den alene. Og sige fra og turde sige fra over for de udfordringer, der er.

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

ringe muligheder for både befolkningens og de professionelles indflydelse på et meget væsentligt menneskeligt anliggende, nemlig kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Med andre ord: Vi har som samfund og sundhedsvæsen ikke brug for mere virksomhedsgørelse og opsplittning i siloer. Derimod har vi brug for helhedstænkning og demokratiske debatter om, hvordan vi får skabt et sundhedsvæsen og et arbejdsmiljø til gavn for både borgere, patienter, ansatte og samfund.

Et godt arbejdsliv

Forskere peger på tre mekanismer, der har betydning for velbefindende i arbejdslivet og dermed er relateret til vores oplevelse af kontrol over eget (arbejds)liv. Den første mekanisme er, at det at kunne skabe og handle giver oplevelsen af meningsfuldhed, og af at vi bidrager til samfundsmæssig nytte. Den anden mekanisme er, at vi har tillid til vores omgivelser og oplever sikkerhed og en vis kontinuitet. Den tredje mekanisme knytter sig til begreberne stolthed og værdighed. Det centrale i forhold til mekanismerne er, at de på en eller flere måder kommer under pres i de forandringer, der har fundet og aktuelt finder sted på offentlige arbejdspladser, men også på private.

Forandring kræver handling

Artiklerne i denne bog demonstrerer, med afsæt i sygeplejerskers erfaringer, hvordan de centrale mekanismer i arbejdslivet kommer under pres, samtidig med at forfatterne til artiklerne alle peger på et stort behov for at (turde) tænke anderledes, finde nye veje og også selv giver konkrete bud på disse veje med hver deres perspektiv.

Som en af forfatterne pegede på under bogens tilblivelse: *‘Vi ved rigtigt meget om årsagerne til psykiske arbejdsmiljøproblemer, i modsætning til mange andre sygdomme, så hvorfor sker der ikke noget mere? Underligt, ikke mindst set i lyset af, at mange bliver alvorligt syge, når et presset psykisk arbejdsmiljø udvikler sig til stress og måske depression eller angst’*

Der er derfor al mulig grund til at gribe til politisk handling. Det er alt for vanskeligt for den enkelte ansatte eller den enkelte leder, både at få hold i kompleksiteten af problemerne og at kunne ændre på nogle af de grundlæggende politisk skabte betingelser, arbejdet skal udføres og organiseres under. Kort sagt drejer det sig om at skabe betydelige forbedringer af handlemuligheder og handlerum, når det kommer til det psykiske arbejdsmiljø – og at gøre det ved indsatser på samfundsniveau.

Det betyder ikke, som også flere af artiklerne peger på, at der ikke er muligheder for lokalt på arbejdspladsen at tage fat om nældens rod og iværksætte handlinger, der skaber forbedringer. Men det betyder, at der skal forandringer til på alle niveauer og særligt på samfundsniveau, hvis opgaven: At skabe et godt psykisk arbejdsmiljø, skal lykkes hele vejen rundt.

Det psykiske arbejdsmiljø er ikke hugget i sten, hverken i sundhedssektoren eller i andre brancher og virksomheder i Danmark. Arbejdsmiljøet er skabt af mennesker og kan også ændres af mennesker.

Min forhåbning er, at denne bog giver inspiration til, hvordan vi kommer videre, og at mange vil gribe bolden, så vi sammen kan skabe en ny arbejdsmiljøvej at gå ad.



Dorte Steenberg
Næstformand

Indledning

Denne antologi udgør et eksperiment. Den bryder i sin tilblivelse og form med vante metoder og kendte genrekrav, og den forsøger i flere henseender at gå på tværs af eksisterende skel og grænser mellem aktører, som har erfaringer med, holdninger til og beslutningskompetence i relation til udvikling af vores fælles velfærd. Ambitionen er at skærpe det samfundsmæssige fokus på arbejdsmiljøets vigtighed i et helhedsorienteret perspektiv – dvs. såvel til gavn for de ansattes arbejdsliv, som for borgernes oplevelse af at få afhjulpet behov, og til gavn for kvalitetssikringen i den samfundsmæssige udvikling i bredere forstand. Med bogen forsøger vi at udvikle nye tværgående indsigter i problemsammenhænge og mulige løsninger på de arbejdsmiljøproblemer, som på forskellig vis rammer ikke blot sundhedsprofessionelle, men også mange andre af velfærdens faggrupper.

En mangfoldighed af stemmer

Bogens tilblivelsesform og grundidé om at "gå på tværs" har et demokratisk sigte, udmøntet i et forsøg på at udvide deltagelsesrummet for diskussions- og beslutningsprocesser. Det har vi gjort ved at give plads til - og sammenføre - forskellige stemmer, som fra hvert deres sted bidrager med værdifulde indsigter og perspektiver, hhv. praktikere, meningsdannere og eksperter fra forskellige forsk-

”

Hvis man nu hævede sig lidt og så i et helikopterperspektiv på længere sigt, hvad er det så, vi vil bruge vores ressourcer på? Skal de bruges på at køre sur i det her? Nej, det skal de ikke. Vi skal sikre, at borgerne undgår indlæggelser. Ja, hvordan gør vi det? Det gør vi ved, at vi har en høj sygeplejefaglig standard.

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

ningsmiljøer. Vi har forud for bogens tilblivelse gennemført en række interviews med repræsentanter fra sygeplejens forskellige maskinrum, både med menige sygeplejersker, sygeplejersker med ledelsesansvar på forskellige niveauer og tillidsvalgte, engageret i styrkelse af det gode arbejdsmiljø. Indsigter fra disse samtaler har vi viderebragt til forskere, som har bragt disse stemmer i spil med den forskningsviden, som de hver især har specialiseret sig indenfor. Vi har endvidere givet stemme til to aktive debattører i den offentlige debat, der qua deres arbejdsliv har repræsenteret politisk indflydelse, og som samtidig har personlige erfaringer med, hvordan udviklingen af sundhedssektoren har haft betydning for deres personlige oplevelser som henholdsvis patient og pårørende.

Antologiens kunstneriske illustrationer er for så vidt også bærere af en demokratisk ambition. De er blevet til med inspiration fra interviewenes mange praktiske eksempler. Ved deres symbolske sprog kan de indfange og udfolde stemninger, uforløste følelser og fornemmelser, som måske ikke umiddelbart lader sig forklare med ord, men som alligevel indeholder vigtige vidnesbyrd om, hvad der er på spil i en kompleks, ofte travl og modsætningsfyldt hverdag. De kunstneriske udtryk åbner derved til erkendelseskanaler, som kan styrke vores følsomhed over for det, vi endnu ikke helt kan forklare, endsige handle på – men som kan spore os i søgen efter mere dybdegående forståelser og løsninger.

Kvalitetssikring gennem helhedsorientering

Vi ønsker med antologien i al beskedenhed at styrke kvaliteten i den offentlige debat ved at søge sammenhænge og helhedsperspektiver, fremfor at bidrage til, at diskussions- og beslutningsprocesser om udviklingsretningen i velfærdssamfundet foregår i adskilte kontekster. Forandringer i den størrelsesorden, som arbejdsmiljøproblemernes eskalerende udbredelse tilsiger, forudsætter, at der etableres arenaer, hvor løsninger kan udvikles på tværs. Det være sig på tværs af praksiserfaringer, abstrakt ekspertviden og politiske værdier og -resortområder, såvel som på tværs af opsplitninger mellem individ-, arbejdsplads- og samfundsniveau i problemstillingerne.

Vi har med antologien gjort et konkret forsøg på praktisere et sådant møde ved at bringe forskellige vidensformer og erfaringsniveauer i tættere dialog end tilfældet normalt er.

Fra ord til handling

Hverdagsligt og intuitivt ved vi alle en hel masse om, hvad der skaber dårligt arbejdsmiljø og hvad der omvendt fremmer trivsel og kvalitet i opgaveløsningen. Og fra forskningen har vi omfattende do-



Det der med at skulle bruge ordet umyndiggørelse, synes jeg faktisk beskriver meget godt, hvad det er, der er sket. Over de sidste år er der sket en gradvis forringelse af tilliden til de medarbejdere, der er i sundhedsvæsenet.

Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015

kumentation for nødvendigheden af at adressere arbejdsmiljøproblemerne, heri også indeholdt en masse vigtig viden om, hvor der klogt kan sættes ind. Også interesserer i det politiske miljø er bæ-
rere af specialviden, politiske værdier og magt, som med fordel kan bringes i mere produktiv dialog
– hvis vi da ellers kan høre hinanden. Hvad der f.eks. af en sygeplejerske i et af vores interview med
et hverdagsligt sprog forklares som: "Man går jo ikke i Matas for at købe en bil vel?" kaldes måske i et
akademiseret forskningssprog for "sammenstød foranlediget af uafstemte forventningshorisonter".
Fra politisk hold ville man måske tale om "nødvendigheden af eksakte standarder for servicenivea-
et". Bag de sproglige forskelle er der også forskellige tilgange til virkeligheden, som hver især udgør
vigtige perspektiver. Skal den negative udvikling i arbejdsmiljøet vendes, skal vi blive bedre til kollek-
tiv problemløsning og dialoger på tværs, så vigtige input ikke går til spilde. Med bogens titel tager vi
udfordringen op. Et godt arbejdsliv kræver både mod og vilje – hos os selv og til hinanden. Bladet fra
munden – og lad os så komme i gang!



Janne Gleerup
Redaktør
Arbejdslivsforsker, Roskilde Universitet

”

*Så laver man en ny ledelsesstruktur, som er fuldstændig modsat den teori, som man nu har satset så stort på
skal rundt på hospitalerne. Så det er det der med, at man siger, det vil man med den ene hånd, og med den
anden hånd gør man noget modsat.*

Overordnet leder, sygeplejerske, DSR, 2015



Det psykiske arbejdsmiljø mellem lovgivning og aftalesystem

Af professor Kurt Jacobsen, Copenhagen Business School

“Man skal ikke blive syg af at gå på arbejde i Danmark”

Opmærksomheden omkring sygeplejerskers arbejdsmiljø er af nyere dato, og det samme gælder opmærksomheden omkring det psykiske arbejdsmiljø – et vilkår, der deles med mange andre ansatte i både den offentlige og den private sektor. Det var først med Arbejdsmiljøloven i 1975, at den offentlige sektor – og dermed sygeplejerskers arbejdsmiljø – i Danmark blev fuldt ud omfattet af dét, der indtil da havde heddet arbejderbeskyttelseslovgivningen.

Som faggruppe er sygeplejersker udsat for en bred vifte af arbejdsmiljørisici som infektioner, muskel og skeletskader, påvirkninger fra giftige stoffer, lægemidler og gasser, tilskadekomst ved glide, snuble og faldulykker m.m. En særlig gruppe er de såkaldte psykosociale risici, der har sit udspring i det psykiske arbejdsmiljø, og som fører til bl.a. udbrændthed og stress med fare for egentlige psykiske sygdomme som depression. Det er denne type af risici, som i de senere år er blevet den mest betydende arbejdsmiljørisiko for sygeplejersker i Danmark. Det var en udvikling, der slog igennem omkring årtusindeskiftet. En undersøgelse foretaget af pensionskassen PKA i 2005 dokumenterede således, at hvor slidgigt, ryglidelser og muskelsygdomme 10 år tidligere var den primære grund til, at sygeplejersker fik bevilget førtidspension, så var psykiske lidelser nu hovedårsagen. Ud af 189 sygeplejersker, der dette år fik tilkendt førtidspension, var psykisk sygdom årsag i 64 tilfælde, svarende til en tredjedel.

At arbejdsbetingede psykiske sygdomme i det hele taget havde udviklet sig til et alvorligt sundhedsproblem dokumenteredes af en rapport fra 2006 om risikofaktorer og folkesundhed, som Statens Institut for Folkesundhed udarbejdede for Sundhedsstyrelsen. Ifølge rapporten kunne 1.400 årlige dødsfald relateres til psykisk arbejdsbelastning, hvilket mindskede middellevealderen for danske mænd med 6-7 måneder og med et halvt år for kvinder (1).

En udslagsgivende årsag til det voksende antal arbejdsbetingede psykiske sygdomme har været en manglende indsats på området, selvom Arbejdsmiljøloven af 1975 havde til formål at bedre såvel det fysiske som det psykiske arbejdsmiljø. Begreberne var ganske vist ikke indføjet i selve lovteksten, men i bemærkningerne til loven blev det fastslået, at loven omfattede både det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø, der ligestilledes.

Det blev imidlertid ikke en ligestilling i praksis, og på baggrund af et konstant voksende antal sygdommeldinger og førtidspensioneringer forårsaget af et dårligt psykisk arbejdsmiljø, blev der, som led i en arbejdsmiljøreform i 2004, sat øget fokus på bekæmpelse af dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Trods reformen og den øgede indsats fandt beskæftigelsesminister Mette Frederiksen (S) det alligevel nødvendigt så sent som i april 2013 at tydeliggøre i Arbejdsmiljøloven, at det psykiske arbejdsmiljø var lige så vigtigt som det fysiske. Det skete ved, at ligestillingen af de to typer arbejdsmiljø blev indskrevet i selve lovteksten. Mette Frederiksens begrundelse var:

Man skal ikke blive syg af at gå på arbejde i Danmark, så enkelt er det. Men vi må bare konstatere, at et moderne arbejdsmarked også giver mange psykiske belastninger, stresskader og nedslidning, og det er et voksende problem (2).

Regulering og tilsyn med det psykiske arbejdsmiljø

At Danmark i 2013 havde – og stadig har – alvorlige problemer med det psykiske arbejdsmiljø dokumenteres af tal fra Arbejdstilsynet. Af i alt 21.318 anmeldte tilfælde af erhvervssygdomme vedrørte de 4.646 – eller knap 22 procent – psykisk sygdom. Hermed var psykiske sygdomme den næsthypigst anmeldte erhvervssygdom. Af i alt 30.815 anmeldte sundhedsskadelige påvirkninger udgjorde de psykosociale påvirkninger 8.582 eller 28 procent (3).

Statistikkerne åbenbarer imidlertid også et andet forhold, nemlig at Arbejdstilsynet i 2013 kun udstedte 1.019 påbud og afgørelser i sager om dårligt arbejdsmiljø. Det svarer til blot 4,3 procent af Arbejdstilsynets i alt 23.472 udstedte afgørelser og påbud omfattende alle typer af arbejdsmiljøproblemer i 2013. Til gengæld udførte Arbejdstilsynet vejledning i 1.146 tilfælde af dårligt psykisk arbejdsmiljø, svarende til 24 procent af samtlige vejledningsreaktioner (4).

Der eksisterer således et tydeligt misforhold mellem udbredelsen af arbejdsbetingede psykiske sygdomme og Arbejdstilsynets indsats mod dårligt psykisk arbejdsmiljø. Ligeledes synes Arbejdstilsynet at udvise en vis tilbageholdenhed, når det gælder udstedelse af påbud, og at man i stedet foretrækker at udføre vejledning.

Årsagerne hertil kan være mange, herunder at det er vanskeligere og mindre håndgribeligt at konstatere og håndtere psykiske arbejdsmiljøproblemer end klassiske fysiske arbejdsmiljøproblemer som afskærmning af maskiner, beskyttelse mod farlige stoffer, eliminering af risiko for faldulykker m.m.

En anden og helt afgørende årsag har imidlertid været, at arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø er blevet hæmmet, dels af politiske grunde, dels af hensyntagen til ledelsesretten – altså af arbejdsgivernes ret til at lede og fordele arbejdet.

Indtil Arbejdsmiljøloven af 1975 havde lovgivningen om arbejdsbeskyttelse holdt sig på afstand af forhold, der var omfattet af aftalesystemet på arbejdsmarkedet og herunder respekteret ledelsesretten. Det ændredes med inddragelsen af det psykiske arbejdsmiljø, hvor risikofaktorerne netop udspringer af bl.a. interpersonelle relationer, herunder ledelsesforhold og forholdene mellem medarbejderne på arbejdspladsen i det hele taget.

Spørgsmålet om reguleringen af det psykiske arbejdsmiljø blev ikke voldsomt debatteret under Folketingets forhandlinger om arbejdsmiljøloven, ligesom ingen af lovgiverne syntes at have gjort sig overvejelser om grænsedragningen i forhold til aftalesystemet og især ledelsesretten.

Hos arbejdsmarkedets parter var man imidlertid opmærksomme på implikationerne af inddragelsen af det psykiske arbejdsmiljø, og i midten af 1990'erne kom det til en styrkeprøve mellem Arbejdstilsynet og de offentlige arbejdsgivere om, hvor grænserne for Arbejdstilsynets kompetence gik i forhold til arbejdsgivernes ledelsesret – en styrkeprøve, som faldt ud til ledelsesrettens fordel.

Formålet med denne artikel er 1) at blotlægge forløbet af denne styrkeprøve, såvel som grundlaget herfor i aftalesystemet og lovgivningen, og disse to reguleringsområders gensidige relation, 2) at klargøre følgerne af styrkeprøven, og hvorledes rammerne for indsatsen mod et dårligt psykisk arbejdsmiljø blev påvirket heraf med den konsekvens, at det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø den dag i dag ikke er reelt ligestillet.

Aftalesystem og lovgivning

Arbejdet med at beskytte arbejderne mod ulykkes- og sundhedsfarer på arbejdspladserne går langt tilbage. Den første arbejdsbeskyttelseslov i Danmark blev således vedtaget tilbage i 1873, men loven havde først og fremmest til formål at begrænse børnearbejdet i den fremvoksende industri. Det var arbejdsgivernes ansvar at overholde loven, og til at føre tilsyn med at det skete, oprettedes det nuværende Arbejdstilsyn med mulighed for at udstede påbud og skride til politianmeldelse med mulig idømmelse af bøder. I 1889 fulgte Maskinbeskyttelsesloven om beskyttelse af arbejderne mod ulykkesfarer fra det voksende antal maskiner på arbejdspladserne.

En egentlig arbejderbeskyttelse i bred forstand tog sin begyndelse med vedtagelsen af Fabrikloven af 1901. Lovens formål var at sikre, at virksomhederne var indrettede, så "Arbejdernes Sundhed, Liv

og Lemmer er beskyttet". Udover en række generelle sundhedsbestemmelser gav loven indenrigsministeren bemyndigelse til at udstede regler for de enkelte brancher. Det var arbejdsgiverens forpligtigelse under strafansvar at følge disse regler, hvilket blev kontrolleret af Arbejdstilsynet (5).

Med Fabrikloven af 1901 etableredes en opdeling af reguleringen af arbejdsmarkedet og af arbejdsforholdene på den enkelte virksomhed og for den enkelte

” Man skal ikke blive syg af at gå på arbejde i Danmark, så enkelt er det. Men vi må bare konstatere, at et moderne arbejdsmarked også giver mange psykiske belastninger, stresskader og nedslidning, og det er et voksende problem.

Mette Frederiksen,
dåværende beskæftigelsesminister

arbejder. Mens løn, akkorder og arbejdstid m.m. blev reguleret af arbejdsmarkedets parter selv efter indgåelsen af Septemberforliget i 1899, blev forebyggelse af ulykkes- og sundhedsfarer reguleret gennem lovgivningen.

Det var en opdeling, som lovgiverne var meget bevidste om. Da Socialdemokratiet under rigsdagsdebatten om Fabrikloven foreslog, at man indførte en maksimal arbejdsdag på 10 timer, blev det afvist af flertallet. Det skete med henvisning til, at arbejdsdagens længde var et interessedspørgsmål, der skulle forhandles mellem arbejdsgiverne og fagforeningerne, og som det politiske system ikke ville blande sig i.

Når Rigsdagen derimod lovgav om beskyttelse af arbejdernes sundhed og sygdom, var det ud fra "humane Hensyn", altså fordi det var et almenmenneskeligt anliggende. Hvad der mere konkret mentes blev ikke uddybet, men lovens erklærede formål taget i betragtning ligger det lige for at trække en tråd frem til Mette Frederiksens udtalelse mere end 100 år senere om, at man ikke skal blive syg af at gå på arbejde. Det mente Rigsdagen ikke, man kunne overlade til arbejdsmarkedets parter at sikre.

Fabrikloven af 1901 førte til markante og løbende forbedringer af det fysiske arbejdsmiljø. Lovens afgørende hovedbegrænsning var dog, at den alene omfattede industrien og ikke andre erhverv, uanset hvor farlige eller sundhedsskadelige disse kunne være. Sådan vedblev det at være indtil 1955, hvor et lovkompleks med tre arbejderbeskyttelseslove blev vedtaget: En lov om handels og kontorvirksomhed; en lov om landbrug, skovbrug og gartneri, samt en såkaldt almindelig arbejderbeskyttelseslov omfattende alle andre erhverv.

Det var først med vedtagelsen af den nugældende Arbejdsmiljølov i 1975, at hele arbejdsmarkedet og herunder også den offentlige sektor blev fuldt omfattet af den samme lovgivning. Samtidig foregik en 'normalisering' af det offentlige arbejdsmarked, manifesteret ved en ændring i arbejdsretsloven i 1973, hvor det offentlige overenskomstområde formelt blev underlagt Arbejdsretten.

Hermed var både det offentlige og det private arbejdsmarked opdelt i to reguleringsområder, hvor løn og arbejdstid m.m. reguleredes gennem aftalesystemet, og arbejdsmiljøet reguleredes gennem lovgivning.

Det psykiske arbejdsmiljø og ledelsesretten

Arbejdsmiljøloven blev vedtaget i kølvandet på 1960'ernes økonomiske højkonjunktur, hvor det i begyndelsen af 1970'erne blev klart, at væksten og den øgede velstand havde en pris. Udbredt skifteholds- og samlebåndsarbejde kombineret med tidsstudieakkorder m.m. førte til en hastigt voksende forekomst af en ny type arbejdssygdomme. Dels en generel fysisk nedslidning som følge af ensidigt gentaget arbejde i konstant højt tempo, dels en mental nedslidning, der kom til udtryk ved stadig flere tilfælde af arbejdsbetinget stress og udbrændthed.

Med Arbejdsmiljøloven indførtes et nyt grundprincip for lovgivningen. Hvor formålet hidtil havde været at beskytte arbejderne mod farer, så var formålet nu at eliminere disse farer, så der blev skabt et "sikkert og sundt arbejdsmiljø," hvor arbejderne ikke blev udsat for sundhedsfarer. Samtidig blev det præciseret i lovens bemærkninger, at både det fysiske og det psykiske arbejdsmiljø skulle være sikkert og sundt (6).

Som led i implementeringen af Arbejdsmiljøloven vedtog Folketinget i 1978 at oprette en arbejdsgiverfinansieret, obligatorisk bedriftssundhedstjeneste, BST, der skulle rådgive og understøtte virksomhederne i indsatsen for at "fremme de ansattes sikkerhed og sundhed både fysisk og psykisk"(7).

Arbejdsmiljøloven skulle dæmme op for væksten i den nye type arbejdssygdomme og på sigt forebygge dem helt, men der opstod snart problemer i forhold til det psykiske arbejdsmiljø. Ikke alene var det et uvant område for Arbejdstilsynet, men der åbenbarede sig snart en usynlig, men ikke desto mindre bastant barriere i form af ledelsesretten. Og så er vi tilbage ved Septemberforliget af 1899 og Fabrikloven af 1901.

Under udarbejdelsen af Arbejdsmiljøloven af 1975 var parterne på det private arbejdsmarked blevet informeret om, at også det psykiske arbejdsmiljø ville blive omfattet. Det var Dansk Arbejdsgiverforening imod, da det indebar en risiko for indgreb i ledelsesretten. Denne var særskilt blevet fastslået i Septemberforliget af 1899, og netop respekten for Septemberforliget var grundlaget for, at Rigsdagen i 1901 afviste at indføre en maksimal arbejdsdag på 10 timer.

Dén bastion stod nu for fald, hvis Arbejdstilsynet fik ret til at udstede påbud i tilfælde, hvor et dårligt psykisk arbejdsmiljø skyldtes ledelsesrelaterede forhold. Også i LO var man forbeholdne, da spørgsmålet om ledelsesretten hørte under aftalesystemet og skulle drøftes mellem parterne og i virksomhedernes hovedsamarbejdsudvalg. Også fagbevægelsens kompetencer kunne derfor blive udfordret.

Den 13. august 1979 underskrev Dansk Arbejdsgiverforening og LO derfor et fælles protokollat, hvor de trak grænsen for, hvor langt Arbejdstilsynets kompetence rakte. Grundlæggende var det parternes opfattelse, at psykiske arbejdsmiljøfaktorer kun "i et vist omfang" var omfattet af Arbejdsmiljøloven, og at det kun var "psykiske helbredsskader, der er en effekt af teknologien", som burde reguleres gennem loven. Konkret opregnedes enkeltelementer som støj, støv, røg, hede, kulde, lugt, rysterier m.m. – altså faktorer forbundet med det klassiske fysiske arbejdsmiljø. Ved bredere problemer forbundet med bl.a. ledelse og arbejdets tilrettelæggelse skulle disse løses internt på virksomheden med anvendelse af virksomhedens interne sikkerhedsorganisation – og uden Arbejdstilsynets medvirken (8).

Notatet måtte allerede måneden efter trækkes tilbage som følge af heftig kritik fra flere af LO's egne forbund samt FTF og AC. Alligevel er det et vigtigt papir, da det var det første markante udtryk for, hvordan arbejdsmiljølovgivningen og aftalesystemet kom i konflikt med hinanden i arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Men også fordi notatet dokumenterer, at Dansk Arbejdsgiverforening og LO var enige om at stække Arbejdstilsynets kompetence på områder, der hørte under aftalesystemet.

Arbejdstilsynet kontra ledelsesretten

Trods modviljen hos hovedorganisationerne gik Arbejdstilsynet i gang med det nye arbejdsområde, men det fik hurtigt en ende. Straks efter den borgerlige firkløverregerings tiltræden med Poul Schlüter (K) som statsminister i september 1982, satte den konservative arbejdsminister, Grethe Fenger Møller, en stopper for Arbejdstilsynets arbejde med det psykiske arbejdsmiljø – uagtet bemærkningerne i Arbejdsmiljøloven. Det fortsatte de næste mere end 10 år, indtil en socialdemokratisk radikal regering under ledelse af Poul Nyrup Rasmussen tiltrådte i januar 1993.

Med Jytte Andersen som ny arbejdsminister genoptog Arbejdstilsynet arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. På ministerens initiativ udarbejdede Arbejdstilsynet i foråret 1994 et oplæg til en 10-årig handlingsplan for "et rent arbejdsmiljø" rettet mod de 7 væsentligste arbejdsmiljøproblemer. En af de syv målsætninger var "Ingen risiko for psykiske skader som følge af arbejdets organisering" (9).

Det skulle imidlertid vise sig at være nemmere sagt end gjort. Samme forår kom det nemlig til en afgørende styrkeprøve om tilsynets beføjelser kontra de offentlige arbejdsgiveres ledelsesret. Scenen var et bistandskontor i Bagsværd, hvor 12 medarbejdere i marts 1994 henvendte sig til Arbejdstilsynet angående dårligt psykisk arbejdsmiljø.

Arbejdstilsynet kom på kontrolbesøg og udstedte påbud til Gladsaxe Kommune om at træffe foranstaltninger til nedbringelse af de psykiske belastninger, idet tilsynet konkret foreslog ansættelse af vikarer. Den socialdemokratiske borgmester klagede straks til arbejdsministeren med henvisning til, at "Arbejdstilsynets forslag til foranstaltninger rækker langt ind i ledelsesretten". Heri fik han tilslutning fra andre borgmestre på tværs af de politiske skillelinjer og fra Kommunernes Landsforening (10).

Gladsaxe Kommune fik medhold i sin klage, men da sagen var principiel, nedsatte ministeren et såkaldt Metodeudvalg med repræsentanter fra bl.a. arbejdsmarkedets parter til at udarbejde retningslinjer for Arbejdstilsynets kompetence fremover i sager om det psykiske arbejdsmiljø. Det var på et tidspunkt, hvor New Public Management for alvor var begyndt at slå igennem, samtidig med at den offentlige sektors økonomi var kommet stadig mere under pres. Det var derfor afgørende at få foretaget en grænsedragning.

Metodeudvalgets rapport forelå i maj 1995 og konkluderede, at psykosociale faktorer i voksende omfang var et problem, og at det psykiske arbejdsmiljø hørte under Arbejdstilsynets kompetence. Dog gjorde nogle særlige forhold sig gældende:

De psykosociale faktorer er karakteriseret ved at ligge tæt på forhold, der anses for omfattet af ledelsesretten samt genstand for aftaler mellem arbejdsgivere og lønmodtagere. Endvidere hænger området indenfor den offentlige sektor sammen med det politiske råderum (11).

Budskabet var, at problemstillinger vedrørende et dårligt psykisk arbejdsmiljø indenfor den offentlige sektor skulle løses med hensyntagen til ledelsesretten, aftaleforhold i det hele taget og det politiske system. På den baggrund fulgte Metodeudvalgets anbefalinger i alt væsentligt Dansk Arbejdsgiverforenings og LO's notat fra august 1979 med en opdeling af Arbejdstilsynets kompetence i to områder:

1. Arbejdstilsynet har ikke kompetence i sager, hvor et dårligt psykisk arbejdsmiljø udspringer af ledelsens beslutninger og dispositioner eller af generelle ledelses- og samarbejdsforhold samt relationer mellem de ansatte indbyrdes og i deres forhold til ledelsen.
2. Arbejdstilsynet må gribe ind, hvis problemet er den enkelte medarbejders konkrete arbejdssituation – f.eks. skiftehold, ensidigt gentaget arbejde, arbejdsmængdens omfang, risiko for vold m.m. Dog må Arbejdstilsynet kun udstede påbud om at løse problemet, ikke om hvordan det kan gøres (11).

Anbefalingerne indeholdt således to alvorlige begrænsninger i Arbejdstilsynets kompetence i sager om dårligt psykisk arbejdsmiljø – begrænsninger, som ikke gælder i sager om det fysiske arbejdsmiljø. Først og fremmest blev Arbejdstilsynet afskåret fra at intervenere i sager, der vedrørte ledelsesretten. Derudover gjaldt det, at i typer af sager, hvor Arbejdstilsynets kunne udstede påbud, måtte påbuddet ikke angive, hvordan problemer kunne løses.

Herudover fastslog rapporten, at "konstaterbarhed" udgjorde et væsentligt kriterium i den forstand, at Arbejdstilsynet kun skulle kontrollere observerbare problemer i det psykiske arbejdsmiljø, men ikke de mere 'usynlige' områder forbundet med samarbejde og interpersonelle relationer i det hele taget (11).

Jytte Andersen (S) fulgte udvalgets anbefalinger, og hensynet til ledelsesretten havde dermed stækket Arbejdstilsynets muligheder for en effektiv indsats mod et dårligt psykisk arbejdsmiljø. Senere blev mobning og sexchikane dog flyttet fra de problemtyper, som Arbejdstilsynet ikke måtte intervenere i, til de problemtyper, som hørte under tilsynets kompetence.

Siden da har Metodeudvalgets rapport og anbefalinger udgjort grundlaget for reguleringen af det psykiske arbejdsmiljø. Arbejdsmiljøreformen, som beskæftigelsesminister Claus Hjorth Frederiksen (V) fik vedtaget i april 2004, ændrede ikke herved, uagtet at et væsentligt formål med reformen skulle være en styrkelse af indsatsen mod et dårligt psykisk arbejdsmiljø i forbindelse med indførelse af screening af alle virksomheder.

Heller ikke indskrivningen af både det fysiske og psykiske arbejdsmiljø i selve lovteksten i april 2013 ændrede herved. Derimod hedder det udtrykkeligt i bemærkningerne til loven, at "der er dog ikke dermed tilsigtet nogen ændring af den gældende retstilstand." Ydermere understregede beskæftigelsesministeren ved bebudelsen af lovforslaget, at "jeg anfægter på ingen måde ledelsesretten" (12).

Metodeudvalgets rapport udgør således den dag i dag det retlige grundlag for Arbejdstilsynets indsats mod dårligt psykisk arbejdsmiljø, og derfor har Arbejdstilsynet ikke den samme kompetence og de samme muligheder for indgreb i sådanne sager, som i sager om det fysiske arbejdsmiljø. Tværtimod overholdes rapporten og dens anbefalinger stringent.

Fortidens synder

At det er langt mere kompliceret af arbejde med forbedringer og i sidste ende eliminering af et dårligt psykisk arbejdsmiljø end med det klassiske fysiske arbejdsmiljø, er almindeligt anerkendt og accepteret. Årsagerne hertil er flere.

Grundlæggende er der ikke konsensus om en entydig forståelse af, hvad der skal forstås ved det psykiske arbejdsmiljø. Der tales forskellige sprog i det politiske system, i virksomhederne såvel indenfor forskningen. Alene når det gælder forståelsen af stress, har Tage Søndergård Kristensen anført, at der indenfor forskningen findes ikke mindre end syv forskellige paradigmer (13).

I sammenhæng hermed er der hele problemstillingen om sammenhængen mellem et dårligt psykisk arbejdsmiljø, stress og udviklingen af psykiske sygdomme. Først i 2005 anerkendte Arbejdsskade styrelsen en psykisk sygdom som en erhvervssygdom, nemlig posttraumatisk belastningsreaktion. I 2008 modtog Arbejdsskade styrelsen en udredning, der viste, at stress kan udvikle sig til depression, og siden da – altså i efterhånden 7 år – har styrelsen undersøgt sammenhængen for at kunne fastlægge en praksis for tildeling af erstatning (14).

Afgørende er det dog utvivlsomt, at fortidens synder hævnner sig i form af mangel på erfaringer og effektive metoder i arbejdet med dårligt psykisk arbejdsmiljø. Skiftende konservative arbejdsministres blokering gennem mere end 10 år af Arbejdstilsynets arbejde med det psykiske arbejdsmiljø har i den sammenhæng helt utvivlsomt været kostbar.

Et slag mod indsatsen var også beskæftigelsesminister Claus Hjort Frederiksens (V) nedlæggelse af den obligatoriske bedriftssundhedstjeneste, BST, som et led i arbejdsmiljøreformen i 2004. Følgen var, at eksisterende miljøer med indhøstede erfaringer og udviklede metoder i arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø blev revet op med rode og erstattet af en frivillig og markedsbaseret rådgivnings- og konsulentordning.

En LO-rapport fra 2012 om regulering af det psykiske arbejdsmiljø, udarbejdet af forskere ved RUC, konstaterer således, at der i dag er "mangel på robust viden om metoder til forbedring" (15).

Hensynet til økonomi og ledelsesretten

Endelig – og emnet for denne artikel – er der begrænsningerne i Arbejdstilsynets kompetence og muligheder i arbejdet med det psykiske arbejdsmiljø. Oprettelsen af Arbejdstilsynet i 1873 skete, fordi udenlandske erfaringer dokumenterede, at uden tilsynsmyndighed med nødvendige kompetencer og sanktionsmuligheder overholdt arbejdsgiverne ikke lovgivningen. Udviklingen frem til i dag har kun bekræftet denne sandhed, og at man fra politisk hold har begrænset Arbejdstilsynets kompetencer og sanktionsmuligheder på et voksende og alvorligt problemfelt som det psykiske arbejdsmiljø, kan derfor kun undre.

Stopklodsen er hensynet til ledelsesretten, men afvejningen af hensynet til på den ene side beskyttelsen af arbejdernes liv og sundhed, og på den anden side hensynet til arbejdsgivernes interesser, er lige så gammel som arbejderbeskyttelseslovgivningen.

Under rigsdagsdebatten i 1885 om forslaget til Maskinbeskyttelseslov advaredes således imod, at loven ville "paaføre Industrien, som allerede er haardt trykket, stor Gene og mange Omkostninger".

Justitsminister Johannes Nellemann fra Højre anerkendte, at loven i et vist omfang ville medføre økonomiske byrder for industrien, men fremhævede, at "paa den anden side staar der Menneskeliv og Menneskelegemer, og Spørgsmaalet bliver jo, hvilke Hensyn, der fortjener Fortrinet" (16a).

Temaet gik igen ved samtlige efterfølgende revisioner af arbejderbeskyttelseslovgivningen. I 1954 lagde den konservative ordfører således vægt på, at arbejdsbeskyttelseslovene "ikke vil stille sig hindrende i vejen for produktionens naturlige udøvelse", og ved vedtagelsen af Arbejdsmiljøloven erklærede Venstres ordfører, at hans parti "tåler ikke, at der ikke tages hensyn til den situation, dansk erhvervsliv, danske arbejdspladser er i" (16b).

Også i den offentlige sektor blev hensynet til økonomien stadig vigtigere, efterhånden som skiftende regeringer begrænsede væksten i de offentlige udgifter og løbende, omfattende reformer pressede på for rationalisering og effektivisering med øget arbejdsbelastning til følge.

I den sammenhæng er Metodeudvalgets rapport interessant, idet den freder såvel det politiske råderum, altså politikernes vilje, eller mangel på samme, til at bevilge tilstrækkelige midler til løsning af offentlige opgaver – som ledelsesretten i de offentlige virksomheder som f.eks. hospitaler, uden at deres ledelse har indflydelse på den økonomiske ramme.

I en vis forstand er ledelsesretten her opdelt i to niveauer, der begge har betydning for det psykiske arbejdsmiljø: Dels den politiske ledelse manifesteret gennem bevillingsrollen, dels driftsledelsen gennem administrationen af de tildelte midler. Følgen er et uklart ledelsesansvar, som ikke gør det nemmere at arbejde med at forebygge psykosociale risikofaktorer på de enkelte arbejdspladser. Er det f.eks. utilstrækkelige bevillinger eller dårlig ledelse, der er årsag til et dårligt psykisk arbejdsmiljø?

Ledelsesrettens urørlighed

Arbejdet med at forebygge ulykker og sundhedsfarer på både private og offentlige arbejdspladser har således altid været – og er stadig – begrænset af hensynet til økonomien, og for det psykiske arbejdsmiljøes vedkommende også af hensynet til ledelsesretten, sidstnævnte endda officielt og formelt konfirmeret i Metodeudvalgets rapport.

Det er ellers mere end 100 år siden, at Rigsdagen af "humane Hensyn" pålagde arbejdsgiverne øgede omkostninger for at sikre arbejdernes sundhed, liv og lemmer, men sådanne hensyn synes ikke at være til stede, eller i hvert fald ikke at veje tilsvarende tungt, når det gælder om at sikre arbejderne mod sundhedsfarer, der kan føre til stress og psykiske lidelser.

Ledelsesrettens urørlighed skyldes, at den er en del af den danske aftalemodel, der omgærdes med en ærbødighed, som var det den hellige gral. Imidlertid handler det ikke om Arbejdstilsynets kompetence kontra ledelsesretten, men om at lade en bestemmelse i en privat aftale mellem to parter i 1899 stå over lovgivningen om hensynet til de ansattes ve og vel. I den forbindelse er der grund til at ihukomme justitsminister Johannes Nellemanns ord fra 1885 om, at "paa den anden side staar der Menneskeliv og Menneskelegemer, og Spørgsmaalet bliver jo, hvilke Hensyn, der fortjener Fortrinet".

Mette Frederiksen begrundede sin ændring af Arbejdsmiljøloven i 2013 med, "at vi må bare konstatere, at et moderne arbejdsmarked også giver mange psykiske belastninger, stressskader og nedslidning, og det er et voksende problem". Formålet med Arbejdsmiljøloven skulle jo ellers være at forebygge, at ansatte på et moderne arbejdsmarked udsættes for sundhedsskadelige belastninger. Når man 40 år efter lovens vedtagelse nærmest fatalistisk konstaterer, at psykosociale sundhedsfarer er et voksende problem, forekommer det besynderligt, at der ikke ændres ved det retsgrundlag, der hæmmer arbejdet med at forebygge sådanne farer.

I andre lande har man ikke de samme begrænsninger i lovgivningen og det offentliges regulering af og tilsyn med det psykiske arbejdsmiljø – det gælder således i Norge. Alt taler for, at tiden er inde til, at vi også i Danmark lader hensynet til ledelsesretten vige for hensynet til de ansattes sundhed.

Arbejdstilsynet gør utvivlsomt sit bedste indenfor de begrænsende rammer, som er udstukket af hensynet til ledelsesretten. Det vidner en række særlige tilsynsindsatser, som Arbejdstilsynet i perioden 2013 til 2015 gennemførte overfor en række særligt nedslidningstruede brancher og jobgrupper. I 2014 gjaldt det for en særlig tilsynsindsats om det psykiske arbejdsmiljø inden for hospitaler. Indsatsen, der var målrettet sygeplejersker og psykiatrien, førte til, at Arbejdstilsynet traf 105 afgørelser omfattende 43 af de i alt 74 virksomheder, der blev kontrolleret. Hertil kom 52 vejledninger (17).

Tallene vidner om Arbejdstilsynets indsats, men også om, hvor galt det står til, idet hver eneste afgørelse og hver eneste vejledning omhandler medarbejdere, der er udsat for konkrete sundhedsfarer.

Lovgivning eller aftalesystem?

En følge af arbejdsbeskyttelses- og arbejdsmiljølovgivningen har været, at fagbevægelsen historisk ikke har prioriteret arbejdet med et godt arbejdsmiljø. I stedet har man koncentreret sig omkring forhold som løn og arbejdstid, der hører under aftalesystemet. Rationalet har været, at sikringen af et godt arbejdsmiljø er et anliggende for lovgivningen og for Arbejdstilsynet.

Den utilstrækkelige indsats og begrænsningerne i Arbejdstilsynets aktionsmuligheder for at sikre et godt psykisk arbejdsmiljø har imidlertid fået stadig flere lønmodtagerorganisationer til at arbejde for at få spørgsmålet skrevet ind i overenskomster og lokalaftaler. Det er på mange måder en forståelig reaktion, men også en vej, der kan have farlige perspektiver.

Helt grundlæggende opgives det almenmenneskelige princip om, at man ikke skal risikere at blive syg af at gå på arbejde, så det i stedet bliver et anliggende, der er til forhandling. Ydermere kan lønmodtagerne komme ud i situationer, hvor de må vælge mellem at få mere i lønningsposen, eller få et bedre psykisk arbejdsmiljø – et valg mellem kroner og helbred, som den nuværende opdeling af reguleringen af arbejdsforholdene eliminerer.

Endelig – og måske væsentligst – kan man ikke forvente, at lønmodtagerne, og for den sags skyld heller ikke deres arbejdsgivere, kan vurdere de sundhedsmæssige konsekvenser af utilstrækkelige forholdsregler mod psykosociale og andre arbejdsmiljøpåvirkninger. En lønstigning varmer her og nu, men hvad er prisen på langt sigt for ens helbred og livslængde. Hverken lønmodtagere eller arbejdsgivere har viden eller faglige kompetencer til at foretage sådan en vurdering og afvejning.

Grundlæggende har en adskillelse af reguleringen af arbejdsforholdene i aftalesystem og lovgivning utvivlsomt været en styrke ved den danske aftalemodel, til trods for alle utilstrækkeligheder i indsatsen for et bedre arbejdsmiljø.

En afgjort negativ konsekvens har imidlertid været, at fagbevægelsen meget tidligt mistede interessen for spørgsmålet, og i den sammenhæng er den voksende interesse for det psykiske arbejdsmiljø positiv. Udfordringen for fagbevægelsen består imidlertid i på den ene side at styrke indsatsen for et bedre arbejdsmiljø, men på den anden side at gøre det gennem påvirkning af det politiske system, så forbedringer sker gennem lovgivning, offentlig regulering og Arbejdstilsynets indsats. Kun herigenem kan princippet om, at man ikke skal risikere at blive syg af at gå på arbejde, fastholdes.

Det indebærer også, at fagbevægelsen må stille spørgsmål ved ledelsesrettens ukrænkelighed i sager om dårligt psykisk arbejdsmiljø, selvom dette vil berøre grundlaget for hele aftalesystemet, som ikke kun er arbejdsgivernes, men også fagbevægelsens domæne. Det handler imidlertid ikke om et

opgør med eller en afskaffelse af ledelsesretten, men om at opstille rammer for og finde metoder til, at den offentlige regulering og Arbejdstilsynet kan agere indenfor rammerne af ledelsesretten frem for at være lukket ude.

Dét er den store udfordring, ikke kun for fagbevægelsen, men også for arbejdsgiverne og lovgivere, hvis der for alvor skal sættes ind med en systematisk indsats for at bedre det psykiske arbejdsmiljø på danske arbejdspladser.

Kurt Jacobsen er dr. phil. og professor i historie ved Center for Virksomhedshistorie, Copenhagen Business School. Han er bl.a. forfatter til bøgerne "Velfærdens pris. Arbejderbeskyttelse og arbejdsmiljø gennem 150 år" (2011) og "Asbest. Magisk mineral og dræberstøv" (2012). Sammen med Dorthe Pedersen har han udgivet bogen "Kampen om den danske model. Da SOSU'erne rystede det etablerede system" (2010).

Litteratur

- 1 Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum Hansen, H. (2006). Risikofaktorer og folkesundhed. Statens Institut for Folkesundhed: København: Kailow Graphic A/S
- 2 Udtalt ved bebudelsen af lovforslaget i Politiken, 13. august 2012.
- 3 Arbejdstilsynets hjemmeside: Statistik/Arbejdsskader/Årsopgørelser.
- 4 Arbejdstilsynets hjemmeside: Statistik/Tilsyn i tal.
- 5 Fabrikloven af 1901.
- 6 Arbejdsmiljøloven af 1975.
- 7 Bekendtgørelse om bedriftssundhedstjeneste af 12. april 1978.
- 8 Landsorganisationen i Danmark og Dansk Arbejdsgiverforening: Notat vedrørende regulering af psykiske arbejdsmiljøfaktorer, der er omfattet af arbejdsmiljøloven. 13. august 1979.
- 9 På vej mod et rent arbejdsmiljø år 2005. Arbejdstilsynet 1994.
- 10 Berlingske Tidende, 16.10.1994.
- 11 Arbejdsministeriet: Psykosociale faktorer i arbejdslivet. 1995.
- 12 Lovforslag 112, Folketingets samling 2012-2013. Forslag til Lov om ændring af lov om arbejdsmiljø og om ophævelse af lov om arbejdsmiljøcertifikat til virksomheder. Bemærkninger til fremsættelse af lovforslag. Mette Frederiksens udtalelse i Politiken, 13. august 2012.
- 13 Kristensen, T.S. (2007). Stress nok til alle. Tidsskrift for Arbejdsliv nr. 2, 9. årgang 2007.
- 14 Arbejdsskadestyrelsens hjemmeside.
- 15 Regulering af det psykiske arbejdsmiljø. LO 2012.
- 16a Jacobsen, K. (2011). Velfærdens pris (s. 113). København: Gads Forlag
- 16b Jacobsen, K. (2011). Velfærdens pris (s. 311; 375). København: Gads Forlag
- 17 Afsluttende status for den særlige tilsynsindsats om psykisk arbejdsmiljø inden for hospitaler (målrettet sygeplejersker og psykiatri). Arbejdstilsynet 2015.

Bæredygtig produktivitet og et bæredygtigt arbejdsmiljø

Af professor Steen Hildebrandt, Århus Universitet

“Det er ikke alt, der tæller, der tælles, og det er ikke alt, der tælles, der tæller”. Albert Einstein

Indledning

Hovedsynspunktet i denne artikel er, at produktivitet, bæredygtighed og arbejdsmiljø er gensidigt forbundne fænomener, som skal ses i en ledelsesmæssig sammenhæng. I artiklen drøftes disse begreber og nogle af de ledelsesmæssige aspekter og implikationer. Produktion, velfærd og produktivitet drøftes, og på den baggrund behandles temaerne ledelse, bæredygtig produktivitet og arbejdsmiljø. De interviews, der henvises til i artiklen, er interviews med mellemledere og sygeplejersker på danske hospitaler gennemført af Janne Glereup, Helle B. Bavnhøj og Betina Halbech.

Det danske samfund står over for gigantiske udfordringer, når det handler om fremtidens sundheds- og hospitalsvæsen. Overalt i verden udvikles der hver dag ny viden, nye metoder, ny medicin m.m. rettet mod sygdomsforebyggelse, diagnosticering, helbredelse m.m. I mange lande er der en meget skæv aldersmæssig sammensætning af befolkningen, der indebærer, at forholdsmæssigt flere borgere end tidligere tilhører de ældste aldersgrupper, og samtidig bliver de ældre stadig ældre. Ifølge WHO er der inden for de seneste år identificeret 200 nye behandlingskrævende sygdomme på kloden. I Danmark er der en diskussion om betydelige stigninger i udgifterne til ny medicin. Ledende politikere fra de største partier erklærer, at befolkningen skal have et hospitalsvæsen i "verdensklasse", herunder den medicin, der er til rådighed, og som efter lægefaglige vurderinger må anbefales. Når man har begrænsede budgetter, og når man vil udnytte den til enhver tid til rådighedværende og stedse dyrere medicin, må andre udgiftsposter reduceres, fx udgifter til personale. Nye sygdomme, den medicinske forskning, den medicotekniske udvikling og andre

udviklingstiltag, der forøger mulighederne for diagnosticering, forebyggelse og helbredelse, påfører sundhedsvæsenet enorme pres. Ledende politikere er meget utilbøjelige til at tale om at prioritere, dvs. vælge og fravælge. De taler i stedet om at forøge produktiviteten og om at "køre nogle flere kilometer på literen", som det undertiden formuleres. Andre hyppigt benyttede begreber er: effektivitet, rationalisering, besparelser, sygefravær, stress, New Public Management og Lean. Lean er et eksempel på en ledelsesdisciplin eller et redskab, som i vid udstrækning har været taget i anvendelse inden for sundhedsområdet, ofte på måder, der har skabt mere frustration og ringere arbejdsmiljø end nødvendigt, hvis man havde forstået at fare mere balanceret og med lempe.

Andre begreber, der i praksis burde være mere centrale, end de endnu er, er begreber som: Mening, bæredygtighed, arbejdsmiljø, resiliens, empati, sammenhænge, relationer

m.m. Der tales om dem, men i meget beskedent omfang. Af mange grunde er der en tendens til, at vi tænker og arbejder inden for rammerne af det givne system. Det er det normale fokus, og det umiddelbart letteste, men det er klart, at man engang imellem må tænke ud på kanten af eller helt uden for boksen. De øgede pres i sig selv gør det relevant og nødvendigt, men også potentielt tillokkende at arbejde med helt andre systemafgrænsninger og –indretninger, end det sker nu. Dette drøftes nedenfor bl.a. i tilknytning til en drøftelse af et tredelt produktivitetsbegreb.

Artiklen går et skridt længere end til spørgsmålet om den daglige ledelse, konkrete arbejdsmiljøtemaer, samarbejde m.m. Den forsøger at rejse et mere grundlæggende spørgsmål om, hvordan vi i det hele taget tænker organisation, ledelse, produktivitet og arbejdsmiljø m.m. Den handler på den måde også om behovet for et paradigmeskifte (en anden tænkemåde) eller – måske mere rigtigt formuleret – om at forstå det paradigmeskifte, der allerede er i gang. Hvad er – hvis man overhovedet kan bruge disse udtryk – sundhedssektorens kerneydelser? Enhver organisation er karakteriseret ved, at den råder over ressourcer (mennesker, udstyr, bygninger m.m.) og har til formål at udvirke, frembringe eller producere resultater. Hvilke ressourcer har den behov for med henblik på at udvirke givne resultater – og kan man fx definere resultaterne særlig klart på forhånd? Hvad i organisationen tæller, og hvad skal derfor tælles? Hvilke tælle- eller målemetoder og måletilgange skal tages i brug? Hvor robuste organisationer og systemer skal man opbygge, og hvad skal man forstå ved begreber som produktivitet, bæredygtighed og arbejdsmiljø?

Et øjebliksbillede: Vi gør det, men det giver ingen mening

Tillad mig at citere fra en samtale en eftermiddag i mit hjem med en fagprofessionel fra det danske hospitalsvæsen. Jeg erkender selvfølgelig, at "Én svale gør ingen sommer", så en enkelt samtale med en enkelt person beviser intet. Men det er også sandt, at hvad denne person sagde til mig den-

” De der skemaer... jeg tænker, hvad gør det ikke også ved patienten, og det rammer også min faglighed: Okay, kan du se du er en bil, vi er blevet så gode til at køre jer igennem, blive hurtigere, afslutte jer og få jer ud på markedet igen. Er det ikke fantastisk, at blive set som en ting og ikke et menneske?

Sygeplejerske, DSR, 2015

ne eftermiddag, kan genkendes af mange andre fagprofessionelle. I komprimeret form sagde hun følgende om de hospitaler, mennesker og ledere, som dette handler om:

“Der spores en stor magtesløshed. Mange steder er der et grimt sprog, fx produktion, produktivitet, concern, implementering mm., som om det var fabrikker. Jeg udfører mit arbejde, men det giver ingen mening. Jeg kan ikke blive ved med at finde en mening med det, jeg gør. Jeg kan ikke være i det system – det bliver umenneskeliggjort. Flere og flere er demotiverede. Folk giver op. Vi skal holde øje med syv mål, for så tror de, at vi har styr på kompleksiteten. Man taler om at skrue på forskellige knapper. Man taler meget om tillid. Vi skal køre nogle flere kilometer på literen. Vi skal bare have det til at køre rundt. Kalenderen er fyldt op med møder. Holdningen er: Hvis det ikke kan sættes på en formel, kan det ikke bruges”. Og ind imellem kom der udsagn, der pegede frem: “Der skal være plads til tro og håb. Der mangler et sprog for bæredygtighed”.

Det er nogle af de samme formuleringer, der går igen i en række af de interviews med fagprofessionelle, der ligger til grund for dele af denne bog. Nogle af disse formuleringer er efter min vurdering organisatoriske alarm- og sygdomssignaler, som vi må tage bestik af. Til det ovenfor nævnte vil nogle svare:

“Dette er udtryk for klynk og jammer, forkælelse og en urealistisk sødsupplementalitet, som vi skal væk fra i den offentlige sektor, for det er holdninger som disse, der bidrager til, at vi har en stor og ineffektiv offentlig sektor i Danmark. Det er fagforeningssnak, og det hører ingen steder hjemme at fremture på denne måde, når realiteten er, at vi har ét af de bedste velfærdssystemer i verden. Vi er kommet så langt ud, at de ansatte flæber og klager, bare der er nogen, der hæver stemmen. Selvfølgelig skal de ansatte bestille noget; hvad tror de, at de er ansat til? De fagprofessionelle er kun ude på at forbedre normeringerne, og de er altid kun ude på at tale deres egen sag i stedet for at se på helhedens tarv. Vi har et ansvar for at få det mest mulige ud af skatteborgernes penge; det er skatteborgerne, der betaler, og der skal præsteres noget for pengene. Det er jo ikke for sjov, at vi har alle disse institutioner og fagprofessionelle ansat. Der skal køres nogle flere kilometer på literen, og de ringeste ledere og fagprofessionelle skal simpelthen fyres”.

Andre vil svare modsat, og selvfølgelig kan der være forskellige holdninger, men når undersøgelser, rapporter m.m. igen og igen demonstrerer, at frustration, forvirring, stress, sygdom, følelse af meningsløshed m.m. er normalt forekommende fænomener og tilstande inden for hospitalsvæsenet, må det tages alvorligt. For eksempel sagde en leder i et interview: *“Jeg sygemeldte mig til sidst” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).*

Vi står muligvis ved en skillevej, et paradigmeskifte, når det handler om vores måde at tænke hospital, sundhed og sundhedsledelse. Det handler om et andet arbejdsmiljø, det handler om andre former for arbejdspladser og andre ledelsesformer; det handler om at gå fra en opfattelse af, at en hospitalsorganisation er en stor maskine, som man kan styre ved hjælp af værktøjer og mekaniske tilgange, til at det er en levende organisme, hvor alt hænger sammen, og hvor menneskelige følelser, holdninger, værdier og tanker er dominerende og med til at bestemme det daglige liv. At tale om produktivitet, bæredygtighed og arbejdsmiljø i sammenhæng og med meget større vægt end tidligere, er en del af en ny organisations- og ledelsesforståelse. En leder sagde i et interview: *“Jeg nåede dertil, hvor jeg tænkte: Nu stopper det. Jeg kan ikke være med mere” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).*

En sygeplejerske siger om udviklingen på hospitalerne: *“De der skemaer... jeg tænker, hvad gør det ikke også ved patienten, og det rammer også min faglighed: “Okay, kan du se du er en bil, vi er blevet*

så gode til at køre jer igennem, blive hurtigere, afslutte jer og få jer ud på markedet igen. Er det ikke fantastisk, at blive set som en ting og ikke et menneske?" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Produktion og velfærd

Hvad er overhovedet målet og meningen med et hospital? Er vi sikre på, at målet i morgen er produktion og produktivitet på samme måde som i dag? Vi benytter gerne disse industrielle begreber, men hvad skal der produceres og hvad er produktivitet – i morgen? Skal der produceres så meget som muligt, så billigt som muligt? I den almindelige produktivitsdebat er parolen meget simpel: Jo højere produktivitet, desto bedre. Men det er ikke nødvendigvis rigtigt, hvis vi anlægger en helhedsbetragtning. Det er nemlig en betragtning, der ikke tager hensyn til alle de sammenhænge, der er imellem de forskellige elementer i fx hospitalsvæsenet og mellem hospitalsområdet og en række andre samfundsområder. Der er behov for en nuancering, og man kunne i den sammenhæng godt tale om begreberne bæredygtig produktivitet og bæredygtig ledelse. Det handler ikke nødvendigvis om mere eller om mere af det samme, men om det rigtige og det bedste – hvad det så konkret betyder.

På forsiden af Produktivitetskommissionens debatoplæg står der: "Det handler om velstand og velfærd", men hvad vil det sige? Hvad menes der med velstand og velfærd? Og hvad vil vi med øget produktivitet og vækst? Hvad er det, der skal vokse, og hvordan og hvorfor? Vi er nødt til at se kritisk på nogle af vore definitioner og afgrænsninger. Vi definerer produktivitet til at være et mål for, hvor god en virksomhed eller et land er til at udnytte eksisterende eller tilrådighedværende ressourcer. I en videre forstand kan produktivitet også være et udtryk for, hvorledes virksomheden eller landet er i stand til at udvikle og holde hus med sine ressourcer, således at virksomheden eller landet også på længere sigt kan opretholde eller endda forøge produktionen og måske også produktiviteten. Det kunne handle om at udvikle og tage vare på både materielle og menneskelige ressourcer. Med en lidt anden sprogbrug skulle vi måske tale om, at produktivitet handler om eller bør handle om at holde hus med virksomhedens, samfundets og i en videre forstand med klodens ressourcer.

I øjeblikket sker i det danske samfund en meget betydelig både fysisk, mental og psykisk nedslidning af mennesker. Både på globalt og nationalt plan ved vi, at der sker en nedslidning og udnyttelse af ressourcer, som har meget alvorlige langsigtede virkninger og konsekvenser for landene isoleret set og for kloden. Vi må stille spørgsmålstejn ved, om den måde at definere, afgrænse og måle produktivitet på, som vi mere eller mindre automatisk tager udgangspunkt i og arbejder ud fra, er hensigtsmæssig både nu og på længere sigt. I forbindelse med de tidligere nævnte 200 nye sygdomme er det jo nærliggende at spørge: Hvordan er disse sygdomme opstået? Hvad karakteriserer disse sygdomme? Er der relationer mellem på den ene side mange af de allerede eksisterende og kendte sygdomme og disse mange nye sygdomme, og på den anden side den produktivits- og væksttænkning og de dertilhørende handlinger og initiativer verden over, som dette handler om, og som indebærer, at nogle, måske mange flere end vi kan gisne om, af de initiativer vi tager, er kontra-produktive, dvs. virker stik imod hensigten? Svaret er formentlig: Ja, der er nøje sammenhænge, og vi ved faktisk allerede ganske meget om disse sammenhænge.

Fornylig kunne man i nogle medier læse, at meget indflydelsesrige EU-lobbyister igennem flere år med held har arbejdet på at udskyde eller forhindre EU-lovgivning, der skulle regulere brugen af hormonforstyrrende stoffer. Udover at have voldsomme og negative menneskelige konsekvenser, er

det beregnet, at den manglende regulering hvert år koster EU-landene 150 milliarder euro. Det er et meget klart og alarmerende eksempel på, hvordan man ikke kan diskutere en række problemer eller fænomener isoleret, men må se på dem i sammenhæng med andre fænomener. Man må se på de helheder, hvori de indgår.

Produktivitet

Produktivitet er en relation, et forholdstal. En relation mellem ressourceindsats og resultatet af ressourceindsatsen. En relation mellem input og output. Mellem indsats og produktion. Input eller ressourceindsats kan være mennesketimer (arbejdstimer), et lands befolkning (arbejdsstyrke), en virksomheds ansatte eller måske et enkelt menneske, hvis man vil tale om det enkelte menneskes produktivitet. Ressourceindsats kan også være mange andre ting, fx en bygning, et antal hospitals-senge, analyse og behandlingsudstyr etc.

Der er en klar tendens til, at det output, vi normalt er interesseret i og måler, handler om penge. Både politikere og professionelle ledere taler i vid udstrækning i økonomiske termer. En fremtidig og bredere produktivitsdebat skal handle om meget mere, end hvad der kan og bør formuleres

” Medarbejderne har ondt i maven, når de møder i vagt. De er bange for, at de bliver så arbejdspressede, at de kommer til at lave en fatal fejl.

Mellemlæder, sygeplejerske, DSR, 2015

og måles i penge. Penge er en vigtig dimension i en global markedsøkonomi, og vi har netop en markedsøkonomi, fordi vi antager, at vi igennem den kan få truffet en lang række økonomiske beslutninger og dispositioner, som får verden til at hænge sammen. Eller, hvis vi ikke passer på, får verden til at

gå i stykker. Der er mange implicite antagelser i den aktuelle produktivits- og velfærdsdiskussion, der går ud på, at en række afvejninger og hensyn finder deres løsning gennem en – mere eller mindre – fri prisdannelse på store konkurrencemarkeder. Og dog ved vi, at der er store mangler (og det er en forsigtig formulering) ved denne prisdannelse og derigennem ved de beslutninger, der bliver truffet af markedet.

Nogle former for output eller produktion er det let at måle, fx antal gennemførte operationer, men hvordan skal man fx måle resultatet af en mellemlæders arbejdsindsats? Eller hvordan skal man måle resultatet af omsorgs-, pleje- og mange andre former for arbejde? Og i en langt videre forstand: Hvordan kan man – og skal man – måle forældrenes og andres indsats i hjemmet i forhold til fx ældre og syge familiemedlemmer m.m.?

På langt de fleste områder gælder, at der indgår en kvalitetsdimension, som ofte vil være vigtig, og som det også kan være svært at måle. Et diagnosticerings-, behandlings- og plejeforløb på et hospital for en given sygdomskategori kan have meget forskellig kvalitet, dvs. kan have et meget forskelligt både kvantitativt og kvalitativt indhold. Én arbejdstime et sted er ikke bare én time. Én time er i virkeligheden mange forskellige ting. I det følgende antager jeg, at det er muligt og relevant at tale om produktivitet på i hvert fald tre niveauer: 1. Individ og familieniveau, 2. Hospitalsniveau, og 3. Samfundsniveau.

Produktivitet på individ og familieniveau

På dette niveau drejer det sig om det enkelte menneske og de enkelte familier. Ufatteligt meget sundhedsarbejde foregår og udføres i og kan potentielt udføres af de enkelte familier. Vi taler ikke ofte om produktivitet i denne sammenhæng; det forekommer at være et fremmed og mekanisk udtryk, men hvis vi ser bort fra det, kan det have stor mening at tale om det reelle indhold af produktivitet også i sammenhæng med det enkelte menneskes og den enkelte families liv og arbejdsindsats.

Hvad ved man og hvad foregår der i de enkelte familier med hensyn til sundhed, behandling, pleje, fødevarer, mad, bevægelse, hygiejne, dannelse, videndeling, omsorgsarbejde m.m.?

Hvad får det enkelte menneske og den enkelte familie ud af sin tid, sin dag, sit liv, og på den anden side: Hvorledes bidrager den enkelte familie til det omgivende samfund? En mor eller en far, der arbejder hjemme i familiens hjem, kan fx præstere eller producere meget forskelligt i løbet af en dag eller en periode. En mor eller far kan tilberede sunde eller usunde måltider, foretage mere eller mindre sunde indkøb. Dette er resultatdimensioner, som det er forholdsvis simpelt at måle i betydningen: Kvantificere. Men en mor og far kan også bruge tid (og tiden er den mest enkle måde at måle personers indsats på) på andre måder, på andre aktiviteter eller formål. En mor og far kan fx lege, tale med og være mere eller mindre sammen med børnene osv. Og de kan i den sammenhæng både være mere eller mindre kompetente på de områder, de taler med børnene om, og de kan være mere eller mindre nærværende eller til stede i de situationer og perioder, hvor de er sammen med børnene. En mor og far kan også bruge tid på samvær med deres egne forældre, fx fordi deres forældre er svage eller syge; de kan være involveret i arbejde på de plejehjem, sygehuse, kollektiver eller i de private hjem, hvor deres respektive forældre opholder sig henholdsvis bor. De kan være beskæftiget ikke bare med deres egne børn, men måske også med kammerater eller venner til deres egne børn eller med andre børn fra nærmiljøet. En mor eller far kan på den måde være mere eller mindre produktiv. De kan præstere forskelligt på en dag i forhold til en anden mor eller far i en anden familie, og disse præstationer kan gå i mange forskellige retninger, hvoraf mange har en sundhedsdimension.

Vi kan i den sammenhæng konstatere, at der ikke gennemføres nogen som helst måling af den indsats, der ydes af mennesker, der uden formelt vederlag arbejder i private hjem og familier, og som på forskellig måde og omfang bidrager til arbejdet – og dermed til sundheden, produktionen og livet – i hjem og samfund. Og der er mange andre steder i samfundet, fx en række frivillige organisationer, hvor mennesker på utallige måder også yder en indsats, der ikke måles. Der er et gammelt udtryk, der hedder: "Man får det, man måler". Det er det, der måles, der tæller, værdsættes og betyder noget. I samfund som vort er tælle- og målefænomenet meget nøje relateret til pengebegrebet. Man kunne måske ligefrem føje en ny sætning til den lige citerede gamle sætning, nemlig: "Det, der måles, handler om penge". Så længe, vi holder fast i denne afgrænsning, er der mange vigtige fænomener og dimensioner – også sundhedsdimensioner i det moderne samfund, som vi ikke kommer i kontakt med.

Produktivitet på hospitalsniveau

På det enkelte hospital er indsats eller input fx det antal medarbejdere, der er ansat på hospitalet og det antal timer, som disse medarbejdere præsterer. Input er også andre produktionsfaktorer, fx bygninger, maskiner og it-udstyr. Når det handler om alle disse produktionsfaktorer, gælder det, at

de kan udnyttes på forskellige måder, i forskelligt omfang og selvfølgelig til forskellige formål – og i alle disse sammenhænge kan man desuden sige, at den måde, hospitalet anvender eller udnytter ressourcerne på, påvirker både produktion og produktivitet.

Produktivitet er et vigtigt tema, men det kan gå for vidt. En leder sagde i et interview: *”Medarbejderne har ondt i maven, når de møder til vagt. De er bange for, at de bliver så arbejdspressede, at de kommer til at lave en fatal fejl”* (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Output eller produktion kan være det antal operationer, diagnoser, behandlinger, plejeforløb m.m., der præsteres på et hospital. Outputtet er et mål for det resultat eller udbytte, der kommer ud af eller er en følge af de arbejdsprocesser, der gennemføres eller foregår fx på hospitalet. Det væsentlige i denne sammenhæng ved hospitalsbegrebet er, at hospitalet eksisterer med et formål: Hospitalet disponerer over ressourcer, og det anvender disse ressourcer med henblik på at nå nogle mål eller formål. Der er en mening med hospitalet. Hospitalet har en ledelse. Et hospital ledes, dvs. at der er en instans, en person, en persongruppe der på en bevidst måde planlægger, koordinerer, kontrollerer og træffer beslutninger, dvs. styrer de aktiviteter, der foregår på hospitalet.

Det afgørende er, at der finder bevidste – men også mange ubevidste – processer og aktiviteter sted på hospitalet med henblik på at bringe hospitalet i retning af målopfyldelse. Sagt på en anden måde, så er der mennesker på hospitalet, der er beskæftiget med andre aktiviteter, end de egentlige såkaldte produktive aktiviteter og processer, og det er disse overordnede, generelle, ikke-produktionsaktiviteter, der under ét her betegnes som ledelse.

Et hospital skal levere resultater, skal præstere. Det forventer og kræver de forskellige interessenter, fx politikere, ledere, borgere og medarbejdere, og de bruger disse udtryk. Ja, man kan sige, at det er selve meningen med hospitalets eksistens. Sagt i produktivitetstermer: Der er et eller flere input, og der er et eller flere output. $\text{Output} = f(\text{input})$. Input fører til output. Output er en funktion af input, dvs. en funktion af en række forhold og faktorer, der tilsammen bestemmer resultatet. Output eller resultat på et hospital er bl.a. en funktion af antal præsterede arbejdstimer, dvs. af antal fagprofessionelle og det antal timer, hvor de arbejder. Men en fagprofessionel er ikke bare en fagprofessionel. Fagprofessionelle har kompetencer, evner af forskellige slags; faglige, sociale, kreative og andre evner; de er motiveret på forskellige måder og i forskelligt omfang. De er tilstede på hospitalet på forskellige – undertiden meget forskellige – måder. Af dette følger bl.a., at man ikke uden videre kan addere individernes indsats; man kan ikke uden videre lave et samlet mål for input, fordi individer er og agerer meget forskelligt.

Ofte bliver produktions- og produktivitetsbegreberne blandet sammen. Det gjorde en ledende politiker, da han sagde: *”Hvis alle danskere arbejder 12 minutter mere om dagen, vil produktiviteten i Danmark stige”*. Det er en interessant udtalelse. Udtalelsen er ikke korrekt. Produktiviteten stiger ikke (nødvendigvis), fordi mennesker arbejder i længere tid, eller fordi arbejdstidens længde forøges. Produktiviteten kan stige ved, at arbejdstidens længde forøges, men så har det andre årsager end arbejdstidens længde isoleret set. Der er ingen logisk sammenhæng mellem arbejdstidens længde og produktiviteten. Produktiviteten afhænger ikke af, hvor længe mennesker arbejder, men af, hvordan de arbejder, og hvordan de er og arbejder sammen.

Medarbejderne kan løbe hurtigere og hurtigere og dog kan produktiviteten falde. Det betyder, sagt med andre ord, at det kan være meget dyrt at forøge produktionen, hvis det sker ved, at medarbejderne løber stadig hurtigere, men gør det på uhensigtsmæssige og ukoordinerede måder. *”Hastværk*

er lastværk” hedder det i den gamle folkelige formulering, men det er fortsat rigtigt, og det er meget vigtigt i de sammenhænge, der her tales om.

Dette er igen en understregning af medarbejder- og ledelsesvinklens betydning for den aktuelle produktivitet og for udviklingen i produktiviteten over tid. Sagt igen: Hvis produktionen, outputtet, stiger ved uændret eller reduceret ressourceindsats, så er produktiviteten forøget. Hvis en forøget ressourceindsats fører til et forøget output, så er produktionen steget, men ikke nødvendigvis produktiviteten. Det centrale her er at ændre på forholdet mellem input og output på en sådan måde, at en given ressourceindsats fører til en øget produktion – underforstået: Med en uændret kvalitet eller kvalitetsprofil. Eller at en reduceret ressourceindsats fører til en uændret eller forøget produktion.

Det store spørgsmål er: Hvorledes gør man dette? Det gør man ved at påvirke de faktorer, der indgår i input eller udgør den ressourceindsats, der er tale om, fx. ledelsesstil, arbejdsmiljø, ledelseskompentence og uddannelse, medarbejderkompetence og uddannelse, sociale kompetencer i virksomheden, virksomhedskultur og virksomhedsstruktur på den ene side og på den anden side en række rammebetingelser i form af infrastruktur, dvs. forhold, som enten påvirkes af virksomhedens ledelse og medarbejdere, eller som påvirkes af eksterne parter, fx kommuner, regioner eller Folketinget.

Produktivitet på samfundsniveau

Også på samfundsniveau kan man tale om produktivitet. Det handler om et samfunds evne til at udnytte sine ressourcer. I mange af de sammenhænge, hvor der har været talt om produktivitet, har det været relevant at tale om i hvert fald to former for produktivitet, nemlig den realiserede og den potentielle. Men dertil kommer, at begge disse former for produktivitet kan og skal måles på forskellige måder og i forskellige dimensioner. Hvilke uudnyttede sundhedspotentialer eksisterer der i det danske samfund, fx taget i betragtning af hvor mange kompetencer, hvor meget energi og loyalitet, der ikke udnyttes i de givne strukturer og med de givne belønningsformer og systemafgrænsninger. Eller sagt kort: Med de givne siloer og opdelinger?

Samfundets produktivitet er selvfølgelig på den ene side en funktion af de enkelte virksomheders og individers produktivitet, og på den anden side en funktion af en række samfundsmæssige faktorer, der påvirker virksomheders og individers muligheder for at være produktive, fx de hjælpemidler, der er til rådighed på det enkelte hospital, i skolen mv. Og det drejer sig i meget høj grad om den infrastruktur i form af it-strukturer, veje, havne, transport og udvekslingsmuligheder i bredere betydning, der er til rådighed.

På den ene side har vi de givne strukturer og målemetoder i samfundet, altså den givne samfundsindretning. Det vil fx sige den lovgivning, de aftaler, traditioner, normer mv., der indebærer, at nogle af samfundets mennesker er beskæftiget i offentlige og private virksomheder, og dermed indgår i de officielle produktivetsmålinger og statistikker. Og over for det: At andre mennesker – og andre indsatser – ikke indgår i målingerne, fordi de pågældende mennesker ikke deltager i de såkaldt produktive processer i samfundet, dvs. de processer og aktiviteter, der indgår i de officielle definitioner og målinger.

Implicit i disse formuleringer ligger en række meget betydningsfulde og til dels kontroversielle problemstillinger og antagelser. Hvad med den hjemmearbejdende mor eller far, hvad med den pensionist, der passer sit eget hjem, hvad med de mennesker, der frivilligt, dvs. uden pengebetaling,

udfører allehånde former for arbejde rundt omkring i samfundet? Hvad med de mennesker, som vi af mange forskellige årsager definerer som værende uden for input – og dermed uden for produktivitetens målinger? Det vil sige arbejdsløse, pensionister, syge, unge, gamle, svage, skrøbelige eller hvilke benævnelser, vi vælger eller plejer at bruge?

Samfundet har med de givne udnyttede ressourcer én produktivitet, nemlig den officielle, den realiserede produktivitet. Dernæst har samfundet en potentiel produktivitet. Denne potentielle produktivitet handler dels om de (endnu) ikke udnyttede og målte ressourcer, dvs. de ressourcer, der af forskellige årsager ikke udnyttes i produktive processer eller ikke måles. Men den potentielle produktivitet handler dernæst for det andet også om mulighederne for at udnytte de allerede aktive, udnyttede ressourcer bedre og dermed anderledes og mere produktivt. Eller mere generelt: Måler vi de rigtige aktiviteter (indsatser), måler vi de rigtige resultater (produktionen), og måler vi disse størrelser rigtigt? Dette er fundamentale temaer, der vedrører kernen af det hele, nemlig spørgsmålet om, hvad vi som samfund vil med hospitals- og sundhedsvæsenet. Og dernæst på det helt konkrete plan drejer det sig om, hvorledes man udnytter givne ressourcer i den enkelte virksomhed, fx hospitalet. I tilgangen til ressourceudnyttelsen, det vil fx sige den konkrete ledelse og arbejdstilrettelæggelse, ligger en stor del af arbejdsmiljøbetingelserne gemt.

Både ex- og implicit i bemærkningerne i det foregående er det en grundantagelse i denne artikel, at der med de givne infrastrukturer, rammebetingelser m.m. eksisterer et produktivitetspotentiale i danske private og offentlige virksomheder. Og det antages, at disse potentialer er betydelige. For at være mere præcis: Det antages, at der er tale om potentialer, som det er muligt at realisere uden at forringe arbejdsmiljø, arbejdsklima m.m., men som det tværtimod er muligt at realisere på bæredygtige og arbejdsmiljømæssigt bedre måder, end de nuværende ledelses- og arbejdsformer tillader. Jeg påstår, at det gennemregulerede, siloopdelte, brancheopdelte, fagopdelte, aldersopdelte, sygdomsopdelte, kønsopdelte og professionsopdelte danske samfund i ekstrem grad medvirker til, at store mængder af den viden og de kompetencer, som vore mennesker og virksomheder besidder, ikke udnyttes tilnærmelsesvist optimalt. Enorme mængder af potentialer går tabt. Den siloopdeling, der fortsat karakteriserer langt de fleste danske private og offentlige organisationer, begyndende med den stærke opdeling i ministerområder, departementer, styrelser og fortsættende ned til det enkelte hospital og andre virksomheder, er helt enormt ressourcekrævende og initiativ- og viden-delingskvælende. Enorme mængder af potentialer går tabt.

Ledelse med regneark, skemaer og garantier

Midt i en tilstand af pres, frustration og forandringspres, som mange ledere og medarbejdere på hospitalerne føler, har der bredt sig en værktøjs- og garantimentalitet, der kom klart til udtryk i et tv-indslag fornylig. En fagprofessionel person blev interviewet til TV. Anledningen var en både menneskelig og faglig uacceptabel begivenhed på et plejehjem. Begivenheden blev drøftet; fagpersonen svarede på de stillede spørgsmål og konkluderede: *"Dette kan vi ikke acceptere. Det er uværdigt over for de gamle og syge"*. Og så satte hun sagen på spidsen og afsluttede med sætningen: *"Der skal indføres en værdighedsgaranti"*. Det er blevet moderne at udstede garantier. Og typisk forholder det sig sådan, at garantigiveren er på sikker afstand af de faktiske begivenheder, fx livet på et plejehjem i en fjern stationsby. Hvad er den slags garantier værd? Ingenting! Jo, hvis man er alvorligt syg og ikke kan blive udredt eller blive indlagt på et relevant dansk sygehus, så er der nogle rettigheder, man kan gøre gældende. Men: Med smerter, angst, usikkerhed, manglende kendskab til telefonnumre,

myndigheder, tidsfrister, betalingsforhold, risici m.m., hvem er det så, der kan gøre sådanne garanti-rettigheder gældende? Hvis jeg er omfattet af en værdighedsgaranti og er blevet uværdigt behandlet af en sygeplejerske, læge m.m. Til hvad og hvordan skal jeg så bruge denne garanti? Alt, hvad vi taler om i denne bog, handler om levende, følende, talende, handlende og bevidste mennesker. Alle er værdige. Alle er lige værdige. Der er ingen, der er bedre end andre. At give en værdighedsgaranti er i virkeligheden uværdigt. Garantier burde være unødvendige.

Spørgsmålet er, om vi er ved at udvikle et samfund, hvor mere og mere, både i det offentlige og i private virksomheder, styres ved hjælp af værktøjer, skemaer, regneark – og garantier? Organisationer, hvor meget handler om tal og kortsigtet optimering? "Giv mig et værktøj, så fixer jeg det problem", siger vi. Hvad er der i værktøjskassen? spørger vi. På

alle områder efterspørger vi værktøjer. Værktøjer i forbindelse med medarbejderudviklingssamtaler, den vanskelige samtale, fyringer, rekrutteringsværktøjer mv. Listen er meget lang. Det er rigtigt: Vi har brug for værktøjer. Men det er også rigtigt, at mange problemer og situationer er så komplekse at forstå og håndtere, at simple værktøjer intet kan udrette og ofte vil de gøre ondt værre. Helheden går tabt. Det kom til udtryk i et interview med en leder, der sagde: "I virkeligheden gør vi bare ondt værre" (Mellemløbet, sygeplejerske, DSR, 2015).

Lad mig minde om ét af Albert Einsteins mange kloge udsagn: "Intellektet har et skarpt øje for metoder og værktøjer, men er blind over for mål og værdier". Det er jo nemlig rigtigt: Vi elsker metoder, værktøjer, systemer, strukturer, evalueringer, tests, kvantitative målinger, sammenligninger, gennemsnit, standarder, det evidensbaserede, specialisering m.m. For så tror vi, at vi er på sikker grund. Men hvad den dybere mening er, hvad det dybest set handler om, hvilke værdier og principper, der skal være vejledende, hjælpende og styrende for os, ja, det kan vi vanskeligt sætte på en ministeriel formel, så det lader vi ligge, det springer vi let og elegant hen over. For det, der ikke kan formuleres som et værktøj, som en formel, som et system, ja, det tør vi ikke stole på og regne med. Og vi tør slet ikke overlade til det enkelte hospital, den enkelte skole m.m. at arbejde selvstændigt. Det er for risikabelt. Vi ved ikke, hvor vi ender. Derfor klammer vi os til såkaldt New Public Management (NPM), dvs. kontrol, dokumentation, målinger, værktøjer m.m. og påstår, at NPM kan give fx hospitalerne fornuftige svar på alle de spørgsmål og problemer, der opstår. Jeg hævder, at det kan de ikke. De negative virkninger, de kontraproduktive elementer i NPM bliver stedse mere tydelige. En leder sagde fx i et interview: "Medarbejderne er sindssygt hårdt pressede". Et andet eksempel: "Vi gør så mange ting, som ikke er målbare og som ikke bliver registreret og som jeg så synes heller ikke skal registreres.

” Vi gør så mange ting, som ikke er målbare og som ikke bliver registreret og som jeg så synes heller ikke skal registreres. Men det er jo også fordi, at dem som sidder med tallene, de er jo ikke sygeplejersker, så de forstår ikke... at det faktisk tager tid at have øjenkontakt med en patient, som man i øvrigt ikke har noget med at gøre, fordi jeg ikke står registreret. Så det er fordi, at det er sådan et fag, som er sådan lidt blødt.

Sygeplejerske, DSR, 2015

Men det er jo også fordi, at dem som sidder med tallene, de er jo ikke sygeplejersker, så de forstår ikke... at det faktisk tager tid at have øjenkontakt med en patient, som man i øvrigt ikke har noget med at gøre, fordi jeg ikke står registreret. Så det er fordi det er sådan et fag som er sådan lidt blødt" (Sygeplejerske, DSR, 2015). Et andet sted føler en sygeplejerske sig nødsaget til at påpege at: "Det er ikke et erhverv, hvor man har en facitliste" (Sygeplejerske, DSR, 2015). Eller endnu et eksempel: "Der hvor kæden hopper af, er alle de formularer der skal udfyldes. Hvis man fx skal have en plejeseng... hold da op!" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Værdier, erfaringer, intuition, holdninger, følelser, helhedstænkning, systemisk tænkning er alle sammen vigtige begreber og fænomener, som vi skal forstå og respektere, hvis vi vil være med til at bevæge ledelses- og samarbejdsforholdene på det moderne hospital. I det hele taget er der en vigtig sproglig dimension i dette. En leder sagde i et interview: "Vi er nærmest i en produktionsvirksomhed" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015). Der tales om både varme og kolde hænder – som om det ikke handlede om mennesker.

I nogle årtier har NPM været en dominerende og tillokkende ledelsestænkning og praktisk tilgang, bl.a. fordi denne tilgang stoler meget på tal og mindre på ord, følelser, hensigter, helhedstænkning m.m. Den er konkret og praktisk – eller for at bruge et moderne ord: Den er operationaliserbar. Den er i god overensstemmelse med en gammel menneske- og ledelsesindsigt, der hedder: "Man får det, man måler. Kun det, der kan måles, kan ledes". New Public Management handler om at dokumentere, måle, sammenligne, evaluere og følge op, som i øvrigt er klassisk ledelsestænkning tilbage fra ingeniør F. W. Taylors såkaldte scientific management – og tidligere. Hverken indenfor det generelle ledelsesområde eller indenfor de fagprofessionelle felter, som vi har i tankerne i denne bog, er alt lige gyldigt. Tværtimod. Alt er ikke lige gyldigt. Der er formål og mål med ledelse. Der er mål og formål med fagprofessionerne. Ledelse og fagprofessionel adfærd handler om at nå målene og opfylde formålene. Eller sagt på en anden måde: Der er en mening med fx et hospital, og det er ledelsens og de fagprofessionelles opgave at arbejde med at tydeliggøre meningen og gøre den til virkelighed. Hvordan gør man det? Det er hovedspørgsmålet, og det er dette spørgsmål, der karakteriserer det oprørte farvand af holdninger, erfaringer og påstande, der udgør det ledelsesmæssige paradigmeskifte eller den omstilling, som vi befinder os i. Godt det samme, for der er helt åbenbart behov for et kursskifte. Det eksisterende ledelses- og organisationsparadigme har spillet fallit og nye og mere systemiske betragtninger og begreber er påkrævet for at kunne forstå og håndtere ikke bare fremtidens udfordringer, men også de fremtidige potentialer. For jeg er overbevist om, at der på den anden side af et paradigmeskifte er potentialer, der slet ikke er realiseret endnu. Systemisk tænkning skal supplere og afløse den adskillestænkning, der lige nu er dominerende mange steder. I systemisk tænkning er temaer som helhed, sammenhænge, relationer og mønstre vigtige. Abstrakte begreber, som kan gives konkret indhold også inden for sundhedsområdet. Mere eller mindre sammenhængende patientforløb, fag, specialer, afdelinger, sektorer, hospitaler, regioner og lande.

Behov for en anden balance

Mange målinger og undersøgelser tyder på, at vi er kommet ud af balance. Vi er gået fra én grøft og over i en anden, hvor skyggesiderne af NPM er blevet for dominerende. En leder sagde i et interview om de mange ændringer, der gennemføres: "Det skaber en kæmpe angst i organisationen" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Tillad mig at nævne et meget enkelt og interessant eksempel på, hvad der kan menes med dette. Jeg var involveret i et projekt på en afdeling på et stort dansk hospital. Den pågældende afdeling havde et arbejdsmiljø og nogle præstationer, der efter hospitalsledelsens opfattelse ikke var tilfredsstillende. Efter en række drøftelser og undersøgelser kom man frem til det resultat, at det, der manglede på afdelingen, var venlighed. Man havde over nogle måneder på forskellig vis iagttaget sig selv, og det var blevet tydeligt for ledere og medarbejdere på afdelingen, at der var for lidt venlighed og rent ud sagt også for megen uvenlighed. Det er meget simpelt, så simpelt, at man let kunne føres til den opfattelse, at sådanne fænomener ikke spiller nogen rolle for, hvordan en moderne, højteknologisk og fagprofessionel afdeling fungerer. Men sandheden er: Sådanne fænomener spiller en meget stor rolle. Og den konklusion kom man også klart frem til på afdelingen, og man iværksatte forskellige tiltag med henblik på at fremme venlighed. Tænk, hvis venlighed var svaret på alle den moderne velfærdsinstitutions miljø-, produktivets- og ledelsesproblemer. Det er det givetvis ikke. Men det er helt sikkert en del af svaret – skal man vurdere ud fra denne hospitalsafdelings erfaringer og ud fra simpel intuition: Det handler om relationer. Studerer man nogle af de arbejdspladsvurderinger, der engang imellem kommer til offentlighedens kendskab, så kan man forvisse sig om, hvad det relationelle betyder for livet og dermed for kvaliteten og produktiviteten på en arbejdsplads. En leder sagde i et interview: *”De (medarbejderne) blev syge, fordi de ikke fik lov til at bruge alle de ting, de lærte”* (Mellemlæder, sygeplejerske, DSR 2015). Om en anden situation sagde hun: *”De stod simpelthen og græd”*

Venlighed kan ikke købes for penge. Venlighed, mening, følelser m.m. hører til i den kategori af faktorer, som mange ynder at kalde, det bløde. Mennesker, der er opvokset og trænet i en benhård Taylortradition, afviser det bløde som noget, der ganske vist eksisterer, men som er uden betydning at the end of the day. Det hårde er tal. Tal står der respekt om, også selv om det er tydeligt for enhver, at tal er skrøbelige størrelser. Det bløde, det der ikke kan måles i kroner, må vi acceptere som eksisterende, men det er uden den store betydning. Sådanne holdninger findes, men de er helt sikkert ikke rigtige. Det rigtige er, at venlighed, respekt, meningsfuldhed, ordentlighed, værdighed m.m. ikke bare er vigtige, men afgørende for den kvalitet og produktivitet, der karakteriserer fx en skole, hospitalsafdeling, daginstitution m.m. Det er der også andre forhold, der er, fx bygningerne, inventaret, farverne, det æstetiske, udsmykning m.m. Det bløde er hårdt. Det relationelle er ikke bare et aspekt ved, men en grundlæggende del af de organisationers funktion og opgaver, som er emnet for denne bog. Det relationelle indgår dels på den måde, at ledelse i sig selv er et relationelt fænomen, og dels på den måde, at relationer er en integreret del af udøvelsen af de fagprofessioner, der er tale om på hospitalet, og på en række andre typer af institutioner, skoler, plejehjem m.m. Vi taler om relationer eller resonans imellem mennesker. De evner eller de intelligenser, der er tale om her, hører til i kategorierne social og følelsesmæssig intelligens.

Noget af dette handler om, at vi ofte har fået kikkerten indstillet sådan, at vi altid ser problemer, oven i købet bestemte typer problemer, men aldrig muligheder. Så hver gang vi iagttager et fænomen, så ser vi det som et problem, der kun kan håndteres med netop den slags værktøjer, som vi er fortrolige med, fx lovgivning, paragraffer, penge, aldersgrænser m.m. Vi ser lige præcis dét, vi vil se. *”Det sete afhænger af øjet, der ser”!* Vi begriber med de begreber, vi har. Vi flytter med de brikker, vi har at flytte med. Har vi lovgivning og paragraffer i hovedet, så kan vi godt få den opfattelse, at vi med lovgivning og paragraffer kan nå alt det, vi gerne vil. Og kun med lovgivning. Og det kan vi

ikke. Mener vi, at penge er den vigtigste målestok, så tror vi på, at vi kan nå og få alt for penge. Det er næsten sikkert, at hvis en politiker taler om problemer og problemløsning, så vil den pågældende politiker også tale om penge. Politikere taler næsten altid om, at nu er der bevilget så og så mange penge til det ene og det andet. Underforstået: Så er det problem løst.

Bæredygtighed

Produktivitet, arbejdsmiljø og bæredygtighed er nært relaterede fænomener i en organisation.

En leder kommenterede dette i et interview: *"Vi har et dårligt psykisk arbejdsmiljø"* (Mellemlleder, sygeplejerske, DSR, 2015). En anden leder sagde: *"Vores hverdag går rigtig meget med brandslukning"* (Mellemlleder, sygeplejerske, DSR, 2015).

Et andet sted, hvor der i et interview tales om nærværende arbejdsmiljø, peger en sygeplejerske på, hvordan øget indflydelse kunne sætte en kæde af mere bæredygtige processer i gang: *"Hvis man bliver hørt som sygeplejerske, og man derigennem forbedrer patienternes omsorgsniveau og plejeniveau, så får man mere tilfredse medarbejdere. Og hvis man får mere tilfredse medarbejdere, hvis man*

har det, så bliver man også bedre til at løfte i flok og samarbejde" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

” Hvis man bliver hørt som sygeplejerske, og man derigennem forbedrer patienternes omsorgsniveau og plejeniveau, så får man mere tilfredse medarbejdere. Og hvis man får mere tilfredse medarbejdere, hvis man har det, så bliver man også bedre til at løfte i flok og samarbejde.

Sygeplejerske, DSR, 2015

Et bæredygtigt arbejdsliv forudsætter bevidsthed om og indsigt i begrebet bæredygtighed, herunder kræver det en ledelse, der er bevidst om disse fænomener. Bæredygtighed er et meget benyttet, men også et misbrugt begreb. Vi bruger det i flere og flere sammenhænge: Bæredygtig vækst, produktivitet, konkurrence, pædagogik, skole,

velfærd m.m. Selvom begrebet bæredygtighed er gammelt, er det alligevel også i sin vorden. Vi ved ikke, hvad en bæredygtig organisation eller et bæredygtigt samfund er, men vi ved én ting: Mange nuværende organisationer og samfund er helt sikkert ikke bæredygtige. Bæredygtighed skal i de nærmeste år udfoldes og konkretiseres til en slags livsvidenskab om organisationers, klodens og livets bæredygtige udvikling – om mennesker i fællesskaber, om samhørighed og mening. Heri ligger en invitation til og et krav om tværfaglighed. Nogle af de fagligheder eller videnskaber, som vi kender i dag, må betragtes som indledninger og forsøg, der i fremtiden skal integreres i og udvikle sig til helt nye videnskaber, som kommer til at rumme stedse større helheder og forklaringskonstruktioner. Udviklingen inden for moderne neurovidenskab er en vigtig del af denne udvikling, fordi dette videnskabsfelt bl.a. bidrager til belysning af menneskers samhørighed og bevidsthed og dermed bl.a. til forståelse af den mangfoldighed af beslutninger, som individer og grupper af individer træffer eller ikke træffer.

At noget er bæredygtigt betyder, at det er i stand til at bære, opretholde eller genskabe sig selv. Sådan som naturen og livets processer igennem evolutionen uendeligt har gjort og gør det. Ud fra

det burde bæredygtighed i enhver henseende være en selvfølge – en naturlig og selvindlysende bestræbelse. Men sådan er det ikke. Bæredygtighed handler om alt liv på kloden, om samfund, virksomheder og mennesker, og om hvordan vi på alle niveauer overlever og reproducerer os selv på en balanceret måde. Det handler bl.a. om at åbne horisonten til mere menneskevenlige og helhedsorienterede perspektiver.

Verden er som vore tanker. Vores måde at indrette og leve i verden på er et spejl af vore tanker og holdninger. Gårsdagens tanker om økonomi manifesterer sig i dagens økonomiske institutioner. Gårsdagens tanker om sundhed, helbredelse og hospitalsindretning kommer

til udtryk i dagens hospitals- og sundhedspolitik. Gårsdagens tanker om lederskab kommer til udtryk i den måde, som vi i dag praktiserer lederskab på. De problemer, som vi har i dag, er et resultat af gårsdagens tanker og løsninger. Vores evne til at skifte fra hele tiden at reagere på fortiden, så det i virkeligheden er fortiden, der bestemmer, til i stedet for at læne os ind mod, ja ikke bare læne os ind mod, men om at være kreativt medskabende og

lærende i forhold til fremtiden, er måske vor tids mest centrale lederskabsevne og ledelsesudfordring. Det kræver et skift i holdning og tilgang. Det kræver mod, fordi vi skal slippe mønstre, som vi er fortrolige med, men som på flere og flere områder ikke hjælper os, men som tværtimod gør det modsatte.

Ledelse af bæredygtighed handler bl.a. om prioriteringer, valg, beslutninger og om at realisere beslutninger. Flow- og bevidsthedsforskeren Mihaly Csikszentmihalyi taler om, at en af vor tids største udfordringer er at opdage nye grundlag for ophøjede mål, som passer med alt det, vi godt ved om verden. Det kunne fx være den måde, vi tænker familie, sygdom, sundhed og hospital på. Han taler om nye fortællinger eller myter, der kan give livet en højere mening.

” *Der spores en stor magtesløshed. Mange steder er der et grimt sprog, fx produktion, produktivitet, koncern, implementering mm., som om det var fabrikker. Jeg udfører mit arbejde, men det giver ingen mening. Jeg kan ikke blive ved med at finde en mening med det, jeg gør. Jeg kan ikke være i det system – det bliver umenneskeliggjort.*

En fagprofessionel fra det danske hospitalsvæsen

Ledelse med mening, empati og værdier

Ledelse i praksis er et etisk anliggende. Man bør ikke, og man kan ikke tale om og praktisere ledelse uden også at tale om og være bevidst om etik, for ledelsesmodeller uden etik er som løsgående missiler. De kan ende hvor som helst. Ledelsesmodeller og styringsværktøjer, såvel som al anden videnskabelig og praktisk viden, spørger ikke om, hvad de bliver brugt til. De er til rådighed for alt og alle. De kan bruges til hvad som helst og af hvem som helst. De kan bruges af den krigsførende part, såvel som af den hjælpende organisation. Ledelsesindsigten i sig selv er neutral. Det er først, når ledelsesmodellerne tages i brug af mennesker, at den etiske dimension aktualiseres. Bevidstheden, moralen og indsigten hos de mennesker, der praktiserer ledelse, er afgørende for de beslutninger, der træffes. Ledelsesmodeller og –værktøjer er tavse, indtil mennesker giver dem liv og ånd med mening, formål, kriterier, værdier, holdninger og begrænsninger. I det øjeblik, det sker,

bliver der tale om normative beslutningsmodeller, der kan frembringe løsninger eller forslag til løsninger på lederes problemer. Dette er essensen af al ledelse og al samfunds- og virksomhedsudvikling: Hvilken mening og hvilke formål formulerer og stræber vi efter, hvilke kriterier lægger vi til grund for vore beslutninger, og hvilke begrænsninger pålægger vi os selv og vore organisationer, når vi træffer og implementerer beslutninger?

Alle mennesker er optaget af, hvad meningen med deres liv og arbejdsliv er. Der er store forskelle mellem mennesker på dette såvel som på andre områder. Nogle er mere bevidste og eksplicitte end andre. Men langt de fleste mennesker tænker over og har følelser i forhold til deres liv; tænker over, hvad de bruger og vil bruge deres tid og energi på; føler, at noget er mere værdifuldt i livet end andet; føler ind imellem lykke, glæde og tilfredshed og andre gange sorg, utilfredshed og frustration over deres liv og levned. Sådan er det, og sådan har det altid været. Man kan kalde det forskelligt. Men udtrykkene, meningen med livet og meningen med arbejdet, er gode og solide udtryk. Hvis man skulle placere ordet mening et sted i eller på kroppen, så ville de fleste nok pege hen mod hjertet. Mening er først og fremmest et hjerteanliggende.

Når jeg her taler om meningen med arbejdet, om det meningsfulde arbejde m.m., så er der intet nyt i det, og det er ikke spor mærkeligt. Er der noget nyt i det, er det nok, at der tales mere om mening i dag, end tidligere. Vi taler om det, sætter ord på det; vi fremhæver, hvor vigtigt det er. Og hvorfor gør vi det? Ja, dels bruger vi måske i det hele taget flere ord nu end tidligere, når det fx handler om ledelse, samarbejde, følelser m.m., og dels er der desværre meget, der tyder på, at mange mennesker oplever mere og mere meningsløshed i forbindelse med deres arbejdsliv. Arbejdslivet er blevet så stresset og presset, at mange mennesker har svært ved at finde glæden og meningen med arbejdet. Det gælder ikke alene såkaldt menige medarbejdere, det gælder også ledere, specialister m.m. Det indrømmes: Det lyder fuldstændig forskruet, når man tænker på, at det siges om arbejdslivet i Danmark, hvor der er højt udviklede traditioner, lovgivning og kutymer vedrørende arbejdsmiljø, demokrati, involvering og meget andet vedrørende arbejdslivet. Men på trods af det, ser det ud som om vi er kommet over i en grøft, hvor alt for meget virker stik imod hensigten, virker kontraproduktivt.

En leder sagde fx i et interview: *"Jeg kunne ikke længere stå inde for det. Der måtte jeg trække stikket og sige: Jeg vil ikke være med mere"* (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015). En anden sygeplejerske forklarer, hvordan en god dag ser ud: *"De dage hvor det lykkes, det er de dage hvor man ikke stikker hovedet ind i alt det her bureaukrati"* (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Dette uforståelige og ulogiske finder sted i et af verdens rigeste lande med nogle af de højeste levestandarder og nøgletal for velfærd, der overhovedet findes, men vel at mærke tal, for det er primært penge og tal, vi ser på og sammenligner, og måske ikke så meget de kvalitetsdimensioner, oplevelser og følelser, der også er til stede og tæller med, når det enkelte menneske – medarbejderen, lederen, pensionisten, plejehjemsbeboeren, den unge, forældreparret m.m. – mærker efter, hvad det er for en institution, service, levevis, standard m.m., der tilbydes og praktiseres på skolen eller i institutionen.

Afrunding

Er der en løsning på alt dette? Er der svar på alle spørgsmålene om arbejdsmiljø, produktivitet og bæredygtighed? Ja, der er svar, men der er ingen korte svar. De korte svar vil næsten altid befinde sig inden for det eksisterende paradigme. De nye svar handler om en ny forståelse af, hvad en organi-

sation er, hvad sundhed er, hvad ledelse af sundhed og hospitaler er. Vi ved noget om de nye svar. Vi har et meget stærkt udgangspunkt: Vi står med et højt udviklet hospitalsvæsen; det fungerer 24 timer i døgnet på hundredevis af hospitalsafdelinger overalt i Danmark, utallige steder i verden. Millioner af operationer, behandlinger, plejeforløb m.m. gennemføres. Og hvad er det, der får det til at fungere? Vi har bygninger, organisationer, teknologi og viden. Og vore familier, uddannelsesinstitutioner, kultur og dannelse har udviklet mennesker, der hver dag går på arbejde. Det er de ansatte, der får det hele til at fungere. Hospitalerne og sundhedsvæsenet fungerer hver dag både i kraft af og på trods af alt det andet, vi har gjort og præsteret. For eksempel på trods af alle de siloer, vi har opbygget og til daglig nidkært håndhæver. Vi lever i en opsplittingskultur; vi adskiller og separerer. *"Vi har rigtig store vanskeligheder med sektorovergange"*, sagde en mellemleder fx i et interview. Vi splitter alting ad i stumper og stykker. Det er vi kommet langt med. Den næste store fase hedder: Helhed. Sammenhænge. Bæredygtig ledelse. Bæredygtig produktivitet. Et bæredygtigt arbejdsmiljø baseret på en systemisk tænkning om sammenhænge, relationer og helhedstænkning. Det betyder fx, at man begynder at se og respektere sammenhænge, begynder at belønne og værdsætte de mennesker og afdelinger, der forstår og arbejder med sammenhænge; at man åbner op for nye systemafgrænsninger og sundheds- og sygdomsforståelser, herunder at man begynder at involvere både den enkelte patient og familierne omkring patienten mere og på andre måder, end det er sket og har været normalt indtil nu. At man begynder at fokusere mere på relationer, fx mellem hospital, kommune, andre dele af sundhedsvæsenet, andre lande m.m. At vi bliver meget bedre til at arbejde med læring og kreativitet. Implicit i disse formuleringer ligger, at denne artikel på den ene side ræsonnerer og argumenterer på et overordnet plan, der handler om det lange sigt, om et ændret paradigme, om en anden organisations- og ledelsesforståelse. På den anden side er en række af de spørgsmål, der behandles, af en sådan karakter, at de kan give anledning til umiddelbare og konkrete tiltag. Centrale eksempler er begreber som mening og venlighed. Det er uden nogen som helst tvivl vigtige temaer af umiddelbar betydning for enhver virksomheds produktivitet og arbejdsmiljø, og som enhver ledelse og samarbejdsudvalg umiddelbart kan tage fat på og arbejde med.

Litteratur

- 1 Reinette Biggs m.fl. (red.): Principles for Building Resilience. Cambridge University Press. UK. 2015.
- 2 F. Capra og L. P. Luisi: The Systems View of Life. Cambridge University Press. Cambridge. 2014.
- 3 Mihaly Csikszentmihalyi: Selvets udvikling. Dansk Psykologisk Forlag. København 2008.
- 4 Steen Hildebrandt: Fremtiden er nu. Et essay om samfundets omstilling og nye muligheder. Systeme. Aarhus. 2015.
- 5 Steen Hildebrandt & Michael Stubberup: Bæredygtig ledelse. Gyldendal Business. 2. udgave. København. 2010.
- 6 Steen Hildebrandt: Vækst og bæredygtighed. Libris. København 2014. 2. udgave København 2015.
- 7 Steen Hildebrandt, Michael Stubberup m.fl.: Introduktion til teori U. Gyldendal Business. København. 2012.

- 8 Steen Hildebrandt og Majken Schultz (red.): Sygehusledelse. Munksgaard. København. 1997.
- 9 Steen Hildebrandt, Kurt Klaudi Klausen og Steen Friberg Nielsen (red.): Sygehusledelse. Temaer. Perspektiver. Udfordringer. Munksgaard. København. 2003.
- 10 Frederic Laloux: Fremtidens organisation. IAM. Silkeborg. 2015.
- 11 Henry Mintzberg: Om ledelse. L&R. København. 2010.



New Public Management og sygeplejersker – plager og potentialer

Af lektor Lene Dalsgaard og professor Henning Jørgensen, Aalborg Universitet

”Jeg er jo også dybt frustreret over i forhold til alt det bureaukrati, der er. Jeg tænker de dage, hvor det lykkes, det er de dage, hvor man ikke stikker hovedet ind i alt det her bureaukrati. Altså både det, du nævner i forhold til det med ydelsestyranniet, som jeg bare synes fylder så meget på vores ambulatorium. Det, der kan tage pippet fra én er, at de siger: ”Jamen, I bliver ikke målt på ydelse”. Så bliver vi alligevel målt på ydelser, hvor der er fyringsrunder eller omplaceringsrunder og så videre, så er det jo alligevel ydelserne, der tæller i den sidste ende. Det, synes jeg, er frustrerende.” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Interviewcitaterne er fra en fagprofessionel, der må spørge sig selv: Er jeg ved at blive bureaukrat? Har jeg skiftet job? Slut med at være sygeplejerske? Hun har oplevet en omfattende og ødelæggende ”bureaukratisering” af arbejdet, og det kædes sammen med New Public Management (NPM). Hvis der er en af hverdagens plager, der især peges på af sygeplejersker, er det netop NPM-styringsregimet, der gennem mere end 30 år har fået forskellige udformninger, men hvis kerne er overførsel af privatsektormodeller til offentligt regi for at ”styre” de offentligt ansatte og få dem til at ”løbe stærkere”. Ydelser, ydelser, ydelser. Sygeplejersker føler sig ramt af den vedvarende plage, et ”tyranni”. Der er kommet stor afstand til den klassiske fagprofessionelle rolle, og det giver problemer. Sygeplejerskerne opfatter sig måske også som hårdere ramt af NPM end andre fagprofessionelle?

Plejen presses af administrative opgaver, arbejdsmængde og organisatoriske kompetencekrav øges, og det sker, uden at der følger tilsvarende ressourcer og læringsmuligheder med¹. De negative aspekter af udviklingerne står i kontrast til de positive ønsker og krav, som sygeplejerskerne har til et udviklende arbejde med gode rammer. Fundamentet for sygeplejen skal være autorisation, autonomi og autenticitet i arbejdet. Virket skal anerkendes. NPM modarbejder dette (1; 2). NPM har åbenbart bragt spændinger og modsigelsesfuldheder ind i det fagprofessionelle univers – ja direkte

udfordret det, og der er åbent protesteret mod sådanne arrangementer i den vestlige verden (3). Kvindelige sygeplejersker er tit gået forrest. Så der er også et kønsaspekt af oprøret mod NPM, som skal noteres (4).

Skismaet kan sættes op sådan her: De ansatte skal "stå til regnskab" frem for at forfølge egne professionelle hensyn: Administrativ "accountability" er sat foran faglig "responsibility", organisationskrav overtrumfer professionalisme². Økonomisme, pindetælli, kontrakter og præstationskrav præger nu hverdagen i de offentlige institutioner. Kontrol anklages for at dræbe arbejdslysten og arbejdsglæden hos fagprofessionelle, der ikke føler sig anerkendt for indsats og værd, og som ikke møder fornøden respekt fra ledelsesside.

NPM er dog mange ting, mange dagsordener, ledelses- og styringstiltag; og med en mere end 30-årig historie i Danmark er der grund til både at præcisere, at der har været udvikling i styringsregimet gennem denne periode, ligesom det er en særlig dansk aftapning af NPM, der har været gennemført³. Det begyndte med Schlüterregeringens moderniseringsprogrammer. Først med blot 13 maskinskrevne sider i november 1983. Siden er styringstiltagene blevet mere sofistikerede, mere omfattende og mere virkningsfulde.

NPM har ændret forvaltning og serviceproduktion i Danmark ret så fundamentalt. Og fagligheden anses i dag for stærkt udfordret af de ansatte. Samtidigt føles arbejdsmiljøproblemer og fagligt-etiske dilemmaer at manifestere sig hele tiden – både for sygeplejersker og andre sundhedsgrupper⁴.

Følggevirkninger af NPM og grundfilosofien her om overførsel af private styringsmodeller til offentligt regi kalder dog på mere end beklagelser og resignation fra fagprofessionelles side⁵. Først og fremmest på kritisk granskning, opsamling af erfaringer og viden. Dernæst på en afvejning i forhold til andre faktorer, og endelig en bedre sammenhæng mellem analyse, strategi og handling for de offentlige ansattes organisationer.

Der er udbredte påstande om følger-virkninger som stress, nedbrydning af helbred og velbefindende. Måske er der ligefrem opstået fremmedgørelse i forhold til det arbejde i fællesskabets interesse, som arbejdet er skabt til? Det vil vi diskutere i dette bidrag, der samtidigt vil advare mod, at de offentlige ansatte indtager en *passiv offerrolle* i forhold til udviklingerne og i stedet advokerer for en *aktiv aktørrolle*, her centreret om sundhedsvæsenet. De ansatte og deres organisationer må være medudviklere af den offentlige sektor.

Først skal NPM indkredses som fænomen, inden effekter i praksis granskes. Det sker bl.a. ved hjælp af helt nye kørsler på datasæt fra et forskningsprojekt, hvor lønmodtagererfaringer er analyseret

” *Jeg er jo også dybt frustreret over i forhold til alt det bureaukrati, der er. Jeg tænker de dage, hvor det lykkes, det er de dage, hvor man ikke stikker hovedet ind i alt det her bureaukrati. Altså både det, du nævner i forhold til det med ydelsestyranniet, som jeg bare synes fylder så meget på vores ambulatorium. Det, der kan tage pippet fra én, er, at de siger: "Jamen, I bliver ikke målt på ydelse". Så bliver vi alligevel målt på ydelser, hvor der er fyringsrunder eller omplaceringsrunder og så videre, så er det jo alligevel ydelserne, der tæller i den sidste ende. Det, synes jeg, er frustrerende.*

Sygeplejerske, DSR, 2015

(5). Målinger viser, at arbejdsmiljøet er det, som sygeplejersker kerer sig allermost om. Der er mange bekymringer i hverdagen. De kan dog ikke alle føres tilbage til NPM. Det er en anden hovedpointe. Det er en mere præcis analyse og proaktive svar på udviklingerne, der er brug for. Interessevaretagelsen kan nyorienteres – også ud over NPM. Ellers vil man ikke komme krænkelseserfaringer og politisk fremmedgørelse hos sygeplejerskerne til livs, og man kan ende med at blive tilskuer til egen afmægtiggørelse.

Alt fagprofessionelt arbejde er styret – også selvstyret. Det tilsiger alt sammen en professionsstrategisk fornyelse og en fagligpolitisk oprustning. Magtressourcer må udvikles og bruges klogt, centralt og decentralt. Vi stiller afslutningsvist også kritiske spørgsmål til den faglig politiske interessevaretagelse i forhold til netop at *udvikle fagprofessionalismen* – og det vil sige *ikke bare restaurere et gammelt ideal og præge moderniseringerne* i det offentlige.

New Public Management som forvaltningskonstruktion

NPM er ikke nem at indfange. NPM er skiftende blevet set som ideologi, filosofisk overbygning til neoliberal politik, markedsfundamentalisme, forvaltnings- og kontraktstyring, personalestyring, ledelsesinstrumenter, teknokratiske opgørelsesmetoder og ”ufarlige” værktøjskasser for lederne. NPM er et doktrinært puslespil med brikker fra forskellige teorier og strategiske handlebefalinger. Den teoretiske under- eller overbygning er flersidet (public choiceteorier, principal agentteori, ledelsesteori og managementteori). Økonomiske, administrative og politiske elementer indgår i en uskøn blanding.

Den engelske forvaltningsforsker Christoffer Hood leverede i 1991 en klassisk definition på, hvad man kunne forstå ved NPM. De elementer går igen i dag på trods af de ændringer i forvaltningsarrangementer, der er sket undervejs (inklusive netværksstyring og andre nye ”governance”former; reelt er de blot del af den nyeste NPM-version). Hood bandt NPM op på syv punkter (6): 1) lederne skal have lov at lede, 2) præcise resultatmål, 3) styring af ressourcer efter resultater, 4) opsplitting af enheder og decentralisering, 5) mere konkurrence (brug af kontrakter, udbud og indbyrdes konkurrence mellem institutioner), 6) overførsel af private ledelsesmodeller til det offentlige og 7) større omkostningsbevidsthed og besparelser.

Der er naturligvis sket udviklinger over tid i, hvordan de enkelte elementer er blevet prioriteret, men tankegodset bygger stadig på en grundlæggende *mistillid* til producenterne af de offentlige serviceydelser. Det er et overordnet afsæt bag disse forslag, som er blevet omsat til praktisk forvaltningspolitik i det meste af den vestlige verden⁶. Internt har ledere skulle sættes i stand til at lede og levere de ønskede præstationer, og det har betydet stærk kontrol og en indskrænkning af de (fag-) professionelle grupperes autonomi.

Det er et særligt menneskebillede med selvsøgende individer, der udgør modelkernen (7): Der ligger et nytteteoretisk fundament bag NPM (utilitarisme). Egoisme er altså tilskrevet alle – og ikke mindst de ansatte, som forudsættes kun at ville forøge budgetterne og ”rage til sig”. Omkring den forståelse er der så udviklet forskellige udgaver af rationel markedsadfærd til at vejlede offentlige aktiviteter⁷. Markedet skal ideelt være rettesnor for ændringer af velfærdsstaten, økonomiske incitamenter dyrkes, og forhindringer for en tilpasning af udbud og efterspørgsel skal fjernes. Quasimarkeder, incitamenter og konkurrence har skullet indføres bredt i det offentlige – og er blevet det. Kontroller ses som nødvendige, også for at sikre ændret adfærd. Også selv om meget præsenteres som ”ufarlige” værktøjskasser.

På alle sektorområder er styring, ledelse og omorganisering blevet hovedoverskrifterne for NPM – tiltag – også på den sundhedspolitiske, selv om man må sige, at besparelleskravene ikke har slået så hårdt igennem her som på flere andre politikfelter (f.eks. ældreområdet). At hverdagen i den primære og sekundære sundhedspleje er blevet fyldt med NPM-moderniseringer, kan der imidlertid ikke rejses tvivl om. Så er vi ovre i NPM som konkret styringsregime.

New Public Management som styringsregime

NPM fremstiller sig selv som neutral og blot teknisk, men det bygger rigtig nok på en institutionaliseret mistillid til de store grupper af offentligt ansatte: Sygeplejersker og andre sundhedspersonaler, folkeskolelærere, socialrådgivere, pædagoger, politifolk og andre med mellemlange videregående uddannelser (8; 9). "Low trust" er kendetegnet for alle de teorier og handlingsanbefalinger, der indgår i fællesbetegnelsen NPM. De *fagprofessionelle* grupper, der er tale om, udgør hovedparten af de knap 800.000 offentligt ansatte, hvoraf de fleste er kommunalt og regionalt ansatte. Disse grupper er blevet mødt med både trusler om øget markedsførelse og nye styringstiltag, som har skullet tilbagekalde deres forudsatte professionelle autonomi. Det har også ført til stærk styrkelse af ledelse med nye styringsværktøjer (10). De in-

kluderer omfattende rapporterings-, dokumentations- og evalueringssystemer. De ansatte mærker styringen i dagligdagen.

Markedsmæssiggørelse og managementgørelse er politikopskrifterne i styringsregimet. "Tællelighedens regime" er del af det sidste og kombineret med centrale forsøg på at placere ledelse som væsentlig styringsinstans i det offentlige: Både at få lederne til at kunne lede ("making managers manage") og sikre, at de har de fornødne frihedsgrader til det ("letting managers manage"). Ledelse har ikke længere skullet være fagledelse, men professionel ledelse. Man kan altså koble ledelse fra profession; dyb faglig indsigt er ikke længere påkrævet. Det har også sat brudflader ind i de faglige organisationer, der organiserer både decentrale ledere og menige medarbejdere. Effekterne af "lederi" er det i første omgang de ansatte, som mærker. I anden omgang berørte borgere.

Siden den første formulering af det danske moderniseringsprogram i 1983 er der via 1990'ernes socialdemokratisk ledede regeringsførelse kommet gang i privatiseringer og mål og rammestyringskoncepterne, og i 2000'erne havde VK-regeringen mange nye moderniseringstiltag – inklusiv en "kvalitetsreform" fra 2007 og tilhørende afbureaukratiseringsreform i 2009⁹. S-R-(SF)-regeringen fra 2011-2015 havde under finansminister Bjarne Corydons ledelse stor forståelse for at videreudvikle styringsregimet, herunder med medvirken fra private konsulentfirmaer (bl.a. McKensey). Moderniseringsstyrelsen i Finansministeriet har været centrum og drivkraft i udviklingen af ledelses- og kontrolformerne, men KL er generelt hoppet med på vognen. Det er ikke kun ved OK-forhandlingerne, som OK13-lockouten var et eklatant eksempel på, at der er stærk koordination mellem staten og KL. Det er dog også klart, at staten har sat sig som storebror, og KL må acceptere rollen som lillebror i

” Problemet er også, at vi har pakkeforløb. Det er jo noget af det mest frustrerende inden for psykiatri, det der pakkeforløb, fordi, de her mennesker, vi får ind, er jo unikke. En depression kan jo vise sig på mange måder, der kan være rigtig meget bagved, der kan være rigtig mange ting i det... det kan være alt muligt.

Sygeplejerske, DSR, 2015

den relation⁹. Det er blevet fremmet af, at udgiftspolitikken – styringen af de offentlige udgifter – har fået en politisk førsteprioritet; og det er også Finansministeriet, der vogter over den stramme budgetpolitik.

Det meste af velfærdsproduktionen foregår imidlertid i kommuner og regioner. De sidste har det store sygehusområde som det centrale. Faktisk kunne vi tale om velfærdskommunen og velfærdsregionen i stedet for om "velfærdsstaten", hvis talen skulle være i overensstemmelse med den faktiske lokalisering. Velfærdsstatens basale funktioner er under alle omstændigheder sat i spil på en ny måde. NPM har leveret både sprog, begrundelser, redskaber og legitimering til at få det offentlige sat på privatkapitalistiske versefødder – her forstået som en vellykket overførsel af privatsektormodeller til det offentlige. Det har ført til, at offentlig etos og hensyn til "almenvellet" er udskiftet med økonomibegreber som overordnet pejlemærke.

Der er kommet fokus på output og resultater med *effektivitet* og omkostningseffektivitet, *efficiens*, som grundværdier i stedet for tidligere som tryghed, lighed og ligebehandling. Målrationalitet erstatter tentendielt værdirationalitet fra rets- og velfærdsstaten (11). Det ændrer det offentliges virke og væsen. Retsstatsprincipper kan komme i klemme i en sådan offentlig økonomisme (12; 13). Traditionelle regler og hierarki udfordres af økonomiske incitamenter og quasimarkeds løsninger. Men NPM har også mange paradokser indbygget. De reproduceres nemt i de ansattes hverdag, i deres praksis og bevidsthed. Lederne evalueres og belønnes efter, hvor godt de får output og outcomes til at matche de kvantitative succesmål. Det har presset en nytaylorisering af dele af den offentlige sektor igennem, så noget nærmer sig et maskinbureaukrati i stedet for at være professionelle organisationer (14; 15). Kontrol af de ansatte og deres præstationer er blevet systematiseret på nye måder samtidig med, at der fremføres et budskab om øget frihed for de ansatte. Virkeligheden opleves blot anderledes nedefra. Det har undersøgelser vist (5; 16).

International forskning har peget på bl.a. disse centrale ændringer af virket:

- Rummet for selvstændige professionelle valg er blevet indskrænket: Autonomien for de ansatte er blevet reduceret. Instrukser, manualer og standardiseringer tager over, hvor der tidligere var mere udbredt professionel autonomi og individuel diskretion,
- Økonomiske incitamenter er en af de vigtigste styringsformer. Samtidig skal trusler om outsourcing og privatisering og udvikling af quasimarkeder disciplinere de ansatte og give øget gennemsigtighed. (Det kan dog skabe perverse effekter, når performanceindikatorer bliver enerådende og styrende for fagprofessionel praksis),
- Omorganiseringer er blevet et vedvarende reformtræk, ledelsen styrkes samtidig med, at kontrakter er blevet en almen organisationsform for levering af offentlige ydelser. Reforme og omstillinger bliver rutine.

Paradoksalt nok er prisen for at få alle de påberåbte goder for institutionerne, at der må meget mere overvågning og regulering til – for at afregulere og modernisere. Der må skabes nye procedurer og institutioner, der kan etablere (quasi)markeder og overvåge de fagprofessionelle. Nye arbejdsfunktioner og stillingstyper skyder op (som controllers, middlemanagers, revisorer og proceskoordinatorer). Megen kontrol i det offentlige er over tid også blevet til selvstyring og selvkontrol. De nye

handlekrav kryber nemt ind i den enkelte; de internaliseres, og så hjælper man til i hverdagen på en ny måde, der bekræfter de organisatoriske krav.

Professionerne er delvist blevet "protokoliserede", men professionsudøverne stiller sig ikke alle utilfredse an over for den nye forvaltningsvirkelighed. Nogle er glade for manualer og stadardiseringer, for de reducerer omfanget af vanskelige professionelle valg. Det indskrænkede handlerum gør det faktisk nemmere at udføre jobbet. Evidensbaseret praksis er eksempel på en anden NPM-strategi, der på medarbejderside kan føre til ny betryggelighed, fordi der så er taget forbeholdninger for én.

Det ændrer dog ikke på, at der er en udbredt følelse hos store grupper af offentligt ansat velfærds-personale af at være blevet "ramt" af NPM-udviklingerne. De fagligt-etiske dilemmaer, der opleves, føres gerne tilbage til de nye forvaltningsrammer og ledelsestiltag, for de beslaglægger tid og ressourcer for de ansatte, og får begrænset de ansattes muligheder for at udøve individuelle professionelle skøn. Det giver både individuelle og kollektive begrænsninger, og det nedsætter arbejdsglæden. Sådan er udviklingen tolket. Det bevidnes af dette interviewcitater fra en psykiatrisygeplejerske *"Problemet er også, at vi har pakkeforløb. Det er jo noget af det mest frustrerende inden for psykiatri, det der pakkeforløb, fordi, de her mennesker, vi får ind, er jo unikke. En depression kan jo vise sig på mange måder, der kan være rigtig meget bagved, der kan være rigtig mange ting i det... det kan være alt muligt"* (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Sådanne praksiserfaringer er udbredte. Spørgsmålet er så, om antagelserne holder om, at problemerne stammer fra NPM alene. Måske er opfattelsen hos sundhedspersonalet af at være "offer" også en af de største forhindringer for at få ændret på de faktiske forhold?

Uden eget engagement og mobilisering omkring en "efter NPM-udvikling" hos de fagprofessionelle selv er det svært at se, hvordan udviklingerne skal vendes, da der er bred politisk konsensus om, at NPM-styringsregimet er frugtbart. Den har i institutionerne sat omsorgs- og etik hensyn i spænd med medicinske, effektivitets- og kontrollogikker. NPM kan ikke tales væk. Forskningen fortæller imidlertid om store problemer med at nå de forudsatte omkostnings- og effektivitetsgevinster – for slet ikke at tale om kvalitative fremskridt og demokratisk kontrol. Men nye NPM-instrumenter udvikles. Styringsværktøjer er blevet udviklet i et sådant omfang og en sådan grad, at det nemt giver tunnel-syn og falsk følelse af, at alt er under kontrol¹⁰. Særlig hos lederlaget.

Aktuel viden omkring arbejdspladserfaringer og arbejdsbelastninger

Føles plejen stærkt presset af flertallet af sygeplejersker, og er der svære bemandings-, indsats- og arbejdsmiljøproblemer? Og er gruppen hårdere ramt af NPM end andre grupper?

CARMA (Center for Arbejdsmarkedsforskning ved Aalborg Universitet), som vi tilhører, har gennem mere end 30 år forsket i arbejdsrelationer og personaleforhold. Empirisk kan der fra CARMA-undersøgelsen APL III: Arbejdsliv og politik set i lønmodtagerperspektiv (5; 17) bruges materiale, der belyser nogle af de oplevede arbejdslivs- og arbejdsmiljøspørgsmål, som er berørt ovenfor.

Der er tale om punktnedslag, og spørgeskemaundersøgelsen vedrører ikke kun fagprofessionelle og sundhed. Ved særkørsler på materialet kan der klargøres bestemte mønstre i svar om, hvordan sygeplejersker ser på arbejdspladsens forhold og effekter af ledelsens handle og gøre samt de politisk-administrative omorganiseringer gennem de senere år.

Det er ikke muligt at fastslå et direkte årsag-virkningsforhold mellem NPM og fagprofessionel bevidsthed ud fra surveydata, men der kan findes samvarianser, der stærkt indikerer sådanne sammenhænge. De kvantitative resultater viser, jf. tabel 1, at psykiske arbejdsmiljøbelastninger føles

tungvejende hos flertallet af sygeplejersker. Der sammenlignes også med andre større grupper (her operationelt angivet ved DLR-, BUPL- og FOA-medlemmer).

Tabel 1: Psykisk belastende arbejdsmiljø (%)

Hvordan vil du karakterisere dit arbejdsmiljø? Mit arbejde er psykisk belastende						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	19	39	14	21	8	88
DLF	29	41	22	6	2	97
BUPL	14	48	20	10	8	77
FOA	22	47	13	9	9	198
Alle lønmodtagere	11	28	20	18	23	2626

Tabel 2: Følelse af ofte at arbejde under stærkt tidspres (%)

Hvordan vil du karakterisere dit arbejdsmiljø? Jeg må ofte arbejde under stærkt tidspres						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	22	44	16	8	10	87
DLF	14	40	18	18	9	98
BUPL	10	38	17	18	17	77
FOA	25	30	14	16	15	197
Alle lønmodtagere	18	34	19	17	14	2638

Oplevelsen af flere former for pres kan altså bekræftes empirisk. Det er dog forskellige former og faktorer bag, og ikke alle kan som sagt føres tilbage til NPM. Stærkest udslag giver spørgsmålet om at arbejde under stærkt tidspres. Sygeplejerskerne er dem, der mest markant føler sig udsat for denne belastning. Det ses af tabel 2, at 66 % erklærer sig helt eller delvist enig, mens kun 18 % er uenige. Det fortæller noget om den rationalisering- og produktivitetsforøgelse, der er sket især inden for sygehusvæsenet og konsekvenser heraf, hvor normeringer ikke følger med arbejds- og tidspres. Det må formodes også at kunne få følger for den oplevede kvalitet af arbejdet, da det jo er et fagprofessionelt grundhensyn. Tabel 3 bekræfter, at der er kommet problemer.

Tabel 3: Vanskeligheder med at sikre kvaliteten inden for de givne rammer (%)

Hvordan vil du karakterisere dit arbejdsmiljø? Jeg har svært ved at sikre kvaliteten indenfor de givne rammer						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	11	31	22	19	17	86
DLF	16	39	22	13	9	98
BUPL	16	39	14	20	12	77
FOA	17	24	20	18	21	198
Alle lønmodtagere	7	21	19	25	28	2618

Bekymringerne for professionelt ikke at kunne levere, hvad der burde præsteres, er dominerende også hos sygeplejerskerne. Det er et fælles anliggende, som et flertal finder, der er blevet problemer med at sikre. De to øvrige fagprofessionelle grupper, DLF- og BUPL-medlemmer, har tilsvarende kvababbelser. NPM-sammenhængen er oplagt.

Vi ved, at NPM-fokuserende arbejdskrav og standardiserede rutiner er problemskabende for sygeplejerskerne. Det klargøres af APL III-dataene ved en kørsel på grupper i forhold til spørgsmålet om dokumentationskrav, jf. tabel 4 nedenfor. Når der spørges ind til udviklinger på arbejdspladsen gennem de senere år, og specifikt om der er indført flere dokumentationskrav, fås et entydigt billede af arbejdspladser, hvor sådanne krav føles stærkt dominerende.

Tabel 4: Er der indført flere dokumentationskrav? (%)

Hvilken udvikling er der sket på din arbejdsplads de seneste år? – Der er indført flere dokumentationskrav						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	80	10	2	6	2	88
DLF	54	24	15	5	1	98
BUPL	63	17	14	5	1	78
FOA	74	11	7	3	5	197
Alle lønmodtagere	41	22	19	6	11	2590

I en sammenligning mellem grupperne ligger sygeplejerskerne klart i top med hensyn til erfaringer med øgede dokumentationskrav. Problemer, der er knyttet hertil, er bl.a. den tidsrøvning og belastning, det er, at skulle bruge sine kvalifikationer på noget administrativt, der ikke ligger inden for kernefagligheden. Hos de øvrige grupper af offentligt ansatte føles dokumentationskravene dog også at være øget kraftigt gennem de senere år. Det er et fælles fagprofessionelt problem.

At dokumentation ikke laves for at understøtte sygeplejen, men for at kunne imødegå kritik, klager og potentiel politikervrede, udtrykkes eksplicit af en sygeplejerske:

“Det er faktisk en af hovedårsagerne til at man gør det. Det er ikke for at informere om patienten, men for at sikre sig selv. Men samtidig bliver det jo også vores død, fordi lige præcis som før med at vores job er ikke sådan et, hvor vi kan dokumentere alt. Vi kan ikke måle alt” (Sygeplejerske, DSR 2015). Praksiserfaringen er, at noget sådant ødelægger autenticiteten i arbejdet.

NPM-bølgen har skyllet ind over alle dele af den offentlige forvaltning i både stat, regioner og kommuner, og i kombination med mere indskrænkede økonomiske rammer har normeringer og efterfølgende arbejdspress været en hjørnesteen i kritikken af arbejdsbetingelserne. APL III-svar på dette spørgsmål er gengivet i tabel 5.

Tabel 5: Øget arbejdsomfang uden flere ansættelser (%)

Hvilken udvikling er der sket på din arbejdsplads de seneste år? – Der er en øget arbejdsomfang, uden at vi er blevet flere ansatte.						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	51	29	11	3	6	88
DLF	46	37	9	6	2	98
BUPL	58	29	9	4	0	78
FOA	59	26	8	4	3	196
Alle lønmodtagere	37	30	17	8	7	2633

Opfattelsen af dårlige normeringer i forhold til behovene går igen mellem grupperne af offentligt ansatte, og det er ganske få, der ikke har oplevet det som et problem. Problemstillingen er imidlertid

tid næppe affødt alene af NPM-tiltag, men hænger sammen med et generelt politisk ønske om at begrænse omfanget af offentlig velfærdsproduktion og indfri specifikke ønsker. Udgiftspolitikken overtrumfer andre politik hensyn aktuelt. Kombinationen af NPM-tiltag om færre faste stillinger har imidlertid negative konsekvenser i forhold til andre ansattes erfaringer.

Der opleves øget distance mellem managementlaget og de "menige" ansatte i disse år. Erfaringerne afspejles i svar på spørgsmålet, om det er blevet sværere at påvirke ledelsens dagsorden, jf. tabel 6 nedenfor. NPM står bag opstramningerne omkring ledelsesretten. Stærkest slår negative svar på spørgsmålet dog igennem hos FOA-medlemmer og hos lærerne, hvor de sidste med lockouten i 2013 oplevede at blive "kørt over" af regering og KL. Det er også over halvdelen af sygeplejerskerne, der deler vurderingen af, at det er blevet vanskeligere at få indflydelse på ledelsens dagsorden.

Tabel 6: Er det blevet sværere at påvirke ledelsens dagsorden? (%)

Hvilken udvikling er der sket på din arbejdsplads de seneste år – Det er blevet sværere at påvirke ledelsens dagsorden						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	28	26	34	8	4	88
DLF	38	26	27	7	2	98
BUPL	12	28	36	15	9	78
FOA	30	34	24	4	8	194
Alle lønmodtagere	20	25	34	13	8	2621

Målingen flugter helt med resultater fra CARMA's 2012 undersøgelse "Medhør uden medbestemmelse?" af FTF-repræsentanters oplevelse af udviklinger i MED-systemet (16). Tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter har oplevet stigende problemer med at kunne påvirke ledelsesbeslutninger. Endelig er der stillet spørgsmål om, hvad de offentligt ansatte selv anser for vigtigst i og omkring arbejdet, hvis de frit kunne vælge. Spørgsmål om arbejdsmiljø får en topprioritering, jf. tabel 7. Ni ud af 10 sygeplejersker giver arbejdsmiljøet en klar førstprioritet. Men alle grupper anser arbejdsmiljøet for at være væsentligst i arbejdslivet. Sygeplejerskerne dog stærkest. Stress og demotivering skal undgås og positive energier sættes ind i miljøet i stedet. Det sender stærke signaler både til arbejdsgiversiden og til fagforeningerne.

Tabel 7: Hvad ville betyde mest for dig, hvis du frit kunne vælge arbejde? Arbejdsmiljø i orden (%)

Hvad ville betyde mest for dig, hvis du frit kunne vælge arbejde? At arbejdsmiljøet er i orden						
	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	86	14	0	0	0	87
DLF	71	25	3	1	0	99
BUPL	86	10	4	0	0	78
FOA	82	16	1	1	1	199
Alle lønmodtagere	66	29	4	1	0	2619

Går vi fra disse erfaringsbestemte spørgsmål til vurdering af væsentlige forhold omkring velfærds-sikringen og spørger ind til, om man synes, sundhedsvæsenet fortsat bør drives af det offentlige – og altså ikke udsættes for markedsgørelse i form af privatisering eller outsourcing – får vi et overraskende entydigt svar fra de udvalgte grupper, jf. tabel 8. Sygeplejerskerne har en ekstremt positiv opinionsbalance på 80 % (mod 77 % i DLF, 70 % for BUPL's medlemmer og 65 % hos FOA-gruppen).

Tabel 8: Sundhedsvæsenet bør primært drives af det offentlige (%)

Hvad mener du om følgende: – Sundhedsvæsenet bør primært drives af det offentlige	Helt enig	Delvis enig	Hverken enig eller uenig	Delvis uenig	Helt uenig	N
DSR	70	16	8	6	0	88
DLF	58	24	13	3	2	95
BUPL	51	23	22	4	0	77
FOA	44	28	20	5	2	204
Alle lønmodtagere	44	27	18	8	4	2688

Der er en indiskutabel stærk opbakning hos lønmodtagerne bag den universelle velfærdsstats organisering: Et for borgerne ens, rettighedsbaseret, gratis, skattefinansieret og offentligt sundhedsvæsen, som skal dække behov i befolkningen. DSR's medlemmer bakker stærkest op.

Disse målinger bekræfter imidlertid ikke, at sygeplejerskerne skulle være ramt meget hårdere end andre grupper af NPM-tiltag – dog med øgede dokumentationskrav som undtagelse. Men lærerne er f.eks. blevet berørt senere end Dansk Sygeplejeråds medlemmer, og derfor er negative reaktioner også kommet senere hos dem end hos sygeplejerskerne. Fælles står de fagprofessionelle dog over for det skisma, at den velfærdsramme med behovsdækning, som de tror så stærkt på, er ved at blive eroderet og erstattet af en ny forståelse, der hylder individuel nytte, og som i udpræget grad sættes igennem ved NPM-styring.

Presset og forklaringer bag

Arbejdsbetingelserne for de forskellige grupper er ændret kraftigt gennem de senere år, og det har haft konsekvenser for den måde, de ansatte oplever arbejdsliv og virke på. Ledelsesmæssig, bureaukratisk og professionel kontrol føles mærkbart opstrammet, selv om det ikke sker med lige stor gennemslagskraft alle steder. Det er dog ikke det samme som, at der ikke stadig er autonomigrader for grupper af ansatte og diskretion hos den enkelte ansatte. Presset for ydre og indre kontrol er steget, men selv om autonomien er blevet indskrænket, er den individuelle diskretion stadig til stede i et vist mål. Selvstyring indebærer dog ikke sjældent også selvcensur, og det kan true de fagprofessionelle hensyn. Der er fare for fragmentering af den fagprofessionelle ekspertise og kunnen (18), og det vil sætte den interne solidaritet på prøve i sundhedsvæsenet.

Forholdet mellem ledelse og medarbejdere er forskelligt udformet i institutionerne. Det kan være præget af konflikt, af kompromisvillighed eller af samarbejdsvilje. Det veksler med ledelse og interne relationer, og det påvirker arbejdsmiljøet stærkt. Relationen er blevet mere afhængig af omgivelserne og virkebetingelserne. Med markeds- og managementgørelsen af de offentlige institutioner er der blevet udviklet en ny skævhed. Der er blevet styret ved hjælp af regneark, manualer og værktøjer, og kontroller har øget ledelsens beføjelser i forhold til personalet.

Asymmetrien i magt er blevet større siden Strukturreformen og krisens indtog. De fagprofessionelle er blevet mere afhængige af andre, både i hverdagen og i den kollektive kamp for at genindvinde styrke og indflydelse over organisations- og politikudviklingerne. Det har været svært at komme i en offensiv position. Man kan forsigtigt konstatere, at de faglige organisationer hidtil ikke har været specielt gode til f.eks. at politisere dårlig ledelse i de moderniserede institutioner. Det ville være et

oplagt modtræk til NPM-gørelsen af de ansatte og netop i tider, hvor "tillidsreformer" italesættes samtidig med, at NPM-reformer institutionaliserer mistilliden. Paradokserne står i kø. Organisationerne er forholdsvis tavse.

Det er længe siden, at (fag)-professionelle blev set som blot neutrale eksperter, der brugte deres viden og kunnen til at hjælpe samfundet til at kunne fungere bedre. Tilliden til ekspertise og faglighed er svækket. NPM har anklaget dem for at dyrke egeninteresser og sabotere ellers velmente moderniseringsforsøg. Måske har de offentligt ansattes organisationer heller ikke været gode nok til at give en egen eller ny fortælling om de store *brugsværdier*, de ansatte producerer for den enkelte borger og samfundet: De fælles værdier, der ligger i, at borgerne kan leve trygt, sundt, produktivt og værdigt sammen (19). Det betegner offentlige etosværdier på politikfelterne – noget kvalitativt. Det er imidlertid kvantitative målestokke, simulerede *bytteværdier* (efficiensmål), der nu benyttes som måltal, og de er rettet ensidigt mod outputtet. Den offentlige etos, som der vogtes over på området, er ganske enkelt ikke forenelig med de performancekrav og overspændte outputskalaer og ranglister, der styres efter i dag.

Fagprofessionelle må være meget optaget af, hvordan deres offentlige image tager sig ud, og hvor vigtigt arbejdet anses som, samtidigt med interessen for arbejdsbetingelser, ledelses og kollegarelationer. Velfærdsarbejdet skaber merværdi for befolkningen. Det er kollektivt, at Dansk Sygeplejeråd i alliance med andre må tage denne udfordring op og få ændret synet på de fagprofessionelle og deres virke for fællesskabet.

NPM er ikke populær hos sundhedsorganisationerne, der flere gange har stillet sig kritisk i forhold hertil. Der er blot ikke etableret en fælles front. Men der er også egne bidrag til højnelse af status og anseelse, som skal drøftes, og hvor der velsagtens stadig er forbedringspotentiale. Det samme gælder indflydelsen i institutionerne. En stærk fagprofessionel identitet og etiske holdepunkter kan bruges til at formulere bekymring på fagets og personalets vegne, og der har også punktuelt kunne mobiliseres modstand mod en del moderniseringsforsøg. Spørgsmålet er så blot, om krudtet alene skal bruges på at bekæmpe NPM?

Politik og administration er ikke det samme

Ændringerne af de offentlige serviceinstitutioner er faktisk ikke kun initieret af NPM. Der har været helt kendte politiske ønsker om forandringer, ændrede økonomivilkår og reguleringer, som oftest kommer i forlængelse af mediehistorier om svigt og krav fra mere og mere krævende borgere og patientgrupper. Det er ikke nyt. Ønsket om prioritering af medicin frem for personale er et andet aktuelt eksempel. Begrænsninger af den offentlige sektor er et tredje politisk ønske, der ikke behøver NPM-begrundelse. Mange af de pres, som de ansatte oplever, har også rod i de politikreformer, der er lavet som politiske kompromisser. De skal derefter implementeres. Det sker tit, at sygeplejersker og andre ikke identificerer sig med målene i de nye politikreformer. De kan være modstandere. Det er dog et grundvilkår i et repræsentativt demokratisystem, at de ansatte loyalt forsøger at gennemføre lovgiverintentioner (og ledelsesinstruktioner). Men de har naturligvis også hensyn at tage til deres faglige viden i situationer, hvor borgere skal hjælpes, så man imødekommer deres behov. Det kan give mere end krydspres og rollekonflikter; faglige og etiske dilemmaer kan vokse sig store.

Øget brugerindflydelse og selektivitet i indsætter kan også fremprovokere uvilje hos veluddannede grupper, for de kan se det som forsøg på at "stække" deres professionelle autonomi. Det er jo ofte

selve meningen med tiltag. Politikker er ikke altid lige populære hos dem, der skal implementere dem, og derfor bliver ulysten til at følge nye politiske idéer nogle gange vendt mod det organisations- og forvaltningssystem, de opererer i. Dem, der har borgerkontakten, ved, hvor afgørende deres handlinger og ikke-handlinger er for folks liv og en lige eller ulige behandling af medborgere (20). Når ansatte bliver utilfredse med krav ovenfra, så rettes kritikken hurtigt mod systemet. Da kan man nemt glemme at sondre mellem politikønsker og NPM-regime. Så kan det blive svært at adressere kritik og vinde ejerskab af hverdagens opgaver tilbage. Den opgave fordrer tilbageerobring af magt, styrket medbestemmelse og indflydelse på både operationelle, taktiske og strategiske spørgsmål.

Det kan blive alvorligt, når der ikke er forståelse og accept af politikidéer. Hvis ansatte ikke har mere end minimal identifikation med politikken, så vil de reelt kunne blokere for at realisere politikken (21). Demokratiet får da et "sort hul". Det vil også indvirke negativt på forholdet mellem borgere og fagprofessionelle, og det kan så i sidste instans have virkninger tilbage på legitimiteten af politikførelsen (22). Ansatte må vise loyalitet over for arbejdsgiver og arbejdsplads. Men man skal omvendt heller ikke være overloyal.

Der kunne være god grund til at forske mere i, hvorfor fagprofessionelle kan have sådanne problemer med at identificere sig med de politikker, de er sat til at implementere. Flere forklaringer er mulige. Den første: At det er *økonomismen*, der er indeholdt i politikreformer med NPM-fundament – altså effektivitets- og efficienskriterier – som provokerer de ansatte, der er orienteret mere mod retsstats- og velfærdsstatsværdier (som også kan kaldes demokrativærdier). Disse andre værdier trædes let under fode i det nye regime, og evidens og målemanagement kan ses som negative elementer. Det vil give NPM central forklaringskraft.

Men en anden forklaring kunne være, at *andre faktorer* har spillet stærkt ind, som f.eks. øget vidensniveau hos samfundsmedlemmerne, nye teknologiske muligheder, der prøves af i forvaltningerne, ny biomedicinsk viden, medicinindustriens åbne og skjulte lobbyisme (også gennem patientforeninger) eller mediernes øgede betydning for politisering af enkeltsager og fastsættelse af dagsordenen (9; 23). Arbejdspladsforandringer sker hele tiden, og omverdenen stiller også nye krav.

Det er en broget række af faktorer, der er peget på med de sidste, men de har betydning for, at virkeligheden ændres i institutionerne og i bestemt retning. Det er blot ikke én samlet effekt, der kan udledes af disse forklaringsforsøg. Der er grund til at erkende, at der er forhold uden for NPM, som spiller ind, og som gør, at det er en mere udvidet og kompleks forståelse, der skal til, for at klargøre fagprofessionelles aktuelle pres og problemer med at identificere sig med politikmål. Eksempler kan også være det kendte med mere krævende borgere og patientforeninger og udrednings- og behandlingsgarantier.

NPM kan altså ikke gøres eneansvarlig for alle oplevede problemer hos sygeplejerskerne og hos de øvrige grupper af offentligt ansatte. Men NPM mærkes dagligt og mest på negative måder.

Politisk fremmedgørelse

For at forstå lønmodtagerreaktioner, må man se på graden af professionalisme på et område. Der kommer nemlig negative eller positive reaktioner på ændringer afhængigt af, om og hvordan man har indrettet de kollektivt udviklede normer og selvstyringsmekanismer. Negative reaktioner kan føre til, hvad man kan kalde *politisk fremmedgørelse*. Det sker i forhold til politikreformer og deres implementering og i forhold til styringsregimer (24). Det gælder aktuelt folkeskolelærerne og deres forhold til dele af folkeskolereformen i forlængelse af OK13-erfaringerne. Det kan måske

også gælde sygeplejerskers forhold til produktivitetskrav og evidensbaseret sundhedspolitik, hvor pindetælli og anden bureaukrati er øget betragteligt. Det indledende citat til vores artikel bevidner problemet.

Fremmedgørelse står for situationer, hvor lønmodtagere føler, at opgaver synes "meningsløse", og hvor de mangler hjælp fra anden side til at tackle pålagte opgaver. Så kommer der også nemt følelse af magtesløshed hos den enkelte. Ved siden af meningsløshed og magtesløshed kan normløshed og følelse af social isolation måske udvikles. Men meningsløshed og magtesløshed er nok de mest udtalte elementer i fænomenet politisk fremmedgørelse. Det presser professionelle standarder og normer i processerne.

Magtesløshed opstår, når en person eller gruppe mangler kontrol over begivenheder i deres arbejdsliv. Det vil sige situationer, hvor de ikke føler, at de har indflydelse på, hvordan politik implementeres. Der gælder det om fælles at generobre kontrol, hvis man vil modvirke denne følelse. Som vi empirisk afdækkede, betyder godt arbejdsmiljø allermest for lønmodtagerne og for sygeplejerskerne

” Det er faktisk en af hovedårsagerne til at man gør det [dokumenterer]. Det er ikke for at informere om patienten, men for at sikre sig selv. Men samtidig bliver det jo også vores død, fordi lige præcis som før med at vores job er ikke sådan et, hvor vi kan dokumentere alt. Vi kan ikke måle alt.

Sygeplejerske, DSR, 2015

i særdeleshed. Her er der lokaliseret problemer aktuelt. NPM har bidraget til at skabe en følelse af afmagt ved managementgørelse og trusler om markedsføring og offentlig serviceproduktion og ikke mindst ved stærk ledelsesstyring. Lægerne har eksempelvis kunnet bibeholde deres autonomi og professionsstrategiske projekt stærkere end sygeplejerskerne.

Meningsløshed er mangel på

evne til at forstå ens egen indsats i forhold til et højere mål. Det fører til demotivering. Alle organisationer har motiverede medarbejdere som hovedhjørnesten. Anerkendelse og respekt er simpelthen forudsætning for positiv motivation hos de ansatte. Fagprofessionelle har ydermere en særlig motivation for at arbejde i det offentlige – en særlig "public sector motivation"¹¹ og de forbinder deres praksis med samfundsmæssige sammenhænge og formål uden for dem selv. Der er indre motivation og klare indslag af altruisme ved siden af interessevaretagelse i arbejdet i det offentlige. Derfor kan et NPM-instrument som materielle incitamenter (f.eks. individuel løn) få decideret negative effekter på folks arbejdsmotivation.

Professionalismen har givet sygeplejersker klare opfattelser af den betydning, som arbejdet har for samfundet. Teori, metode og etik er indrettet på at støtte op herom. Men hvis der kommer andre styrende hensyn ind, som undertrykker eller målforskyder opgavesættet, kommer der nemt en følelse af at være uden indflydelse på, hvordan arbejdet udføres og de valg, der ligger heri. Opfatter sygeplejerskerne det sådan, at pålagte aktiviteter ikke vil gavne den sundhedsfaglige indsats, ses de hurtigt som meningsløse (jf. udsagnet ovenfor fra psykiatrisygeplejersken om pålagte pakkeforløb).

Hvis ansatte er vildt uenige i regler og reguleringer, der bliver lavet på politisk niveau, er det altså ikke det samme som politisk fremmedgørelse produceret af NPM med dets syv komponenter.

Især brugen af standardiseringer og performancemålinger – outputorienteringen – er dog blevet udbredte og besværlige. De kan bidrage til at skabe politisk fremmedgørelse hos sygeplejersker. Det er her især Christoffer Hoods 3. og 4. komponent, der indrammer disse problemer. Synlighed og sammenlignelighed er agtværdige krav, men operationerne kan også udvikle sig til benchmarking og "hitliste" hysteri og bruges negativt i næste års budgetproces.

Resultatmålinger og ressourcetildelinger er blevet knyttet tæt sammen. Og konsekvensen: Til sidst koncentrerer man sig alene om det, man bliver målt på – ikke på det nødvendige set ud fra et fagprofessionelt synspunkt. Det var præcist indholdet i det citat, vi indledte kapitlet med. Måleriet fører til målforskydning i arbejdet, og det bliver til perverse effekter.

Forvaltningspolitikken fornyelse er også sygeplejerskernes ansvar

Hvad enten man vil kalde det politisk fremmedgørelse eller noget andet, hersker der ikke tvivl om, at forvaltningsvirkeligheden og de følte pres og problemer hos ansatte, har ændret situationen kraftigt, i forhold til før NPM blev introduceret som styringsregime. Mange NPM-styringer ser ikke meningsfulde ud i sygeplejerskernes be-

vidsthed, mange dokumentationer føles meningsløse, og megen tid og energi føles at blive spildt på øvelser langt væk fra de professionelle kerneopgaver. Det meningsløse hører ikke hjemme i et fagprofessionelt univers. Derfor hilses NPM-tiltag ikke velkomne. De nye pånødne aktiviteter omgærdes derfor ikke kun med skepsis, men også med en ikke ringe portion modstand. NPM vurderes ikke at give merværdi til arbejdet overhovedet. Magtesløsheden kan også brede sig, hvis man ikke kan genvinde kontrol over, hvordan politikker skal implementeres og afleveres til borgerne. Og det er en kollektiv opgave.

Opfattede problemer er reelle problemer – uagtet hvilke drivkræfter, der har produceret dem. Og de perciperede problemer er mange og omfattende, som vi har set. Ydelsespresset er konstant. Der skal løbes stærkere. Arbejdsmiljøet forringes. Og anerkendelse skorter det gevaldigt på. Men; en offerrolle kan ikke bruges til noget, når situationer skal ændres. Det er heldigvis også indset af en del i sundhedsvæsenet. En sygeplejerske i en mellemliderstilling har erkendt behovet for modsvar:

"Jeg skrev konsekvent: Hvad er det for en opgave vi ikke skal løse, hvis vi skal være færre? Og det afleverede jeg. Og der stod ikke noget med at sygeplejerskerne blev syge eller noget andet. Her kørte jeg på, om vi skulle prioritere de syge patienter? Og jeg ved at de hader det i direktionen. Men så må de jo svare igen med, hvad skal vi så gøre? Skal vi lade være med at behandle de medicinske patienter, der ligger derinde og putter sig?" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

” *Jeg skrev konsekvent: Hvad er det for en opgave vi ikke skal løse, hvis vi skal være færre? Og det afleverede jeg. Og der stod ikke noget med at sygeplejerskerne blev syge eller noget andet. Her kørte jeg på, om vi skulle prioritere de syge patienter? Og jeg ved, at de hader det i direktionen. Men så må de jo svare igen med, hvad skal vi så gøre? Skal vi lade være med at behandle de medicinske patienter, der ligger derinde og putter sig?*

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

Pres og angreb kommer fra flere sider, og de fagprofessionelle taler vedvarende om urimelige arbejdsvilkår, dårlige normeringer, dårlige ledelser og meningsløse dokumentationer. Det er de nye styreformer og kontrolregimer, der har gjort det vanskeligt at se mening og fornuft med dele af arbejdet og sikre fagprofessionelle standarder. De sidste er den nøjagtige modsætning til standardiseringer. Faglige og etiske dilemmaer toner dog frem. NPM har så også fået symbolværdi for næsten alle fortrædeligheder i hverdagen, og så er det nemt at føle sig magtesløs.

Bureaukrati er et følgefænomen til NPM. Performancesystemerne opererer med målinger og vurderinger, der kan ligge langt fra de sygeplejefaglige kerneopgaver, og det kan producere demotivering og meningsløshed hos mange. Det "reelle" arbejde er med patienter og pårørende. Hvis man så heller ikke føler, man kan få ændret forholdene, sniger afmagtsfølelsen sig ind på den enkelte.

Meget afhænger dog af, hvordan de ansatte selv viser evner og vilje til at handle i forhold til pres og reformkrav. Pres bliver ikke automatisk til byrder. Fremtiden afhænger af, hvordan der bliver lavet fælles erfaringslære og formuleret svar på de ændrede betingelser. Men sygeplejersker er som andre grupper ikke ens. Nogle føler sig magtesløse, andre ikke. Specielt ikke lederlaget. Nogle accepterer individuelle tilpasninger, andre forlader sig på kollektiv aktion. Og når loyaliteter, fælles styrke og udsyn varierer, bliver de fagprofessionelle svar også nemt forskellige. De faglige organisationer har en afgørende rolle som brobygger, formidler og politikdanner.

De ansatte erfarer øget bureaukratisering. Lederne er sat under øget professionalisering. Strategierne ligger pænt i forlængelse af hinanden i NPM-regimet, og det er, hvad der erfares på "gulvniveau". Der er sat en modsætning op mellem organisatoriske krav til de fagprofessionelle og de sidstes egne definitioner af professionalismisme (18). Lederne burde dog handle ud fra mere end styringsopskrifter ovenfra: Tillidsskabelse er del af god ledelse. Aktuelt er det dog tillidsbrud, der set af flertallet af sygeplejersker – er det typiske fra ledelsesside. Manglende anerkendelse og respekt er et andet træk.

De fagprofessionelle vil kæmpe for at bibeholde et ejerskab til de retsstats- og velfærdsstatsværdier, som er en stor del af motivationen til at arbejde i det offentlige. Det er udfordret af NPM. Men politikere dikterer også omstillinger og "slankninger" af forvaltningen. Bekymringerne på arbejdsmiljøets og autonomiens vegne er store.

I stedet for at tro, at man med det samme kan komme af med NPM og managementstyringen for at geninstallere faglig professionalismisme, kunne det være nok så udsigtsrigt at undersøge, hvordan de fagprofessionelle kunne bidrage til at *omdanne og udvikle* en offentlig professionalismisme. Altså ikke restaurering af et gammelt ideal, men nyudvikle fagprofessionalismen i nye moderniseringer. Professionalisme skal konstrueres i processerne – også med *stærkere evner til at vælge i virket, til at prioritere, kommunikere, advokere og samarbejde*.

Sygeplejerskernes professionelle projekt må indlejres stærkere i de organisatoriske omgivelser, og institutionalisering hænger sammen med en ny fagligpolitisk offensiv. Man kan godt få ændret arbejdsmåder og omlagt arbejdsbyrder og samtidig tage hensyn til basale professionelle værdier og autonomihensyn (24; 26). Det er en kollektiv opgave at påvirke omorganiseringer og omstruktureringer, så der kan åbnes nye muligheder for de ansatte. Det kræver så, at man har nye og innovative *idéer* til, hvordan man kan udvikle arbejdsgange og behandlingsmåder og overbevise andre herom. Og det kræver en *organisatorisk ramme* til at fremføre og forhandle krav, inden der besluttet og handles.

Et vist mål af politisk fremmedgørelse synes at være udviklet hos en del af sygeplejerskerne – om end vi ikke vover at kalde det et stort flertal på baggrund af de enkeltstående empiriske data, der er brugt her. Det er dog som nævnt ikke alle irritationsmomenter omkring arbejdet og sundhedssektoren.

rens udvikling, der skal tilskrives NPM. Ny teknologi, nye produkter, brugerkrav og politikernes profileringsbehov tæller også.

Situationen er næppe kriseagtig endnu. Man kan rimeligvis tale om, at sygeplejersker udvikler en næsten skizofren evne til at opføre sig konformt i forhold til de nye krav og pres, der kommer ovenfra og indefra i sundhedssystemet, og samtidig søger at bruge deres organisatoriske ressourcer og muligheder for at påvirke forandringer. Dansk Sygeplejeråd har gode organisatoriske magtressourcer, men de politisk-institutionelle og de kommunikative synes godt at kunne forbedres. Det indbefatter også spørgsmålet om evner, og kapabiliteter, til at håndtere magtressourcer kløgtigt. Både i det institutionelle felt og i det fagligt-politiske arbejde.

Professionelle projekter går på at få ønsker og hensyn institutionaliseret (27). Fire strategier er oplagte at forfølge i det institutionelle landskab:

- At bruge vidensbase og legitimitet til at udfordre den eksisterende orden og "kolonisere" det med andre begreber og forståelser – så at sige "nyprofilere landskabet", også med nye "etos"begreber,
- At bruge sygeplejerskernes kvalifikationer til at få befolket stillinger anderledes i de offentlige organisationer og skabe nye identiteter (også ved at kreere nye jobbeskrivelser, "jobcrafting" m.v.),
- At kæmpe for at introducere regler og faglige standarder, der giver nye "logikker", hensyn og praksisser eller nye praksisområder og
- At bruge og reproducere social status og prestige til at få ændret statushierarki i sundhedsvæsenet og den sociale orden på området. Hvis man skal påvirke den sociale, kulturelle og symbolske orden, kommer videreuddannelse, retorisk oprustning, politisk- og mediemæssig offensiv med det samme på tale som del af de kollektive handlinger.

Jo mere professionelt Dansk Sygeplejeråd og medlemmerne kan optræde ved genformning af sundheds og forvaltningspolitik, jo lettere kommer man den politiske fremmedgørelse hos dele af medlemsskaren til livs. Interessevaretagelsen for de kvindedominerede fagforeninger på sundhedsområdet står for at skulle skærpes. Analyse, strategi og handling må kittes stærkere sammen, og det indebærer altså, at faglige, fag-politiske, (forvaltnings)-politiske og kommunikative elementer inddrages samtidigt (jf. 5a).

Det er ikke kun NPM, der er en trussel for sygeplejerskerne, men også andre faktorer og politikidéer, som der skal formuleres modsvar til, hvis man vil have øget indflydelse. Forvaltningspolitikken er dog blevet stærkt præget af NPM, og derfor er det også innovative svar på modernisering, der må efterlyses fra organisationsside. I den henseende er der ikke uinteressant at konstatere, at den nye svenske, socialdemokratiske ledede regering som et af sine programpunkter har bekæmpelse af NPM i den svenske forvaltning. Efter NPM-koncepter er allerede under udvikling rundt omkring i verden, og alene en studietur til den anden side af sundet ville måske være gavnligt for formulering af et alternativ til den aktuelle NPM-inficerede forvaltningspolitik. Danske politikere kunne måske også lære at interessere sig herfor. Det burde sundhedsorganisationerne fint kunne hjælpe dem med.

Der kræves meget – også et eget sprog at formulere ønsker og krav i – så man ikke reproducerer den neo-liberale effektivitets- og vækstsnak. Fagligpolitiske alternativer må formuleres og kommunikeres. Det er også en *ny fortælling om fag og fagforening*, der skal til. Professionalisme kalder på kapabiliteter til at påvirke udviklingen af den offentlige sektors værdier og politikker, evner til at artikulere og forfølge faglige standarder, samt evner til at få vendt negative erfaringer hos medlemmerne til positive. Det må ske i takt med, at ejerskab til arbejde og arbejdsbetingelser vindes tilbage hos de ansatte.

Noter

- 1 DSR: Med 50 sygeplejersker på arbejde – dagbøger fra indholdsrige hverdage, København, 2002 og diverse artikler i fagbladet "Sygeplejersken" 2002-2015.
- 2 Jf. Solbrekke, T. D. og Heggen, K.: "Sygepleieansvar – fra professionelt moralsk ansvar til teknisk regnskapspligt?", pp. 4961 i Tidsskrift for Arbejdsliv, vol. 11, no. 3, 2009.
- 3 Interessant nok er det mest i de engelsktalende lande, at NPM har holdt sit sejrstog gennem flere årtier: USA, England, Irland, Canada, Australien, New Zealand. Men også lande som Holland, Tyskland, Frankrig, Sverige og Østrig har taget ideerne til sig. I Danmark har en vis pragmatisme i tilretning af styringsideerne vist sig, og det er generelt nationalt forskellige udgaver af NPM, der har udviklet sig. Til gengæld var Danmark en frontløber i 1980'erne for nogle af NPM-ideerne.
- 4 Jf. Tage Søndergård Kristensen: Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråd, København, 2013, Anette Kamp m.fl.: New Public Management – konsekvenser for arbejdsmiljø og produktivitet, CAF, Roskilde Universitet, Roskilde, 2013.
- 5 Vi forstår fagprofessionelle som nogle, der kan anvende viden og praktisk erfaring ved en kobling af analytiske evner og diskretion. Det er ikke professionelle i traditionel forstand (læger, advokater m.v.) med længerevarende, videregående uddannelse, men dem der med et særligt arbejde og en særlig måde at organisere arbejdet på, er med til at levere kerneydelser i velfærdsstaten. De fagprofessionelle har en mellemlang videregående uddannelse bag sig (Lene Dalsgaard: "Fagprofessionelle i nyere forvaltningslitteratur", pp. 4057 i Nordisk Administrativ Tidsskrift, 90. årg., nr. 1, 2013). De er også med til at oversætte, forhandle og omforme politikreformer i organisationerne til implementeret politik. At der er kamp fagprofessionerne imellem om jobs, aflønning og muligheder er lige så oplagt. Affektivt og etisk arbejde er del af de fleste fagprofessionelles virke, og de fungerer altid "i fronten" (Moos m.fl., 2004, Molander og Terum, 2008, Hjort, 2012).
- 6 Se Christensen og Lægred (eds.): New Public Management – The transformation of ideas and practice, Ashgate, Aldershot, 2001, Busch, Tor et al.: Modernisering af offentlig sektor, Universitetsforlaget, Oslo, 2007, Greve, Carsten: Offentlig ledelse – teorier og temaer i et politologisk perspektiv, DJØF Forlaget, København, 2009, O'Toole Jr. et al.: Public Management. Organizations, Governance, and Performance, Cambridge University Press, Cambridge, 2011, Christensen & Lægred (eds.): The Ashgate Research Companion to the New Public Management, Ashgate, Aldershot, 2011. Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011): Public Management Reform, Oxford University Press, Oxford.
- 7 Kirkpatrick, I. et al.: The New Managerialism and Public Service Professions, Palgrave, London, 2005, Henrik Herløv Lund: New Public Management – rehabilitering af markedet. Kritik af markeds, penge og profitstyre i det offentlige, eget forlag, København, 2008.
- 8 Jf. Lene Dalsgaard og Henning Jørgensen: Kvaliteten der blev væk – Kvalitetsreform og modernisering af den offentlige sektor, Frydenlund, København, 2010.
- 9 Jf. Henning Jørgensen (red.): Arbejdsmarkedsregulering, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, 2014, kapitel 2.
- 10 Se Steen Hildebrandt: "Værktøjssamfundet giver os tunnelsyn", Information 1. april 2015.

- 11 Denne "Public Sector Motivation" er empirisk dokumenteret kraftigt gennem de senere år se f.eks. J. L. Perry et al.: "Revisiting the motivational basis of public services. Twenty years of research and an agenda for the future", pp. 68-169 in *Public Administration Review*, vol. 70, no. 5, 2010 og Simon Anderfuhren-Biget and Frédéric Varone: "Motivating employees of the public sector: Does public sector motivation matter?", pp. 213-246 in *International Public Management Journal*, vol. 13, no. 3, 2010.

Litteratur

- 1 Blomgren, Maria (2003): "Ordering a Profession: Swedish nurses encounter New Public Management Reforms", pp. 45-71 in *Financial Accountability and Management*, vol. 19, no. 1.
- 2 Conell, R. et al. (2007): "Neoliberalism, New Public Management and the human service provisions", pp. 331-338 in *Journal of Sociology*, vol. 45, no. 4.
- 3 Nowak, M. and Birkley, M. (2005): "Nurses' voices", pp. 407-425 in *Australian Bulletin of Labour*, vol. 31, no. 4.
- 4 Briskin, Linda (2011): "The Militancy of nurses and union renewal", pp. 485-499 in *TRANSFER*, vol. 17, no. 4.
- 5 Caraker, E. m.fl. (2015): *Fællesskabet før forskellene*, Hovedrapport, LO og FTF, København.
- 5a Caraker, E. m.fl. (2015): *Fællesskabet før forskellene* (kap. 11), Hovedrapport, LO og FTF, København.
- 6 Hood, Christopher (1991): "A Public Management for all Seasons?", pp. 319 in *Public Administration*, vol. 69.
- 7 Hood, Christopher (1998): *The Art of the State*, Clarendon Press, Oxford.
- 8 Sehested, Karen (2002): "How New Public Management reforms challenge the roles of professionals", pp. 1512-1538 in *International Journal of Public Administration*, vol. 25, nr. 12.
- 9 Kirkpatrick, I. et al. (2005): *The New Managerialism and Public Service Professions*, Palgrave, London.
- 10 Dalsgaard, Lene (2013): "Fagprofessionelle i nyere forvaltningslitteratur", pp. 40-57 i *Nordisk Administrativt Tidsskrift*, 90. årg., nr. 1.
- 11 Henrichsen, Carsten (2012): *Offentlig forvaltning – Grundbog i forvaltningslære*, 3. udg., Karnov, København.
- 12 Clarke, J. and Newman, J. (1997): *The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare*, Sage Publications, London.
- 13 Lundquist, Lennart (2001): *Medborgardemokratin och eliterna*, Studentlitteratur, Lund.
- 14 Pollitt, C. & Bouckaert, G. (2011): *Public Management Reform*, Oxford University Press, Oxford.
- 15 Christensen, T. & Lægreid, P. (eds.) (2011): *The Ashgate Research Companion to the New Public Management*, Ashgate, Aldershot
- 16 Caraker, E. m.fl. (2012): *Medhør uden medbestemmelse?*, FTF, København.
- 17 Caraker, E. m.fl. (2014): *Fællesskab før forskelle – Sammenfatningsrapport*, LO og FTF, København, december 2014.
- 18 Evetts, Julia (2011): "A new professionalism? Challenges and opportunities", pp. 406-422 in *Current Sociology*, vol. 59, no. 4.
- 19 Dalsgaard, L. og Jørgensen, H. (2010): *Kvaliteten der blev væk – Kvalitetsreform og modernisering af den offentlige sektor*, Frydenlund, København.
- 20 Maynard-Moody, S. and Musheno, M. (2012): "Social Equities and Inequalities in Practice: Street-Level Workers as Agents and Pragmatists", pp. 1623 in *Public Administration Review*, vol. 72, no. 1.

- 21 May, P. & Winter, S. (2007): "Politicians, managers, and streetlevel bureaucrats: Influences on policy implementation", pp. 453-476 in *Journal of Public Administration Research and Theory*, no. 19.
- 22 Bekkers et al. (2007): *Governance and the Democratic Deficit: Assessing the legitimacy of governance practices*, Ashgate, Aldershot.
- 23 Noordegraaf, M. and Steijn, B. (eds.) (2013): *Professionals under Pressure – The Reconfiguration of Professional Work in Changing Public Services*, Amsterdam University Press, Amsterdam.
- 24 Tummers et al. 2013
- 25 Bezes, P. et al. (2012): "New public management and professionals in the public sector. What new patterns beyond opposition?", pp. e1e52 in *Sociologie du travail*, vol. 54.
- 26 Suddaby, R. and Viale, T. (2011): "Professionals and fieldlevel change: Institutional work and the professional project", pp. 423-442 in *Current Sociology*, vol. 59, no. 4.

Anden anvendt litteratur

Anderfuhren-Biget, S. and Varone, F. (2010): "Motivating employees of the public sector: Does public sector motivation matter?", pp. 213-246 in *International Public Management Journal*, vol. 13, no. 3.
 Busch, Tor et al.: *Modernisering af offentlig sektor*, Universitetsforlaget, Oslo, 2007.

Christensen, T. & Lægreid, P. (eds.) (2001): *New Public Management – The transformation of ideas and practice*, Ashgate, Aldershot.

DSR (2002): *Med 50 sygeplejersker på arbejde – dagbøger fra indholdsrige hverdage*, København, 2002.

Hildebrandt, Steen (2015): "Værktøjssamfundet giver os tunnelsyn", *Information* 1. april 2015.

Hjort, Katrin (2012): *Det affektive arbejde*, Samfundslitteratur, København.

Jørgensen, Henning (red.) (2014): *Arbejdsmarkedsregulering*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.

Kamp, A. m.fl. (2013): *New Public Management – konsekvenser for arbejdsmiljø og produktivitet*, CAF, Roskilde Universitet, Roskilde.

Kristensen, Tage Søndergård (2013): *Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker*, Dansk Sygeplejeråd, København.

Lund, Henrik Herløv (2008): *New Public Management – rehabilitering af markedet. Kritik af markeds-, penge- og profitstyre i det offentlige*, eget forlag, København.

Molander, A. og Terum, L.I. (red.) (2008): *Profesjonsstudier*, Universitetsforlaget, Oslo.

Moos, L. m.fl. (red.) (2004): Relationsprofessioner – lærere, pædagoger, sygeplejersker, sundhedsplejersker, socialrådgivere og mellemledere, DPU, København.

O'Toole Jr. et al. (2011): Public Management. Organizations, Governance, and Performance, Cambridge University Press, Cambridge.

Perry et al (2010): "Revisiting the motivational basis of public services. Twenty years of research and an agenda for the future", pp. 68-169 in Public Administration Review, vol. 70, no. 5.

Solbrekke, T. D. og Heggen, K. (2009): "Sykepleieansvar – fra profesjonelt moralsk ansvar til teknisk regnskapspligt?", pp. 49-61 i Tidsskrift for Arbejdsliv, vol. 11, no. 3.

Suddaby, R. and Viale, T. (2011): "Professionals and fieldlevel change: Institutional work and the professional project", pp. 423-442 in Current Sociology, vol. 59, no. 4.

Sygeplejerskearbejde med mening og værdi

- fra usynliggørelse til demokratisk dialog om sygeplejerskers arbejde?

Af professor Betina Dybbroe, Roskilde Universitet

“Der foregår meget behandling på afdelingen og der er ikke tid til pleje – det er ren produktion. Det har været sådan i lang tid og den nye afdelingssygeplejerske lytter ikke rigtig til problemerne, og der kommer ikke mere personale på” (Sygeplejerske, tillidsrepræsentant 2007 (1)).

“En god dag det er, når der er tid til at have sygeplejen på dagsordenen, når det ikke bare handler om, at vi er en produktionsvirksomhed, hvor det handler om at få patienterne hurtigt igennem - og der er flere patienter, end der egentlig er plads til. Så at give rum også til det faglige, det tror jeg faktisk har rigtig meget indflydelse på sygeplejerskers arbejdsmiljø” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Rum til faglighed og fokus på sygepleje opleves af sygeplejersker i dag, som også for ti år siden, som noget, der trænges ud af arbejdspladserne og får mindre plads, i takt med at omfanget af sundhedsindsats og sygdomsbehandling i Danmark er steget. Det er et paradoks, at jo mere væsentligt sundhedsarbejde er blevet for samfundets udvikling, des mere oplever sygeplejersker, at det, “som det hele handler om” i sundhedssektoren, ikke er et arbejde med tid til god sygeplejefaglig kvalitet.

Sundhed er en hjørnesteen i befolkningspolitikker i det senmoderne samfund, og livsforlængende og optimerende behandling ses som afgørende for økonomisk vækst og kulturens overlevelse. Derfor stiger produktionen af patienter og befolkningens forventninger til sygdomsbehandling. Det er samtidig lykkedes igennem medicinsk teknologisk og klinisk udvikling at skabe behandlingsmuligheder, der stadig udvider deres rækkevidde og resultater. I sammenhæng med ønsket om vækst igennem sundhedsbehandling har dette skabt en “medikalisering” af vores samfund (2; 3; 4). Der skabes et medicinsk blik på menneskelivet og en medicinsk baseret social kontrol med samfundslivet, som rykker ind på stadigt flere områder, f.eks. i skoler og i institutioners liv, med diagnoser og behandling af børn. Medikalisering er karakteriseret ved en øget medicinsk fortolkning af og magt over, ikke blot sundhedsvæsenets virke og opgaver, men også

over sociale og uddannelsesmæssige indsatser og institutioner, og den rykker ind i menneskers fortolkninger af egne livsforløb.

En grundlæggende antagelse for denne artikel er, at medikalisering og sundhedens øgede betydning paradoksalt nok har haft den konsekvens, at pleje og omsorg for patienter usynliggøres og i tiltagende grad mister værdi i Danmark og i andre senmoderne samfund. Det usynliggøres dermed også, at sygepleje er en endnu vigtigere del af vellykket behandling, når sundhedsinstitutionerne udvider deres domæne til menneskers hjem og liv uden for hospitalet. For eksempel når patienter opholder sig ganske kort tid på sygehuse, når der igennem korttidskontakter skal klares stadig flere komplekse opgaver, og når patienter skal inddrages i deres egne forløb. Patienter udskrives i dag til eget hjem med alvorlige fysiske og sociale udfordringer. Derfor bliver pleje og kommunikative opgaver afgørende for rehabilitering, også når mennesker i livsforlængende forløb skal støttes socialt, psykisk og videnskabsmæssigt. Forskning har tydeligt vist, at kræftpatienter med god social støtte klarer sig bedre end dem uden. Igennem udviklingsprojekter har det vist sig, at genindlæggelser af ældre patienter forebygges bedst med omsorg og kommunikative kompetencer hos plejepersonale, der følger patienterne ud i eget hjem. At nå at "komme hele vejen rundt om patienterne" inden de udskrives, og at lægge en plan for patienternes videre forløb i tæt dialog med patienterne selv, forebygger komplicerede forløb.

Nytteværdien af sygepleje af høj kvalitet er således ikke blevet mindre på baggrund af medikalisering og produktionsudvikling i sundhedsvæsenet, men tendenserne til, at denne værdi bliver samfundsmæssig usynlig, er blevet stærkere i takt hermed. Sygeplejersker anno 2015 arbejder i produktionsvirksomheder, dvs. på arbejdspladser, som organiserer arbejdet ud fra kvantitative produktionsmål for behandling, ud fra standardiserede behandlingsorienterede kriterier, og samtidig i ressourcepressede organisationer. Sygeplejen baserer sig på flere vidensformer end medicinsk viden og arbejder med problemidentifikationsmodeller, der bringes i anvendelse på specifikke patienter inden for tværfaglige teams. De arbejdsprocesser, der skal gennemføres for at dette kan finde sted, er ikke i fokus for standardisering i det danske sundhedsvæsen.

I denne artikel vil jeg forsøge at give en forståelse for den måde, hvorpå medikalisering i sammenhæng med standardisering af kvantitative sundhedsmål udtrykker sig på i sundhedsvæsenet og får særlig betydning for sygepleje. Artiklen fokuserer på, hvordan denne udvikling svækker rationalet for pleje og omsorg, og viser, hvordan der foregår både en usynliggørelse og en værdinedsættelse af sygeplejerskers arbejde. Dette vil blive sat i spil med den betydning, som pleje- og omsorgsarbejdet og en sygepleje af god kvalitet på den anden side har for sygeplejerskers arbejdsglæde og trivsel i arbejdet. Jeg vil desuden give eksempler på de kampe og sammenbrudte dialoger i hverdagen, der nødvendigvis følger heraf.

De to indledende citater rammesætter problemstillingen i denne artikel på to måder. Tillidsrepræsentanten påpeger, at stigende produktion ikke giver tid til pleje, men at dette overhøres og ikke anses for at være et problem i organisationen. Den sygeplejefaglige leder udtrykker, at der er en direkte sammenhæng mellem plads og tid til patientarbejde og et kvalitativt godt arbejdsliv for sygeplejersker. Produktionslogikkerne er en stærk realitetsmagt i sygeplejerskers arbejdsliv, og sygeplejersker reagerer med både kritik, modstand og tilpasning, eller udtrætning. Produktionslogikkerne former delvist sygeplejerskers arbejde, dvs. hvad, hvor meget og hvordan de arbejder. Men samtidig arbejder sygeplejersker som højt professionelle, der tager beslutninger i forhold til konkrete og unikke situationer hver eneste dag, og i høj grad på baggrund af erfaringer og de faglige

betydninger, som de selv tillægger arbejdet. De skaber mening med baggrund i meget andet end de herskende regimer, såsom Den Danske Kvalitetsmodel, shared care modeller, eller DRG, Diagnose Relaterede Grupperystemer.

Med andre ord forsøger sygeplejersker at forme arbejdets mening og værdi på måder, som kan understøtte en sygeplejefaglig identitet. Det sker hele tiden i mødet med patienter, pårørende, andre professionsgrupper, og igennem videndeling og refleksion i det faglige fællesskab af sygeplejersker. Når de erfarer, at logikker eller mening i arbejdet, som er produktionsorienterede, skubber pleje og omsorg ud til fordel for "behandlingsydelser", opstår der derfor kampe om mening på symbolske måder, såvel som i handling. Det, der er på spil i kampen om mening, er værdisætningen af pleje og omsorgsarbejde. Har det høj eller lav værdi for samfundet, for patienten, for arbejdspladsen, at sygeplejersker med professionel autoritet udfører det arbejde, som de fagligt kan identificere, at der er brug for? Her kæmper mange sygeplejersker dagligt for at opretholde et meningsfuldt og værdi-

” En god dag det er, når der er tid til at have sygeplejen på dagsordenen, når det ikke bare handler om, at vi er en produktionsvirksomhed, hvor det handler om at få patienterne hurtigt igennem - og der er flere patienter, end der egentlig er plads til. Så at give rum også til det faglige, det tror jeg faktisk har rigtig meget indflydelse på sygeplejerskers arbejdsmiljø.

Mellemlæder, sygeplejerske, DSR, 2015

fuldt arbejde, som samtidig er en hovedhjørnesten i skabelsen af et godt arbejdsmiljø.

Artiklen stiller yderligere spørgsmålstejn ved, om vi i det danske samfund har en demokratisk dialog om sygeplejearbejde, og om sygeplejerskers mulighed for at skabe sundhedsmæssig kvalitet for patienter og samtidig opleve kvalitet i deres eget arbejdsliv? Jeg vil starte med at problematisere, om man overhovedet taler om det samme arbejde? Om der findes et fælles

sprog mellem politikere, ledelse, praktiske sygeplejersker, patienter og befolkningen som helhed, hvorudfra man kan tale om arbejdets værdi og kvalitet? Og om de problemer, sygeplejersker oplever i deres arbejdsliv, når de stræber efter at skabe sygeplejefaglig kvalitet. Dernæst ser jeg på magten til at definere opgaverne og på hvilke rationaler, arbejdsorganisationerne fungerer ud fra, og hvilken rolle sygepleje har heri.

Igennem New Public Management og neoliberale tiltag er sundhedsvæsenets virksomhed i mange år blevet styret ud fra en række bureaukratiske rationaler, som danner rammen om det, der er sket med sygeplejerskers arbejde. Hvilke konsekvenser dette får, og hvordan det bliver oplevet af sygeplejersker, vil jeg anskueliggøre gennem eksempler fra egen forskning. De tre væsentligste rationaler, som har betydning for sygeplejerskers arbejde, er: 1. Kvantitet er det afgørende, og der skal tælles ydelser og ikke patientbehov eller resultater for patienterne 2. Arbejdet styres med henblik på denne optælling, for at nå kvantitative mål (5) 3. Opgaverne kategoriseres, dvs. at patienter kategoriseres, ud fra medicinske diagnoser og ud fra de ydelser, der på forhånd tilskrives kategorierne, og efter medicinsk vurderet rækkefølge (6; 7).

Disse rationaler er magtfulde og sætter sygeplejersker i dilemmaer hver dag på arbejde. Skal de sætte ind med pleje, omsorg, samtale og social indsats, der ikke "tæller"? Skal de se på patien-

ten som et individ i en særlig kontekst og situation, eller som en kategori med dertil foreskrevne handlinger? Artiklen vil igennem et blik ind i sygeplejerskers refleksioner og forståelser fra flere forskningsprojekter kaste lys over, hvorfor sygeplejersker vil strække sig langt for at få sundhedsinstitutionerne til at fungere efter hensigten, dvs. til gavn for patienternes sundhed, og hvordan det, at patienterne oplever sig hjulpet, har betydning for sygeplejerskernes eget arbejdsmiljø.

Sproget om arbejdet

De sundhedsprofessionelles arbejde defineres i politik og sundhedsplanlægning oftest som ydelser og praksis, der kan beskrives i målbare enheder, og passes ind i forskellige systemer. Medarbejderne tildeles forskellige værktøjer, vidensbaser og teknologier, og så ved man, hvad man får, tror man! De professionelle praksis forventes at forandre sig forudsigeligt, objektivt og styret udefra. Vil man have ensartet patientpleje og behandling, udformes der kliniske retningslinjer for plejearbejde. Vil man have sammenhængende patientforløb, beskrives en opdeling imellem sygeplejerskers ansvar og patienternes ansvar. Vil man have tidligere udskrivninger og færdigbehandling, anvises det tidsrum, en sygeplejeopgave må tage. Vil man opprioritere visse sygdomme, omdefineres afdelingens patientgruppe, og personale og senge flyttes. Vil man have fokus på ulighed i sundhed, anvises sygeplejersker bestemte screeningsværktøjer, der skal sikre dette - og så videre!

Det, der beskrives igennem virksomhedsstandarder og teknologierne hertil, er imidlertid ikke konkrete arbejdsopgaver og arbejdsprocesser, snarere mål for praksis og organisatoriske rammer og foreskrivninger af praksis, medens det konkrete arbejde forbliver en "black box"! Analyser af forudsætninger for, at arbejdet kan opfylde standarderne, og af, hvordan nye tiltag føjer sig ind i allerede eksisterende arbejdspraksis, findes i ringe grad. Processen, hvorunder eksempelvis kliniske retningslinjer bliver til mere end kommunikerede foreskrivninger af handlinger og til faglige metoder eller elementer, der fletter sig ind i de metoder, man allerede anvender, bliver ikke undersøgt eller beskrevet.

Sproget der anvendes udtrykker forskellige perspektiver og værdisætninger: Akutte patientindlæggelser kaldes "fast track", og store arbejdsbyrder kaldes "højt patientflow". Vokabularier, der har forskellige konnotationer, idet det høje flow er effektivitet og positivt set i organisations perspektiv, hvorimod forøgelsen af arbejdsopgaverne, som også kunne analyseres og medtænkes, ville være en negativ måde at tale om nye opgaver. Kvalitet i sundhedsvæsenet er i de sidste 10 år blevet defineret og fortolket på måder, som har skabt uigenkendelighed i forhold til de udfordringer der er i det konkrete arbejde, især takket være Den Danske Kvalitetsmodel. Den Danske Kvalitetsmodel definerer kvalitet først og fremmest som effekt af de behandlinger, man tilbyder, og som omkostningseffektivitet, dvs. om samfundet får mest mulig sundhed for de penge, man giver ud (8). I kombination med det rationale, at der skal tælles, bliver mængder, og det der er besluttet at tælle, til effekt, og mest mulig sundhed for pengene. Og det man ikke vil tælle, mister betydning. Det vil sige, at de behov og problemer patienterne har, som ikke er omfattet af de ydelser der gives, eller som stat og kommuner betaler for, vil ikke indgå i vurderingen af effektivitet. Det betyder, at de faglige indsatser, der ikke på forhånd er en del af de standardiserede tilbud, ikke vil indgå i vurderingen af kvalitet.

Når sygeplejersker taler om, at de ønsker kvalitet i sygeplejen, så ønsker de at arbejde ud fra faglige mål og metoder, der er vurderet relevante ud fra viden om sygepleje og af de enkelte professionelle i forhold til at kunne løse konkrete opgaver, samt ud fra den gavn specifikke patienter har heraf,

og ud fra de implikationer, som sundhedsindsatser har for patienterne. En anden iøjefaldende forskel i sproget om arbejdet er, at hvor sygeplejersker siden 1980'erne har talt om "stedfortrædende" sygepleje, især for alvorligt syge, støtte til egenomsorg og selvhjulpethed, "at komme hele vejen rundt om patienten", og om at skabe dialog med patienten, så tilsiger styringstiltag sygeplejersker at komme i gang med at "fokusere på patienten", som om dette er ganske nyt. Ser man nærmere på, hvordan de professionelle taler om kvalitet i forskellige dele af sundhedssektoren, så finder man, at faglige fællesskaber har mål for deres arbejde og opfattelser af kvalitet, som er tæt forbundet til de særlige patientgrupper, omsorgs-, pleje- og sociale behov, de arbejder med i deres sektor og område, og at de til dette udvikler et særligt sprog (1).

Dette faglige og erfaringsbaserede sprog eksisterer ikke uafhængigt af de styringsmæssige og institutionelle rationaler, og kan blive stærkt konstruerende i forhold til patienter, som dermed fastholdes i bestemte stereotyper (8). Sygeplejerskers sprog og den praksis, det beskriver og baserer sig på, kommer under pres, og således kan patienter blive kategoriseret i arbejds sproget som "hofter" eller "stenten på stue xx". Når triagering anvendes som fagligt styringsværktøj, (f.eks. ved hjælp af apps i hjemmesygeplejen), kan sygeplejersker kategorisere patienter som gule, grønne eller røde (9) og definere forskellige opgaver til forskellige patientgrupper, uanset den enkelte sygeplejerskes egen faglige fortolkning.

På et stort sygehus i 2007 fandt sygeplejersker og deres tillidsrepræsentanter disse forskelle så hæmmende for udvikling af praksis, at de inviterede ledelsen til en møderække for at diskutere kvalitet, og de søgte at komme i tale med ledelsen, om den måde sygeplejerskerne arbejdede på kunne opfattes som legitim i forhold til ønsket kvalitet? Efter kun to møder blev møderækken imidlertid opgivet, fordi der var ringe fælles forståelse mellem personale og ledelse af, hvad god kvalitet var, og også om, hvad der var vigtigst og det mest legitime kvalitetsniveau i forhold til at bevare borgernes tillid til hospitalet (1).

På et andet mindre sygehus brød arbejdet bogstavelig talt sammen en dag i 2006 omkring kvalitet af plejen, og personalet indkaldte deres tillidsvalgte for at hjælpe dem, og problemet var:

"Vi kan ikke længere stå ved den pleje vi laver, vi sygeplejersker, vi når ikke de basale ting. Jeg kan ikke nå alle de ting, jeg burde i sygeplejen, det må jeg håbe at assistenterne gør – men I assistenter, I er jo bare slaver efterhånden, I er trækdyr, der skal lave alt det tunge, plejemæssige i en uendelighed. I må handle på det! Men hvordan får vi dokumenteret over for politikerne, at vi laver dårlig kvalitet, for det er jo ikke synligt. Fællestillidsrepræsentanten mener, at de bare skal indberette den dårlige kvalitet. En anden sygeplejerske svarer hende: Nej, det vil vi ikke, der er kun 10 % af det, vi kommer med, der bliver bragt videre op i systemet, det er bare deprimerende for os selv. Vi lever jo op til alle succeskriterierne udadtil: Ventetider, afklaring til plejehjem og antal indlæggelser, så på den måde bliver det usynligt for dem højere oppe" (1).

Sygeplejerskerne var bekymrede over, at deres arbejde mistede legitimitet over for borgerne og samfundet, bl.a. via pressens negative omtale. Samtidig ville de gerne have et bedre arbejdsmiljø, hvor både mængden af arbejdet var mindre, men hvori de også kunne stå ved sig selv og bevare en faglig legitimitet, igennem at skabe pleje med god kvalitet.

Sygeplejerskerne her udtrykte noget, der er fundet i flere forskningsprojekter: At de oplever en tæt sammenhæng mellem deres egne arbejdsvilkår og kvaliteten af plejen. Hvis patienterne ikke bliver "godt nok" hjulpet, selvom personalet har indsigt til at vide og handle på det, de oplever, så slår dette dem som en boomerang. Ledelsen, derimod, kan holde denne sammenhæng adskilt, og

fastsætte normer for kvalitet, som de ikke mener, det er de ansattes opgave at bekymre sig om. Sagt mere abstrakt, så holdes sammenhængen mellem kvalitet i arbejdet for de ansatte og kvalitet som et resultat af arbejdet for patienterne, skjult med en sådan ledelses-/institutionsperspektiv. Siden New Public Management rigtig tog fart i sundhedssektoren i 1990'erne, har dette været en stadig oftere forekommende måde at reagere ledelsesmæssigt og også politisk på, når fagprofessionelle fra sundhedsvæsenet har påpeget for ringe kvalitet. De politiske mål, der lægges ind over sektoren, retter fokus mod det kvantitative "output" og skygger for den dalende kvalitet af bl.a. det sygeplejefaglige arbejde, der (ikke) bliver udført under indlæggelsen.

Det, der kommer under angreb, når kvalitet ikke kan diskuteres på samme formel, og når der ikke er en dialog om arbejdets mening, er selve den værdi, som professionsgruppens arbejde har for at få løst sundhedsopgaver, og afledt heraf berøres den faglige selvtilid. Konflikten i ovenstående eksempel drejede sig om kollektiv mening i arbejdet for plejepersonalet, ikke kun hos enkelte sygeplejersker. Selvom eksemplet udtrykker en form for depressivt sammenbrud, var det samtidig en modstand og forsøg på at fastholde og formulere mening i arbejdet.

Magten over opgaverne

"Kerneopgaven er helt ligegyldig. Fuldstændig...I det daglige kan jeg simpelthen ikke forstå, hvor mange der får løn for ikke at røre patienterne... Jeg tænker de dage det lykkes, det er de dage, man ikke stikker hovedet ind i alt det her bureaukrati" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

De forskellige sprog og beskrivelser af arbejdet, som lige er analyseret, er ikke kun et spørgsmål om verbale konstruktioner af arbejdet, men også konkret om, hvem der skal afgøre, hvad arbejdet er og skal være? Det vil sige, at det også skal forstås, som magt til at definere arbejdet og til at skabe sundhedsorganisationer derudfra. Parterne i debatten om arbejdet har ikke samme magt til at definere arbejdets opgaver, og derfor udebliver dialogen om arbejdet til fordel for udvikling af bureaukratiske rationaler for arbejdets organisering på den ene side, og faglige diskussioner i sygeplejemiljøer på den anden side.

En stor udfordring for sygeplejerskers magt over definitionen af opgaverne er de stadige omstruktureringer. Sundhedssektoren har i de seneste ti år været den sektor, der har oplevet den største forandringshastighed med konsekvenser for organisering af arbejdet. Det er samtidig sjældent, at de fagprofessionelle er inddraget, eller at man har analyseret, hvad det vil få af konsekvenser for plejearbejde. Sundhedsorganisationer ny- og reorganiseres overvejende ud fra overordnede politiske og økonomisk-administrative vurderinger og kriterier, og ikke ud fra de fagprofessionelles viden. 73 % af sygeplejerskerne i Danmark har i 2015 angivet, at de har oplevet ændringer af arbejdsgange inden for det seneste år og 56 % har i samme periode oplevet ændringer af arbejdsindhold. 37 % har angivet, at de har taget del i en sammenlægning af afdelinger/arbejdsenheder inden for det sidste år (10).

54 % af alle de tiltag, sygeplejersker havde oplevet på deres afdeling det sidste år, drejede sig om nedskæringer i form af afskedigelser, ansættelsesstop eller lukninger, som medførte forandringer i arbejdsgange, hvem man arbejder sammen med m.m. (10). Det vil sige ret indgribende forandringer. Institutioner og ledelse forventer endvidere oftest, at forandringerne skal bevare eller udvikle kvalitet, men dette fungerer mere som en foreskrivning af et ideal uden real analyse bag, og dermed øges medarbejdernes stressniveau, snarere end kvaliteten. Forandringshastigheden er samtidig så høj, at forandringer foregår parallelt på flere områder på samme tid, og at den ene forandringsproces sjældent er afsluttet, før den næste starter.

Når arbejdet hele tiden forandrer sig, svækkes sygeplejerskers mulighed for at bringe deres erfaringer ind, og oplevelsen af at kunne mestre arbejdsopgaver og opgaver reduceres. Dermed mindkes sygeplejerskers autonomi i arbejdsprocesserne og kontrol med arbejdet og dets udførelse. Dette er ikke unikt for sygeplejersker, men dog meget betydningsfuldt netop for sygeplejersker, dels pga. den omtalte høje forandringshastighed i sundhedssektoren, og dels pga. det manglende fokus på kvalitet i plejearbejdet i disse forandringsprocesser. Til diskussionen om betydningen af magt over

opgaverne hører imidlertid også et fokus på legitimitet.

” *Kerneopgaven er helt ligegyldig. Fuldstændig... I det daglige kan jeg simpelthen ikke forstå, hvor mange der får løn for ikke at røre patienterne... Jeg tænker de dage det lykkes, det er de dage, man ikke stikker hovedet ind i alt det her bureaukrati.*

Sygeplejerske, DSR, 2015

Sygeplejerskers mulighed for at udføre et meningsfuldt arbejde afhænger ikke alene af professionsidentitet og idealer, men også arbejdsgivernes og politikernes krav. De er derudover spændt ind i at skulle sikre, at befolkningen oplever sig hjulpet og mødt i sundhedssektoren på tilfredsstillende og kvalificeret vis. De professionelle, der tilbringer mest tid sammen med patienterne, skal forklare og informere om sundhedsinstitutionernes handlinger og tilbud, skal gøre patienterne i stand til at modtage

tilbuddene og følge op på dem, og dette er i høj grad sygeplejerskerne. Netop for dem er dialogen og accepten fra patienterne og deres pårørende afgørende.

Sundhedsprofessioner i dag skal kunne legitimere sig over for borgerne og kan ikke alene falde tilbage på deres autorisation og på statens opbakning (11). Det er meget konkret et spørgsmål om at kunne dele fortolkningen af velfærd med borgerne, og i et vist omfang også at kunne levere en særlig service, som svarer til det befolkningen oplever, at de er blevet lovet. Sundhedsprofessionelle i dag er integrerede i de politiske rationaler om, hvilken sundhedssektor vi har og skal have, og de repræsenterer i vidt omfang dette i det direkte møde med borgerne. Det betyder, at disse grupper hele tiden må reflektere over deres arbejde, også i forhold til borgernes behov og krav, og især når forandringer i organisationen skaber radikale ændringer i rammer og arbejdsopgaver.

I praksis tilsidesætter sygeplejersker ofte eget arbejdsmiljø til fordel for at arbejde med og for patienterne og opfylde produktionsplanerne samtidig. De forsøger at nå både standardiserede mål og krav, samt sygeplejegruppens og den enkeltes krav til sit arbejde. I praksis f.eks. ved at springe frokosten over, som 29 % af sygehussygeplejersker altid eller ofte gør (10), eller ved at arbejde over uden løn, dvs. ikke indberette overarbejdet, hvilket 37 % jævnligt gør (12). Kvantitative undersøgelser viser også, at arbejdet opleves som meget krævende, udtrykt ved, at 50 % af de ansatte i sundhedssektoren oplever, at arbejdet er stærkt følelsesmæssigt belastende, og 25 % af de ansatte angiver, at de oftest ikke kan nå deres arbejde inden for den tildelte tid (13). Heraf kan dog ikke sluttes, at de ansatte ville foretrække et mindre følelsesmæssigt krævende arbejde. Ofte ses det tværtimod, at sygeplejersker søger hen imod krævende arbejdsopgaver i sektoren, fordi de samtidig er de mest meningsfulde.

Arbejdslivsforskning i sundhedsprofessionernes og andre velfærdsprofessioners arbejde, trivsel og arbejdsmiljø i Skandinavien viser, at sundhedsprofessioner faktisk ofte er til fare for eget helbred. De sætter løsningen af opgaver og adresseringen af borgernes behov over faktorer som tid, egen

tilstand, og også over institutionernes og statens fortolkning af og ledelse af institutionerne og opgaverne. Det viser sig f.eks. i den store mængde uregistreret merarbejde, der foregår på sygehuse, som anført ovenfor. Dette kan ses som det ultimative og stærkeste tegn på, hvor lidt magt over opgaverne sundhedsprofessionelle, og her sygeplejersker, har, idet de for at gennemføre de opgaver, som de fagligt kan se er nødvendige for patienterne og for at organisationerne kan fungere, må lægge eget ubetalt merarbejde ind og renoncere på enhver anerkendelse af dette, ud over den anerkendelse det giver i eget arbejdsfællesskab.

Arbejde der tæller

"Ydelsestyraniet, det er jo, at vi skal have fire en halv ydelse hver dag. Ydelser, det er patienter, patientkontakt, altså det er jo fantastisk..." (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Ydelsesopdeling af sundhedsvæsenets indsats og finansieringens basering på ydelser er blevet grundlaget for arbejdet. Standardisering af ydelserne er blevet den politiske forudsætning for kontraktstyring og udlicitering af sundhedsydelser (14). Standardisering af arbejdet udgør nu det rationale, som har størst betydning for at sygeplejearbejde sættes under pres og i stigende grad er i fare for at usynliggøres og blive værdisat lavere end "rent" behandlingsarbejde. Standardisering af enkelt-ydelser og procedurer medfører en stykvis opdeling af arbejdet, i den måde arbejdet defineres på, og i den måde arbejdsprocesser tænkes på. Man kan på denne måde foreskrive hvilke arbejdsopgaver, der skal have størst betydning, og hvilke der skal bortfalde. Derudover undlades opgaver at blive beskrevet, som så måske nok stadig gennemføres, men så defineres og foretages mere "con amore" og i realiteten ubetalt, som noget man tager sig tid til, og hvor tiden hertil tages fra andre opgaver eller fra egen fritid.

Det lægger op til en forandring af fagligheden og udfordrer de fagprofessionelles praksisviden og selvstændige løsning af opgaver, idet arbejdet kan foreskrives igennem en form for manual. Der skabes en "manualisering" af arbejdet (15), hvori sygeplejerskerne kan udføre opgaver, uden grundlæggende at sætte sig ind i det patientspecifikke eller inddrage egen erfaring. Stik herimod er sygeplejerskers professionelle udgangspunkt for at gå ind i disse former for arbejdsprocesser, at se sammenhænge, diskrepans og variationer imellem specifikt patientforhold, egne erfaringer fra andre patientforløb og generaliseret professionsviden. Disse to modstridende perspektiver på opgaverne skaber store spændinger i arbejdet.

De måder, standardiseringen udformes som ydelsesorganiseret virksomhed, er forskellige. I hjemmesygeplejen bliver der anvendt elektroniske dokumentationsredskaber såsom tablets, der også skal sikre, at ydelsesbaseringen overholdes, og en "rigtig" anvendelse af arbejdstiden. Sygeplejerskens og plejegruppens professionelle beslutning og overvejelse om, hvordan man får planlagt en sammenhængende arbejdsdag og får skabt kontinuitet i de arbejdsprocesser og patientforløb, man gik i gang med i starten af ugen eller fra morgenstunden, bliver nedtonet til fordel for "optimal udøvelse af ydelser". Dertil tjener styringsredskaber, der skal sørge for, at sygeplejersken anvender tiden optimalt til opgaver eller ydelser, der kan registreres. Sygeplejersken "plugges sig ud og ind" i hjemmesygeplejen, hvilket indikerer, at sammenhængen ligger et andet sted end i den professionelle faglige fortolkningsrepertoire, som skal hægte sig på noget mere abstrakt og ikke på sine egne analyser af arbejdsopgaverne. Da sygeplejerskerne ofte ikke er helt enige med registrerings-systemet om, hvad der er vigtigt, så undlader de at plugge ind, og arbejder i stedet ud fra egne vurderinger, hvilket let gør dette arbejde både usynligt og gratis (9). Registreringsteknologien, som

følger den professionelle i arbejdsdagen, bliver hurtigt opfattet som langt mere, næsten som en form for overvågning.

I psykiatrien er ydelsesbaseringen helt indarbejdet og veludviklet og har haft store konsekvenser for arbejdet. Man arbejder med registrerings- og dokumentationsredskaber, som skal sikre, at ydelsesbaseringen bliver omsat til praksis. I ydelseskemaerne er visse opgaver, som de professionelle opfatter som essentielle for kvalificeret arbejde, f.eks. samtaler med netværk omkring patienten, forældrene til et barn m.m., ikke registrerbare som ydelser. Dette bliver dermed til arbejde, der ikke tæller, dvs. uregistrerbart arbejde, der ikke kan ses og italesættes som en "ydelse". Så er det op til de professionelle individuelle eller fælles standard for kvalitet og stressniveau, om dette arbejde skal gøres.

Ledelsesansvaret for arbejdet forsvinder

"Jeg synes, det er mere gennemskueligt nu efter standardisering af patientforløb. Jeg har bedre overblik... For personalet er der nogle ulemper i forhold til, at de har mindre fleksibilitet. De kan blive pressede, hvis de opdager, at der er et barn, der har behov for mere end det tilbud, vi har tænkt, de skulle have i forhold til udredning" (Afdelingssygeplejerske i psykiatrien (16)).

Når "produktionen" standardiseres kan det skabe en lettelse, som oplevet af denne leder. Det kan afføde en forenkling af ledelsesansvaret for kvalitet og indsats, fordi der bliver færre ting at tage stilling til, når det der skal vægtes fagligt, og det der skal ydes, er generaliseret og bestemt udefra. Standardisering medfører, at endnu en mekanisme sætter sig igennem: Mere styring, men mindre ledelse, og mindre ledelsesansvar. Kravet om ensretning af "service" og optælling af ydelser repræsenterer en bestemt form for løsning på organisatoriske udfordringer med fagprofessionelles forskelligartede metoder, løsninger og tilgange og fremfor alt overfor et stort arbejdspress i medarbejderstaben. Det har udfordret definitionen af kvalitet, værdien og målet for psykiatrisk arbejde de senere år, men denne udvikling er helt parallel med udviklingen i somatikken.

Ledere i psykiatrien bliver igennem ydelsessystemet optagede af at udnytte medarbejdernes fagligheder i forhold til de standardiserede hovedopgaver, hvilket værdisætter andre opgaver lavere. Afdelingsledere fortolker derfor konsekvenserne af både medikalisering, som er fremtrædende i psykiatrien, og standardiseringen, således at arbejdet må organiseres i et system, der i højere grad fokuserer på de diagnostiske opgaver. Der ønskes større harmonisering af fagligheder, hvormed menes, at den enkelte professionelles opgaver tilpasses bestemte monofaglige dimensioner af arbejdet, der kan understøtte hovedopgaverne. Dette skyldes ikke mindst kravet om et fast videngrundlag og effekt, jf. Den Danske Kvalitetsmodel. Således indebærer nye styringsteknologier, der følger med standardiseringen, klare forenklinger, hvorved medarbejdere kan selvlede langt mere ud fra klare krav til, hvilke arbejdsopgaver der skal udføres. Det reducerer kompleksiteten i ledelse og lægger vægten på styring.

Imidlertid indebærer standardiseringen også et skridt bort fra fagprofessionel ledelse og over imod, at ansvar for faglighed bliver hjemløs. I det forskningsprojekt, vi havde i psykiatrien, fandt vi også den helt modsatte reaktion på dette nye fokus på styring. Nogle ledere peger på, at fagprofessionel ledelse med fagprofessionelle mål er på vej ud, og at det professionelle ansvar dermed forsvinder:

"For 30 år siden var en overlæge en ret almægtig figur, som kunne beslutte hvad som helst omkring både drift og patientbehandling osv. osv. og i dag er det jo fuldstændig gennemreguleret. Altså, hvad er den bedste kvalitetsstyring: At nogen har skrevet ned i en manual, hvordan tingene skal være, eller at den her almægtige overlæge, som kan være et dumt svin eller en fornuftig fyr, kan få lov at træffe

de beslutninger, som der nu ligger tæt på patienten? Der er selvfølgelig fejl og mangler ved begge modeller ... Men sådan som jeg ser tingene, så er det en kæmpe risiko, at vi mister ansvarlighed på alle niveauer i øjeblikket, fordi vi bekender os til den slags centraliseret styring. Og der tror jeg at vi kommer til at vende tilbage til: At vi må have et større ansvar på alle niveauer" (Regionsansvarlig leder i psykiatri, 2013 (16)).

Denne leder tegner et billede af en manualiseret, ydelsesbaseret organisation, hvor videngrundlaget er ved at blive hevet ud af arbejdets praksis, og væk fra de professionelle faglige erfaring og vurdering. Standardiseringen fungerer som styring af arbejdet, hvor både ledere og medarbejdere får klare, udefra dikterede succeskriterier, mål og metodeangivelser at gå ud fra. Lederne kan opfatte det som meget problematisk af flere årsager. Dels pga. den faglige kompleksitet i opgaverne, som kræver fagprofessionel vurdering i tværfaglige teams i psykiatrien, og dels kritiseres det, at nogle af de faglige standarder er bureaukratisk tænkte og menes direkte at skabe dårlig kvalitet og at være u håndterbare. Det er f.eks. et problem for medarbejderne, såvel som for ledelse, når bl.a. forældre-relationer og barnets netværk ikke tæller i ydelsessystemet i børne- og ungdomspsykiatri, men er en primær forudsætning for arbejdets gennemførelse.

Ledelserne befinder sig i det samme krydspres, som medarbejderne står i, men bare på et andet niveau, nemlig at succes som institutioner og sektor ikke ligger i at opfylde produktivetskriterierne alene, men også - eller endnu mere - i borgernes tilfredshed. Endnu et ledelsesproblem er den dalende trivsel hos medarbejderne, som for de fleste ledelser imidlertid fører til, at medarbejderne opfordres til at slække på de faglige ambitioner. Men for medarbejderne opleves dette som en opfordring til "at kede sig i arbejdet", og at stressproblemer bliver et individuelt spørgsmål, som medarbejderne udtrykte det i det tidligere nævnte forskningsprojekt, der netop havde fokus på medarbejdertrivsel i psykiatrien i dag.

Et arbejde med individer eller med diagnoser?

"I virkeligheden synes jeg ikke, det er så meget, om det hedder noget. Det er jo mere, om barnet kan få hjælp bagefter. Det er i hvert fald min holdning til det. Så er jeg ligeglad med, om det hedder det ene eller det andet. Men for forældrenes skyld, der vil jeg sige, for at de får noget mere fremadrettet hjælp, så er de nødt til at have et navn på det, barnet fejler. For ellers sker der ikke noget. Så det er vores samfund" (Sygeplejerske i psykiatrien (16)).

Vi bliver ved psykiatrien som eksempel, fordi det i psykiatrien tydeliggøres, at noget af det, der er på spil for sygeplejerskerne og andre terapeutgrupper m.m. er, at de ser på deres arbejde som et arbejde omkring og sammen med patienter og pårørende, som individer, og ikke kun som kategorier. Arbejdet er knyttet til faglighed hos de professionelle og til den autoritet/magt og legitimitet, de har til at kunne fortolke og metodisk løse sundhedsopgaver, som de er blevet betroet af et samfund, der, som anført ovenfor, lægger så stor vægt på øget folkesundhed. Men arbejdet er også individuelt (subjektivt) meningsgivende, set ud fra en både social og psykologisk betragtning (17), og fungerer via interaktioner imellem mennesker. Med et teoretisk perspektiv fra omsorgssociologien praktiseres omsorgs- og plejearbejde ud fra en rationalitet, som er kendetegnet ved samhandling mellem udøver og modtager, og ved at begge parter kontinuerligt vurderer handlinger og mål (18).

Set ud fra dette perspektiv får arbejdet en meget afgørende betydning for sygeplejersker, som de ikke kan distancere sig fra, uden at det opleves som fagligt ukvalificeret, og at de selv bliver rutinise-

rede, use selvstændige, og mister fagidentitet. Sygeplejersker tillægger arbejdet mening, og de identificerer sig med sider af arbejdet, der understøtter grundforestillinger om plejearbejde, herunder at det skal udfoldes ud fra den erfaring, de har med patientarbejde og i dialog med patienterne, eller i det mindste med en klar fortolkning og identifikation af patientens behov. Derfor vil sygeplejersker gå langt for at bevare blikket på patienten som individ, med behov og i en situation, der påkalder sig sygeplejerskens fortolkning. Disse behov og problemer fremtræder for de professionelle som mere end produktionsopgaver. De optræder som problemstillinger hos konkrete mennesker, de indgår i korterevarende relationer til, og som de har et fagligt-personligt ansvar over for.

I psykiatrien, som eksempel, tilslutter de fleste professionelle sig generelt det ideal, at psykiatri drejer sig om individer, og at psykiatrisk arbejde kræver samarbejde med den enkelte psykiatriske patient. Men det vi så i det forskningsprojekt, hvor vi fulgte medarbejdere i børne- og ungdomspsykiatri over længere tid, var, at patienterne igennem standardiseringer potentielt blev til diagnoser, og at den faglige indsats blev amputeret. Det er dette, som sygeplejersken i citatet ovenfor vender sig imod, fordi det truer med at gøre hendes indsats meningsløs. Sygeplejersken gør derfor retorisk diagnosen til et middel, ikke målet. Det omhyggelige arbejde med at skelne mellem forskellige diagnostiske kategorier og underkategorier forekommer hende mere formel, og ikke det vigtige. Men som hun fremhæver, er diagnosen den eneste legitime måde, hvorpå man kan få anerkendt et problem som noget, der kræver en indsats. Diagnosen giver adgang til ressourcer til gavn for patienten. Diagnosen anerkendes derfor som det formelle mål med arbejdet, men dens betydning nedtones og bøjes, således at den faglige praksiserfaring kan fortolkes ind i arbejdet med diagnoser og ikke bliver overflødiggjort.

Ydelsesrationalet er markedslogisk: At producere diagnoser for at kunne skabe interventioner, og dette gør patienter og pårørende til objekter snarere end samarbejdspartnere. Sygeplejerskers evner til professionelt, og selvstændigt at kunne tilrettelægge arbejdsprocessen med patienterne/klienterne er dog helt central, og det betragtes i sygeplejen som en vigtig professionel kompetence. Medarbejderne arbejder kontinuert på at udvikle deres kompetencer i forhold til at håndtere de mange forskellige typer af komplekse og uforudsigelige situationer, som forekommer i samspillet med klienter og deres netværk. Men tiden er et problem. Mens det ud fra en velfærdsløgik om hurtig og lige adgang til sundhedsindsats må ses som et gode, at familierne kan få en diagnose for deres barn nærmest 14 dage efter, at de er kommet ind i psykiatrien, så er det også problematisk. Processen er for kort i forhold til at forberede den indsats og de ressourcer, der skal bringe barnet og familierne videre, og de professionelle må ofte efterlade patienterne i dyb krise. Men det mest problematiske ligger i sundhedssystemets tendens til via ydelsessystemer at prioritere forcerede, medicinsk baserede problemidentifikationer, som øger muligheden for at lave fejl, og at skabe kategoriske, ensartede løsninger på forskelligartede og komplekse problemer. For de professionelle bliver det et angreb på mening i arbejdet, det opfordrer til mindre kvalificeret og mere rutineret faglig indsats.

Meningstab som trussel for sygeplejerskens integritet

”Det var for to år siden, vi havde indkaldt 48 vikarer til at dække vores afdeling. Det er fuldstændigt urimeligt, fuldstændigt urimeligt. Vores patienter gik for lud og koldt vand. De fysiske rammer var til at dø af grin af... arbejdsforholdene var simpelthen så ringe, så vi sagde, nu er det fandeme nok... og så blev jeg indkaldt til... det var så et fagligt møde, men overenskomststridigt, så vi nedlagde jo sådan set arbejdet... og pludselig så sad jeg der og var i pressen og telefoninterview, og vi lavede pressemed-

delelse... og sundhedsdirektøren han var rasende, han var rasende... så der foregik en hel masse, og klokken tre stod vi nede på amtsgården og strejkede og råbte og skreg med bannere... og jamen, hele sundhedsudvalget var der... (Sygeplejerske og tillidsrepræsentant (1)).

Sygeplejersken her har ydet stor modstand og truffet beslutning om at tage ansvar for kvalitet i arbejdet for sig selv og sine kolleger og for patienterne - og det hænger sammen. Muligheden for at udøve sit arbejde handler også om arbejdets rammer og betingelser.

Et væsentligt aspekt af arbejdets subjektive mening for sygeplejersker er, om de opgaver, der politisk og i offentligheden forventes at blive udført, og som medarbejderne har fået uddelegeret, kan lykkes igennem anvendelsen af de teknologier og de redskaber, der er til rådighed. Denne

unge sygeplejerske, som er ansvarlig aktør i den danske velfærdsstat, reagerer på at, arbejdet ikke giver mening, når vilkårene ikke er til stede for at udøve den sygepleje, de har lært, og det de har kapacitet til, samt det der er rimeligt ud fra den velfærdsaftale, der er indgået med befolkningen, og som de konkret skal forsøge at leve op til overfor specifikke patienter. Men det der får dråben til at flyde over, er, at sygeplejerskernes eget arbejdsliv bliver ødelagt igennem forsøget på at få skabt kvalitet i hverdagen, dvs. igennem at sygeplejerskerne påtager sig det manglende ledelsesansvar for kvalitet.

Sygeplejerskers forhold til deres arbejde er imidlertid oftest ambivalent, idet det der belaster samtidig kan være det, der er meningsfuldt og begejstrer. Meningsstab og stress kan forekomme samtidig med, eller forudgået af højt engagement og kamp om arbejdets indhold og vilkår. Modstand og kritik er ikke et udtryk for lavt engagement og ansvar for patientarbejdet, men tværtimod følges disse aspekter oftest ad. Derfor fortæller sygeplejersken også:

"Altså, mit arbejde fylder meget, det gør det... og jeg er utrolig glad for mit arbejde, fraset alle de der irriterende ting, som er ved det. Selve faget, altså selve det jeg går ind og laver, når jeg er på arbejde, det kan jeg godt lide" (Sygeplejerske og tillidsrepræsentant (1)).

Arbejdet er således både meget krævende og kan være psykisk udtrættende, men også meningsgivende. Men i eksemplet her bliver det tydeligt, at tilfredsheden og glæden ved arbejdet også skal opveje nogle ret hårde betingelser. Denne sygeplejerske kæmper for at bevare sin integritet og sit selvværd, igennem kampen for sygeplejen og for ordentligt patientarbejde. Arbejdet er på ingen måde en fast størrelse, det formes og forstås ud fra forskellige perspektiver og forskellige positioner, og her har en ung sygeplejerske sat en grænse for kvalitet, som vinder genklang hos hendes kolleger. Men det kan ske, fordi arbejdet har subjektiv specifik betydning og er identitetsbærende for hende. Der er noget på spil.

Mening er som kollektiv dimension noget, der videregives fra de erfarne til de unge, og fastholdes og lever i kraft af den kollegiale opbakning til at finde selvstændige løsninger på de mange paradokser i arbejdets hverdag. For eksempel når patienter skal udskrives hurtigt for at give plads til nye, men hjemmeplejen ikke er klar til at tage imod dem. Eller at en døende patient har behov for ro, men sygehuse ikke er gearret til at tilgodese dette. Her træder afdelingernes særlige måder at arbejde

” Ydelsestyranniet, det er jo, at vi skal have fire en halv ydelse hver dag. Ydelser, det er patienter, patientkontakt, altså det er jo fantastisk...

Sygeplejerske, DSR, 2015

på ind, hvor man forsøger at nå den kvalitet, man af erfaring ved er særlig betydningsfuld for bestemte patienter eller patientgrupper. Denne viden beskyttes kollegialt og kræver relativt selvstændigt professionelt og kollektivt fokus på kvalitet i sygeplejen, også på tværs af ledelsesdispositioner.

Faglige fællesskaber og faglig autonomi

”Der holdes morgenmøde. Nogle uafklaretheder om dagens arbejde bliver vendt i fælleskab. En sygeplejerske spørger ud i gruppen: ’Er der en, der meget gerne vil have Hanne Jensen i dialyse på plejecentret?’ En anden sygeplejerske svarer: ’Lige i øjeblikket nej – men vent lige lidt’. Lidt efter har hun fået lavet om på sin køreplan, så hun kan tage sig af fru Jensen” (Feltnoter fra (7)).

I en helt aktuel undersøgelse af arbejdet i hjemmesygeplejen finder vi, at hjemmesygeplejersker generelt oplever arbejdet meget meningsfuldt og har ret stærke faglige fællesskaber. Hjemmesygeplejerskers arbejde er særegent anderledes end arbejdet i psykiatri, sengeafdelinger i somatikken, ambulatorier m.m., men der er nogle vigtige erfaringer fra hjemmesygeplejen, som peger på, hvordan der kan skabes et bedre arbejdsliv i hele sygeplejen.

Meningsfuldhed i arbejdet i hjemmesygeplejen ser ud til at være forbundet til arbejdets organisering og arbejdets karakter af små specialistfunktioner i en ret flad arbejdsorganisation. I de kommuner, vi undersøgte, var selv klassiske ledelsesfunktioner, som planlægning af arbejdet og vagtplanen, lagt ud til enkelte sygeplejersker, uden at de af den grund havde formelle arbejdsledelsesfunktioner eller var ansat i formelle leder- eller souschefstillinger. Dette afspejler, sammen med andre aspekter af kulturen og arbejdsfunktionen i hjemmesygeplejen, en høj grad af kollektivt ansvar og ansvarlighed. Det giver derfor god mening at beskrive hjemmesygeplejegrupperne som et fungerende fagligt kollektiv, der deler ansvaret for kvalitet.

Som feltnoterne her illustrerer, blev arbejdsopgaver, der var ”tilovers” eller som nogen havde svært ved at nå, ikke pålagt, men ”budt” fælles ud. Og der var altid nogen, der tog dem. Samtidig så vi et engageret og fungerende fagfællesskab i betydningen, at der løbende blev reflekteret og kommunikeret om kvalitet og faglige beslutninger og fremgangsmåder overfor borgere og borgerrelaterede opgaver. Flere sygeplejersker gav udtryk for, at de satte stor pris på de faglige diskussioner og på en arbejdsorganisering, hvor de var tæt på deres fagfæller. Som en negativ spejling af det samme forhold oplevede de, at når de arbejdede i teams, hvor de var få eller den eneste sygeplejerske, havde de et stærkt ønske om at være integreret i et egentlig sygeplejerskefællesskab.

Arbejdsplanlægningsmæssigt havde de menige sygeplejersker relativt stor selvstændighed kombineret med en høj arbejdsdisciplin – men også med en høj grad af eget ansvar og selvledelse. Konkret betyder det f.eks., at sygeplejerskerne har mulighed for at være selvvisiterende og selv tage stilling til opgavens karakter og omfang. I de elektroniske omsorgssystemer, som blev benyttet i de to kommuner, var der ganske vist på forhånd indlagt standardtider på forskellige ydelser, men i begge kommuner kunne den enkelte sygeplejerske selvstændigt ændre på tidssætningen af den enkelte specifikke opgave i relation til en specifik borger.

Generelt synes sygeplejerskerne at udtrykke arbejdstilfredshed og engagement. Samtidig var det generelle indtryk fra observationerne, at arbejdstempoet var relativt højt. Flere af de observerede sygeplejersker holdt ikke, eller meget sent, frokostpause. Centralt er altså, at hjemmesygeplejerskers arbejde er kendetegnet ved, at det foregår i et lige fællesskab af professionelle, idet der internt ikke er noget synderligt hierarki trods den relativt store personalegruppe. Der er til gengæld - eller måske netop derfor - tale om en stor grad af fælles ansvarlighed.

Eksemplet er her draget frem for at vise, hvordan et fungerende fagfællesskab skaber stærk fagidentitet og gør det lettere at holde fast i det, der er sygeplejeideal og erfaringer i arbejdet. Men det hviler her på to præmisser, som er under pres i mange andre dele af sygeplejen: Ret flad struktur, og tid til at skabe og "pleje" fagfællesskabet. Fagfællesskab og selvstændighed i arbejdet ser dermed ud til at kunne styrke sygeplejerskers indflydelse på arbejdsforhold, kvalitet i arbejdet og oplevelse af meningsfuldhed.

Demokratisk indflydelse og dialog om sygeplejerskers arbejde?

"Det handler meget om at få dagen til at gå. Altså, jeg ser ikke sådan lange perspektiver i det. Det er sådan noget med; har vi fået dækket vagterne, har vi lige klaret dagens arbejde. Puha, ikke... Og det er jo også hele sundhedssystemet, så. Det handler jo ikke om, at folk skal være glade for at være der som arbejdskraft. Det handler jo bare om at få økonomien til at hænge sammen, ikke, lige nu, og i vores valgperiode, og inden for det år her, og altså... sådan nogle målbare ting lige her og nu, ikke..." (Sygeplejerske (19)).

Artiklen indledes med at påpege den vanskelige dialog om sygeplejerskearbejde i sundhedssystemet. Jeg har her især peget på, at dialog er vanskelig, fordi sygeplejersker, politikere og institutionsledelser ikke taler samme sprog, ikke betragter den samme genstand, ikke tillægger arbejdet samme værdi, og ikke har samme magt og indflydelse.

Sygeplejersken, der her taler, oplever, at de ansvarlige politikere ikke værdsætter sygeplejerskers arbejde, og det smitter af på den værdi, hun selv tillægger sit arbejde. Hun er eksemplet på den rutinisering og kynisme, der kan ramme sygeplejersker, når de ikke oplever, at der er mulighed for god sygepleje, og at arbejdet bliver usynligt i sundhedspolitikken. Hun oplever sig selv som fanget i et system, som hun ikke kan tale med eller til, som styres ud fra kortsigtede perspektiver, og hvor også hendes eget udsyn forkortes og begrænser sig til den enkelte vagt, hun skal igennem. Her er forventningen om demokratisk dialog om arbejdet lav!

Men er der politisk interesse for et godt arbejdsmiljø og arbejdsliv for sygeplejersker? Og hvilke muligheder er der for at føre en demokratisk dialog om sygeplejerskearbejdets værdi og mening - og de rammer, det kræver at kunne yde kvalitet? I offentligheden spiller især politikerne den afgørende rolle, både lands- og lokalpolitikere, og det de oftest ytrer sig om, er muligheden for at optimere sundhedsarbejdet, herunder sygeplejerskers arbejde. Det er med andre ord en effektiviserings- og produktionsorienteret diskussion, hvilket ses i det seneste nationale sundhedspolitiske program fra den tidligere regering: "Jo før, jo bedre! Tidligere diagnose, bedre behandling og flere gode leveår til alle" (20).

” Hvad er det der gør, at jeg ikke rejser mig og siger, når Arbejdstilsynet er der: ”ja, I har fandeme ret, det er ikke rimeligt, det vi udsætter sygeplejersker for”, og man faktisk begynder at tænke, aarh, for fanden... og så er det jeg tænker, hvad er det der sker med mig? Hvorfor kan jeg ikke holde snuden i vandet, og tænke at det her kan jeg bruge, fremfor at feje noget ind under gulvtæppet, og få det hele til at se ud som om, at i min afdeling der er det godt nok.

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

Medikaliseringen af sundhedsindsats er tydelig, idet den hurtige diagnose, speciallægebehandling, samt bygningen af supersygehuse anføres som de vigtigste mål og redskaber til at bedre folkesundheden. Forbedringen og udviklingen af de rammer, arbejdsforhold og det arbejdsmiljø, som alle faggrupper oplever er under pres, omtales imidlertid ikke. Der føres samtidig flere offentlige diskussioner om sundhedsvæsenets fejl og mangel på succes, hvori fejlbehandling, kvalitetsstyring og patienttilfredshed står i centrum. Adskilt herfra føres en mindre debat om nedslidning og arbejdsmiljø i sundhedsvæsenet, oftest på fagforeningernes initiativ.

Men hvordan føres dialogen mellem de folkevalgte og de professionelle, som har fået uddelegeret velfærdsopgaverne for de syge og for sundhedsfremme og forebyggelse?

"Jeg farver ikke tingene rosenrøde, fordi jeg synes måske politikerne, de skal vide, hvad det er, jeg ser ude i systemet. Så kommer en af de unge politikere hen til mig og siger: "Ej hvor er det fedt, du er med. Det er bare så godt at få de her nuancer på". Så siger jeg: "Jamen, det er fint nok, men du kan jo bare ringe eller skrive til mig, hvis du vil spørge om et eller andet". "Det må jeg ikke", siger han så. Så siger jeg: "Hvad, må du ikke kontakte mig?", "Nej det må jeg ikke. Vi må ikke have lov til at kontakte nogen ude i organisationen. Vi skal gå via ledelsessystemet". Jeg tænkte bare, så er der sgu da ikke noget ved at være politiker, hvis de ikke må sige: "Hvad er det lige, der foregår her på eksempelvis vores sygehus?" Hvis du ikke må spørge os, hvis vi ikke kan fortælle jer, hvordan den virkelig verden derude er - og de egentlig får den filtreret igennem ledelsessystemet, så det passer til det ledelsen vil. Så er det altså ikke nemt at være politiker" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

En oplevelse som denne synes at pege på, at "vores sygehus" og identifikation med en kollektiv indsats for folkesundheden stadig lever i sygeplejerskers forestillinger, men ikke i politikernes, så vidt denne tillidsvalgt. Centraliseringen af sundhedssystemet har skabt en kæmpe afstand imellem dem, der har ansvaret for sundhed i praksis, og dem, der har påtaget sig beslutningsansvaret over for befolkningen. Hvis sundhedspersonalets forhold, sundhed og trivsel på arbejdet er røget helt ud af de lokale og nationale politikeres interesse, hvor er da ansvaret for kvalitet i sundhedsvæsenet?

Afslutning: Åben eller skjult kamp?

"Hvad er det der gør, at jeg ikke rejser mig og siger, når Arbejdstilsynet er der: "Ja, I har fandeme ret, det er ikke rimeligt, det vi udsætter sygeplejersker for", og man faktisk begynder at tænke, aarh, for fanden... og så er det jeg tænker, hvad er det, der sker med mig? Hvorfor kan jeg ikke holde snuden i vandet og tænke, at det her kan jeg bruge, fremfor at feje noget ind under gulvtæppet, og få det hele til at se ud som om, at i min afdeling, der er det godt nok" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Sygeplejersker er betydningsfulde aktører i at skabe en kvalificeret pleje af patienterne igennem deres arbejde, og i at skabe et kvalificeret arbejdsliv for sig selv. At de to ting hænger sammen er en af hovedpointerne i denne artikel. Men som vi ser ud af denne leders udtalelse, vil lederne - og også de menige sygeplejersker - ofte forsøge at få skabt en meningsfuld hverdag og kvalitet i arbejdet, under selv dårlige vilkår, og være de første til at forsvare kvaliteten og forholdene i deres afdeling, hvis nogen kritiserer eller blot betragter det, der sker i afdelingen. På denne måde bliver kritik problematiseret, og man opfordrer hinanden til at tale det kvalitative i arbejdet og det meningsfulde frem, og nedtone kritik.

Velfærdsstaten, som tidligere i Danmark og Norden blev styret igennem offentlig ansvarlighed overfor borgerne helt ude "frontline" hos de professionelle og deres faglige ledere, organiseres i hele Norden i dag ud fra det princip, at staten bestemmer, hvilket niveau der skal lægges og derefter

bestiller nøje beskrevne ydelser hos forskellige "leverandører" (21). Udveksling af ydelser imellem aktører og enheder bliver på denne måde mere væsentlige at styre, end at lede relativt autonome professionelle, som skal skabe kvalitet i praksis, eller at gå i dialog med patienterne om værdien af sundhedsindsats og hvilken vej sundhedsvæsenet bør gå.

Som produktionsmedarbejdere, og som professionelle med erfaring og en selvstændig vidensbasering af arbejdet, og ikke mindst med forestillinger om mening i arbejdet, er sygeplejersker ansvarlige for kvalitet i sundhedsvæsenet hver dag. Analyserne har vist, hvordan sygeplejersker indgår i daglige kampe både åbent og mere usynligt om arbejdet. Produktionsorienteringen, som indgår i den bevægelse, der kaldes "medikalisering", skaber nogle opfordringer til sygeplejersker om at nedtone sygepleje som mening i arbejdet. Men forestillingerne om, hvad sygeplejearbejde er eller kunne være, opfordrer også sygeplejersker til at fokusere på sygeplejefaglighed og til at kæmpe sig til tid og rum for et arbejde, som er meningsfuldt. Når en sådan opfordring forankres i det kollegiale fællesskab og sygeplejersker får taget stilling til deres arbejde og kvaliteten, ser det ud til samtidig at skabe forudsætningerne for en bedre trivsel og meningsfuldhed på arbejde.

Den manglende dialog udgør et demokratisk underskud, som i højeste grad også angår befolkningen. Borgernes forløb bliver kontraktstyrede og indsatserne bliver manualiserede, uanset politikker for patientinddragelse. Eller måske er interessen for patientinddragelse netop blevet større, fordi fokus på styringen af patientforløb, fremfor på professionel ledelse, gør det væsentligt, at patienter som enkeltpersoner kan tage ansvar for egne forløb. Men alliancer imellem borgere og sundhedsprofessionelle kunne sætte kvalitet i sundhedsvæsenet, værdien af sygepleje og de sundhedsprofessionelles arbejdsmiljø på dagsordenen. Sammen ville de professionelle og de borgere, der bruger sundhedsvæsenet, kunne pege på hvordan kvalitet for patienterne og kvalitet i arbejdet for de medarbejdere, der skal skabe dette, hænger sammen.

Sat på spidsen drejer disse problemer sig også om samfundsmæssige modsætninger imellem sundhedsindsats som behovs- og brugsorienteret, og som omkostning. Og om sygeplejearbejdets rettet mod menneskers behov eller mod opfyldelsen af produktionstal. Og ikke mindst imellem sygeplejerskers faglige kapacitet og de lønarbejdsbetingelser, hvorunder arbejdet skal gøres. Disse paradoksale forhold bliver til konkrete dilemmaer for sygeplejersker i deres arbejde. Dette så vi i undersøgelsen af sygeplejersker i 2003-2004 (19), og det ses igen i interviewene der ligger til grund for denne bog i 2015. Det bliver et dilemma, når sygeplejersker oplever, at deres egen oplevelse af arbejdets høje værdi for samfundet ud fra de krav, de stilles overfor, samtidig ikke omsætter sig i forhold til at udføre dette. Tillidsrepræsentanter i Dansk Sygeplejeråd forholder sig også ambivalent. De oplever både sygeplejen som afmægtig, og at sygeplejen har en styrke.

Sygeplejersker har mere end nogensinde brug for kollektive faglige sammenhænge, hvori der kan foregå erfaringsudveksling om, hvordan man i hverdagen kan balancere imellem lønarbejder, velfærds- og professionsorientering, og hvordan man kan udvikle kvalitet i sundhedsvæsenet, så man bevarer både sygeplejerskens og borgerens velfærd i fokus. Og herfra kunne invitationen til borgerne om at skabe demokratiske dialoger om sundhedsvæsenet tage afsæt.

Referencer

- 1 Ahrenkiel, A., Dybbroe, B., Sommer, F. (2007): Tillidsrepræsentanter i DSR - udfordringer og svar : Rapport fra observationer, interview og forskningsværksteder, Roskilde Universitet og Dansk Sygeplejeråd.
- 2 Illich, J. (1976): *Medical nemesis*, New York: Pantheon.
- 3 Conrad, J. (1992): *Medicalization and social control*, *Annual Reviews of Sociology*, 18, p. 209-232, New York.
- 4 Rose, N. and Abi-Rached (2014): *Governing through the brain: Neuropolitics, Neuroscience and Subjectivity*, *Cambridge Anthropology*, 32 (1) Spring 2014, p.3-23.
- 5 Busch, T. m.fl. (eds.) (2011): *Modernisering av offentlig sektor. Trender, Ideer og Praksiser*. Oslo, Universitetsforlaget.
- 6 Timmermans, Stefan & Marc Berg (2003). *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based medicine and Standardization in Health Care*. Philadelphia, Temple University Press.
- 7 Kamp, Annette og Betina Dybbroe (2013). *Hvad tæller og hvem tæller, standardisering og emotionelt arbejde i psykiatrien*. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Vol. 4, 2013.
- 8 Holen, M. (2011): *Medinddragelse og lighed - en god idé? En analyse af patienttilblivelser i det moderne hospitalsvæsen*, ph.d. afhandling, Forskerskolen i Livslang Læring og Center for Sundhedsfremmeforskning, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.
- 9 Ellegaard, Tomas og Betina Dybbroe (2014): *Nye roller i det nære sundhedsvæsen - Forandringer i sygeplejerskeroller og brugerinddragelse i det nære sundhedsvæsen*, Dansk Sygeplejeråd og Roskilde Universitet.
- 10 Dansk Sygeplejeråd (2015): *SATH*, Dansk Sygeplejeråd.
- 11 Dybbroe, Betina (2011). *The Meaning of Work in Subjective and Intersubjective Perspective: A daily conflict of creating and losing meaning in elderly care*. In: *Elderly care in transition*. (red.) Hvid, Helge; Kamp, Annette. Frederiksberg: Copenhagen Business School Press, 2011. s.133-164.
- 12 DSR Analyse (2010): *Sygeplejersker har ofte uregistreret over-/merarbejde*, Dansk Sygeplejeråd.
- 13 Arbejdstilsynet (2012): *Overvågning af arbejdsmiljø og arbejdsmiljøindsats 2006-2010*.
- 14 Greve, 2013.
- 15 Knudsen, Morten (2004).
- 16 Kamp og Dybbroe, (2015).
- 17 Dybbroe, Betina (2006). *Omsorg i skæringspunktet mellem arbejde og liv*. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Vol. 8, Nr. 1, s. 67-81.
- 18 Wærness, Kari (1983): *Omsorgsforskningsprogram*, Sociologisk Institut, Universitetet i Bergen
- 19 Andersen, V., Dybbroe, B. og Bering, I. (2004): *Fællesskab kræver fællesskab, Sygeplejerskers forhold til arbejde, faglighed og fagforening*, Dansk Sygeplejeråd Frederiksborg Amtskreds.
- 20 Regeringen (2014): *Jo før jo bedre-tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle*, København.
- 21 Vabø, M (2009). *Norwegian home care in transition. Heading for accountability - offloading responsibilities*. *Health and Care in the Community Care* 20 (3): 283-291.

Anden baggrundlitteratur:

Dahl, H. M. (2009): New Public Management, care and struggles about recognition, in *Social Policy* 2009; 29; 634.

Dybbroe, Betina (2008). Crisis of Learning, Professional Knowledge and Welfare in Care. In: *Care Work in Crisis: Reclaiming the Nordic Ethos of Care.* (red.) Wrede, Sirpa; Henriksson, Lea; Johansson, Stina; Høst, Håkon; Dybbroe, Betina. Lund: Studentlitteratur, s. 41-66.

Dybbroe, Betina (2010). Professions sociologi - Sundhedsprofessioner under pres, I: *Sundhedssociologi: en grundbog.* (red.) Andersen, Pernille Tanggaard; Timm, Helle. København: Hans Reitzel, s. 191-211.

Dybbroe, Betina (2012). Work Identity and Contradictory Experiences of Welfare Workers in a Life-history Perspective. *Forum Qualitative Sozialforschung*, Vol. 13, Nr. 3, Article 21.

Kamp, A. m.fl. (2013). New Public Management, konsekvenser for arbejdsmiljø og produktivitet. Roskilde, Skriftserie for Center for Arbejdslivsforskning.

Kjær, P. og A. Reff (2010): *Ledelse gennem patienten: Nye styringsformer i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens Forlag, København.

Arbejds miljø og sygepleje i et magtpolitisk felt

- det sygeplejefaglige arbejde i krydspres mellem gamle og nye rationalitetsformer

Af førsteamanuensis, ph.d. Ole Jacob Thomassen, Campus Vestfold og professor Kristian Larsen, Aalborg Universitet

Indledning

Sygeplejersker oplever i dag, at det er svært at varetage ret meget af det *faglige indhold* i det arbejde, som skal udføres. Eksempler er sygeplejersken, der har en vedvarende følelse af ikke have tid til at gennemføre arbejdet i henhold til de standarder, der findes for hans/hendes virke. Det kan være ikke have tid til at tale med en patient om dennes essentielle psykologiske problemer, eller det kan være at føle sig presset til at udskrive patienten fra afdelingen for tidligt. Mere generelt handler dette arbejdsmiljøproblem om, at man som professionel arbejdstager er tvunget til at gå på kompromis med og renoncere på faglige standarder. I dette bidrag kalder vi dette problem for *integritetsproblemet* (1). En sædvanlig måde at definere begrebet integritet er at sige, at det handler om at kunne være tro mod de standarder, man er overbevist om værdien af. Enkelt sagt handler det om at kunne praktisere det, man lærer inden for en professionel sammenhæng, ofte noget som også er tillært gennem en lang socialisering i opvæksten i hjem og skoleforløb.

Man kunne umiddelbart sige, at når man er ansat til at udføre et arbejde, så er det selvklart også med til at give nogle udfordringer, såsom at blive træt og slidt, at man ikke har lyst til at arbejde mv. Man kunne også sige, at vi får en stadig større forventning til arbejdslivet, end man fx gjorde for 50 år siden. Personlig vækst og social identitet knytter sig stadig mere til, hvorvidt og hvordan man i givet fald positionerer sig i arbejdslivet. På den måde er positionen på arbejdsmarkedet, indholdet af arbejdet og graden af meningsfuldhed i arbejdet noget, der er stærkt flettet sammen med det private liv og bidrager til at give dette "indhold". I præmoderne samfund vil man på spørgsmålet: 'Hvem er du?' besvare gennem at fortælle hvilken by man kommer fra, hvem man er datter af og hvilket nummer man er i søskendeflokken, mens man i vores samfund snarere vil besvare spørgsmålet gennem at fortælle om uddannelse og job. Med den svenske arbejdslivsforsker Mats Alvesson kunne man

måske sige, at arbejderes krav til at udføre et godt arbejde er et resultat af "grandiose forestillinger", mere end et reelt integritetsproblem (2). Problemet i det perspektiv er, at vore sociale forventninger til arbejdets mening og dets værdi er kommet ud af proportion, og at vi ikke længere kan sætte grænser for, hvad vort arbejde skal give os af mening og selvrealisering.

Vi vil indtage en anden position i dette bidrag. Vi vil udforske sygeplejerskernes integritetsproblem ud fra et *samfundsmæssigt perspektiv* og ikke et psykologisk perspektiv. Det vi aktuelt ser inden for det psykosociale arbejdsmiljø er opkomsten af nogle ganske nye fænomener, der udspringer fra nye organiserings- og rationalitetsformer i det moderne sygehus. Det vi specifikt vil analysere frem i dette bidrag er, hvordan disse nye organiseringsformer genererer det, vi kalder for et mismatch mellem *position og disposition* (3). Det handler om en diskrepans mellem, hvad de udøvende professionelle (arbejdstagere) har af dispositioner i og gennem deres erhvervede *habitus* og hvad selve jobpositionen tilsiger. Man kunne sige, at der er et mismatch, mellem hvad de professionelle har med sig, lært gennem skole, uddannelse og i erhvervet – og så det som arbejdspladsen og erhvervet stiller af krav. Begrebet om *habitus* peger mod mere end kun professionel, erhvervet eller formel kompetence, og peger ikke mindst mod inkorporerede (ind i kroppen) sociale dybdestrukturer hos mennesker. Det vil sige: Mod de generelle orienteringer vi som *mennesker/professionelle* har, som er prægninger fra uddannelse, men lige så meget ud fra vores generelle sociale arv og vores individuelle og kollektive historie. For at være præcis: Vores tilgang i denne artikel indebærer et kritisk blik på de ændringer, som er sket i og med *positionen* (og ikke *dispositionen*). Det vil sige – hvis man antager, at der er tale om et integritetsproblem, så kan og skal det ikke løses ved at sygeplejerskeuddannelsen skal ændres eller ved at sygeplejerskerne skal "reorienteres" i forhold til deres faglige standarder. Det vi vil forsøge at vise er netop, at integritetsproblemet handler om at adressere de strukturer og rammer, som bestemmer sygeplejerskernes handlingsrum, altså forhold som definerer den position, som sygeplejerskerne træder ind i. I forlængelse af dette handler artiklen om at vise, hvorledes nye former for psykosociale arbejdsmiljøproblemer (så som integritetsproblemet) både opstår og må løses på måder, der angriber de forhold der dybest set generer disse problemer, så som organisering, strukturer og politik.

Man finder ikke direkte de praktiske løsninger på integritetsproblemet i dette bidrag, men vi bestræber os på at bidrage med et sprogbrug og en analyse, som kan hjælpe os med tænkeredskaber til at beskrive og forklare nye former for udfordringer med arbejdsmiljø – nogle udfordringer, som er virksomme, ikke blot for gruppen af sygeplejersker, men også for en bred vifte af professioner fx i de sociale, pædagogiske og sundhedsmæssige arbejdsområder i velfærdsstatslige institutioner. Vores mål er at fremvise en analyse, der sætter de aktuelle problemer ind i en samfundsmæssig kontekst. Dette mener vi er nødvendigt af flere grunde. En grund er, at det er naivt at tro på, at arbejdsmiljøproblemer lader sig løse alene på de enkelte arbejdspladser. Selv om vigtige arbejdsmiljøtiltag må forankres på et lokalt niveau, er der tendens til at overføre hele ansvaret til dette niveau. Som vi ser det, så er mange af de aktuelle samtidige arbejdsmiljøproblemer opstået på det samfundsmæssige niveau. Det betyder, at det handlingsrum der eksisterer på virksomhedsniveauet, er begrænset af betingelser på et højere niveau. En anden årsag til at vi ønsker at pege mod samfundets og strukturerens betydning er, at det er vigtigt at være kritisk over for den *psykologiseringstendens*, som i vores dage eksisterer indenfor samfund såvel som arbejdsliv (4; 5; 6). Denne tendens – psykologiseringen – peger mod at strukturelle og samfundsmæssige problemer omgøres til individuelle (moralske) og psykologiske problemer, som knytter sig til individerne. Terapien og psykologien bør ikke være den

centrale tilgang til at løse de psykosociale arbejdsmiljøproblemer, og vi mener, at denne tendens må bestrides. Af og til ser man, at arbejdsmiljøudfordringer moraliseres (der er et moralsk problem og nogen er skyldige), individualiseres (det er dig, der er/har problemet) og pædagogiseres (du skal på kursus, så du mestrer det).

I dette kapitel vil vi i stedet via sociologiske tilgange, baseret på de centrale sociologer Pierre Bourdieu og Richard Sennett, gøre rede for, hvordan man kan analysere integritetsproblemet på en måde, som både viser at dette er alvorligt nok, og som samtidig demonstrerer, at de akutte, individuelle problemer som denne erfaring genererer, må kobles til et strukturelt og samfundsmæssigt niveau. Det empiriske grundlag, som vi trækker på, er hentet fra vores (forfatterne af denne artikel) respektive ph.d. afhandlinger som på en uensartet måde, dog med lignende teoretiske og metodiske indfaldsvinkler, diskuterer sygeplejerskers arbejdsforhold og arbejdsmiljø, skrevet med nogle års mellemrum og henholdsvis i Danmark og Norge (1; 7). Vi giver ingen systematisk præsentation af denne empiri, men bruger disse undersøgelser til at bygge et ræsonnement om, at sygeplejersker i dag står over for en dobbelt udfordring; det plejefaglige arbejde udfordres i dag, ikke bare fra medicinen og lægernes dominans (7), men også fra nye styringssystemer, der effektivt spiller ind og også truer det faglige arbejde (1).

Centrale begreber

Begreberne *position* og *disposition* er allerede nævnt. Med *position* mener vi den funktion arbejde har i en større sammenhæng, dvs. indenfor både en konkret organisation (som sygehuset) og i samfundet som sådan. Således kan man tale om, at sygeplejerskernes position er knyttet op mod den professionelle rolle, de historisk og professionelt besidder som "sygeplejersker på sygehuset" og som "sygeplejersker i samfundet", og at dette er to roller, som udfylder hinanden. Begrebet *disposition* peger i denne sammenhæng mod professionelle værdier eller præferencer, der udgår fra den professionelle og også livshistoriske habitus. Som beskrevet ovenfor peger habitus mod en form for internaliseret – eller bedre indkorporeret, dvs. i kroppen indbygget faglighed, dvs. en faglig indstilling, som ikke har at gøre med en formelt skrevet arbejdskontrakt, men med fagmenneskets egne, professionelle krav til sig selv som erhvervsudøvende. Dette betyder ikke, at habitus er uforanderlig. Et menneskes habitus vil altid være i transformation. Alligevel, sådan som vi anvender begrebet, peger habitus på nogle relativt dybt etablerede tankesæt og orienteringer som, i møde med for meget modstand, kan føre til en destabiliseret habitus, og dermed til forskellige former for subjektiv desintegration og desillusion. Selvom dette ræsonnement i forhold til habitus kan være kompliceret, mener vi alligevel, at begrebet er meget nyttigt for at analysere en del af de mere grundlæggende årsager til dagens psykosociale arbejdsmiljøproblemer (så som integritetsproblemet). Derudover inddrages begreberne om *kapital* og *felt* (8). Begrebet *kapital* peger hen imod, hvad der efterspørges af ressourcer/kompetencer (altså kapital) inden for en afgrænset professionel sammenhæng. Eksempelvis er en central kapitalform for lægerne deres medicinske viden og deres version af en naturvidenskabelig kundskab. Sygeplejersker har også kapital, men den er måske anderledes end lægens og består i eksempelvis det, som kan kaldes for en omsorgskapital. Med andre ord så ligger det i kroppen på sygeplejerskerne, at deres arbejde gennem generationer har været formidlet som et arbejde med at tage vare på mennesker, at yde omsorg, at være støttende og hjælpsom overfor mennesker, som ikke aktuelt kan tage vare på sig selv. *Feltbegrebet*, måske abstrakt og svært at forstå, peger imod den setting eller kontekst i hvilken forskellige

former for kapital findes, og hvor der strides om at "dominere" scenen. Man kan tale om en slags symbiose mellem hvad der kræves i det, vi betegner som det medicinske felt, dvs. hvilke professionelle færdigheder, kompetencer etc. der har anseelse og legitimitet, og hvad de ansatte kan og vil levere til dette felt. I en optimal situation er der et godt match mellem feltets behov (positionen i feltet) og de professionelle kompetencer (de udøendes habitus/kapital). Men det kan også være et mismatch, når feltets virkemåde efterspørger nogle typer af kompetencer, som de professionelle enten ikke kan eller vil levere.

Vi vil her beskrive netop, hvordan hospitalet og specifikt sygeplejerskernes situation er præget af en øget divergens mellem position og disposition og mellem "gamle"/traditionelle kapitaltyper, som engang dominerede i feltet, versus nye kapitaltyper, som er kommet stærkt ind i feltet de senere år gennem et nyliberalt organiseringsparadigme. Vores måde at udtrykke dette på er ved at pege på, at sygeplejerskernes håndværksmæssige og delvis intuitive måde at forholde sig til patienter/arbejdsopgaver på udfordres af arbejdsmetodikker, som er præget af en teknisk økonomisk rationalitet (9; 10). Med hjælp af Bourdieus begreber kalder vi dette for en spænding mellem håndværkskapital og økonomisk/administrativ kapital. Vores analyse viser, hvordan dette mismatch genererer integritetsproblemet. Analysen viser også, at den divergens i hospitalet ikke er eksklusiv for hospitalet, men er knyttet tæt sammen med en nyliberal politik, som har induceret en markedstænkning i de offentlige velfærdsinstitutioner. Der er tale om en politik som er pålagt, tillagt og implementeret i velfærdsinstitutionerne, men også en politik som er valgt, besluttet og ikke mindst praktiseret af mennesker i de institutioner. Det er vigtigt at huske, at strukturelle og organisatoriske ændringer er en praksis, nogle handlinger, der 'gøres' og kan 'omgøres' af mennesker. Vi bruger begreberne om en professionel kontrovers og fremvæksten af et "målstyringsstatsregime" for at begrebsliggøre disse ændringer.

Det strukturelle blik; hospitalet og sygeplejerskers arbejdssituation i ændring

Vi vil her gøre rede for de to centrale og specifikke momenter, som vi mener skaber den dobbelte udfordring for sygeplejerskers arbejdsmiljø. Det første kalder vi for sygeplejerskernes forvalterposition, den anden for den økonomisk administrative kapitalens indtræden.

Sygeplejerskernes traditionelle udfordring: Forvalterpositionen

I forhold til de reproduktive arbejdsopgaver, som varetages af sygeplejersker, undersøgte Borg og Burr for Arbejds miljøinstituttet tilbage i 1990'erne danske lønmodtageres arbejdsmiljø og helbred fra 1990-1995 (11). Undersøgelsen demonstrerer, at sygeplejersker og assistenter mv. subjektivt oplevede, og med stor tyngde i forhold til de andre fagområder, at der er store forventninger til dem i erhvervet, at de oplever høj grad af reduceret vitalitet, at de har lav indflydelse på eget arbejde, og at der er relativt højt konfliktniveau i arbejdet.

Disse fund repræsenterer nogle særlige udfordringer i sygeplejerskernes arbejdsmiljø (7). I forhold til andre faggrupper var sygeplejerskerne placeret helt marginalt i de respektive kurver, der opgjorde oplevelser af arbejdsmiljø på en række skalaer. Sygeplejerskers oplevelser kunne tolkes at afspejle nogle træk ved sygeplejens position i det medicinske felt: Indenfor sygeplejen produceres på den ene side, særligt gennem den formelle skolemæssige del af uddannelsen, store idealer om fagets autonomi, selvstændighed, omsorg og ligeværdighed, fx gennem begreber som sygeplejens autonomi, de særlige sygeplejekvalifikationer, det særlige etiske kodex etc. Men på den anden side kan man ikke forstå sygeplejen ud fra dens egne kriterier og idealer. I mere end 100 år har medicinen udviklet

sig og er lykkedes med at erobre et stort terræn indenfor både sygdoms- og sundhedsområdet. Det kan sammenfattes, at der produceres stadig flere medicinske behandlinger, der produceres nye medicinske specialer og ekspertområder inkl. flere sygdomme i analytisk forstand, og som del heraf en stor vækst i lægegruppen, den dominerende medicinske profession. Det kan kort siges sådan, at sygepleje, som materialiseret praktik, har fået mening og liv som faglig aktivitet i relation til medicin snarere end i relation til patient. Forventningen om fagets selvstændighed blev mødt med, at det var den medicinske taktstok, der styrede hvad der skulle ske, hvornår og på hvilke og hvis kriterier.

Det er denne diskrepans mellem idealer og virkelighed, som kan forklare sygeplejerskernes subjektive oplevelser af, at de – modsat deres forventninger ikke havde nogen indflydelse på deres eget arbejde, at der er meget høje psykologiske krav til dem i arbejdet, at der er reduceret vitalitet, og at der er mange konflikter. Når man tænker sygepleje som del af et medicinsk felt, betyder det at forstå, at det er andet og mere end sygepleje, der definerer sygeplejen. Det er i den optik det medicinske felt, der definerer, hvad der er kapital, dvs. hvad der er det vigtige. Sygepleje, sådan som det så ud empirisk i 1990'erne, som materialiseret praktik, fik mening og liv som faglig aktivitet i relation til medicin, snarere end i relation til patient. Sygeplejens generelle rolle blev dermed at være en *forvalterposition* i medicinsk felt. Ret forenklet sagt holdt sygeplejersken snarere 'papir' end 'patient' i hånden. Sygeplejersken rettede sig mod lægen og medicinens behov, mere end mod patienten og dennes ønsker og behov. Der var også en tendens til, at sygeplejestuderendes udviklingsproces i deres praktikforløb var at starte med at være "på sygestuen hos patienten", og at udviklingen gik mod at "gå stuegang med lægen". Fænomenet smerte var i starten af uddannelsesforløbet relateret til, hvordan patienten oplevede dette og i slutfasen af uddannelsen var udfordringen snarere rettet mod hvilke typer af medikamenter, der kunne anvendes, hvor det skulle noteres osv. (7). Denne forvalterposition pågik på alle tider af døgnet og året rundt. I den måde at tænke sygepleje på kunne man sige, at der var en stor diskrepans eller et mismatch mellem de idealer, værdier og forestillinger, som sygeplejerskerne havde med sig i deres habitus (dvs. som habituelle dispositioner), altså værdier, normer og faglighed, sådan som denne er formet af opvækst, styrket gennem skole og uddannelsessystemet. Dette udgør jo ikke hele fortællingen, men det peger imod at den praktik, som sygeplejerskerne var sat i, kunne bidrage til at forklare nogle af årsagerne til, at sygeplejerskerne oplevede et dårligt arbejdsmiljø for 20-25 år siden.

Nye udfordringer; den økonomiskadministrative kapital indtræden

Hvad er så sket? Igen, med Bourdieuske begreber skal vi nu kigge nærmere på, hvordan særligt vilkårene for sygeplejearbejdet og det reproduktive omsorgsarbejde mere generelt har ændret sig. På erfaringsniveauet, dvs. hvordan sygeplejerskerne selv erfarer betingelserne for at drive deres faglige arbejde, kan man sige, at der er opstået nogle nye udfordringer blandt sygeplejerskerne (og i øvrigt en række andre faggrupper, der varetager lignende typer af jobområder i velfærdsstaten og dens institutioner). Sygeplejerskere siger eksempelvis, at det gælder om at undgå at kigge patienterne i øjnene, for øjne forpligter til at respondere på patientens behov. Det er også sådan, at patienter ikke længere forventer, at plejepersonalet spørger "hvordan går det" eller "hvordan går det med din mor?". Sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter og socialrådgivere er med til at udskrive og hjemsende patienter, selvom deres professionelle erfaringer giver belæg for at forvente, at de genindlægges i løbet af få dage. Sygeplejerskerne beskriver, at de er underlagt et ydelsestyranni, at de mangler tid, og at de skal dokumentere alle deres handlinger. Sygeplejersker-

ne ved godt, at døden ikke tæller i deres tælle-, måle- og vejesystemer, og som sådan er en døende patient 'dyr at have liggende'. Det ved alle.

Indenfor arbejdsmiljøforskningen er disse fænomener viet en vis opmærksomhed. Det danske projekt Virksomhedernes indsats mod psykisk arbejdsmiljø – VIPS – (12) har dokumenteret, at det, der er mest vigtigt for psykisk arbejdsmiljø, er erfaringer med at gøre selve det faglige arbejde på en god måde. I en større undersøgelse af arbejdsforholdene ved norske sygehuse fremkommer der: "(...) klare sammenhænger mellem det å måtte kjølpslå eller gå på akkord med egne verdier i arbeidet, psykiske helseplager, sykefravær og det å svare på årsaken til sykefraværet er helseplager som helt eller delvis skyldes jobben" (13). Inden for forskning i sygeplejerskers arbejdsmiljø er begreber om "moralisk stress" og "samvittighetsstress" blevet centrale, som betegnelser på den belastning det er at måtte fravige de professionelle standarder i arbejdet. Thomassen (1) introducerer tænkningen om, at en erfaring af varetaget integritet er tæt knyttet til muligheder for at få mulighed for at udføre det faglige arbejde på en fornuftig og hensigtsmæssig måde.

Den strukturelle overbygning for de nye problemer

I et samfundsmæssigt perspektiv kan de nye arbejdsmiljøerfaringer kobles til nogle bestemte institutionelle og politiske ændringer. I Thomassens (1) analyse af arbejdsmiljøforholdene på norske sygehuse hævder han, at sundhedsvæsenet er gået fra at være et autonomt professionelt felt til at være domineret af økonomisk og bureaukratisk kapital. Det betyder blandt andet, at den kapitalform som ejes af sygeplejerskerne, som vi betegner som omsorgs- og håndværkskapital, sættes under et nyt pres. I empirien fra Thomassen beskrives eksempler på, hvorledes dette sker: De sundhedsprofessionelle erfarer, at fokus på økonomi vrider behandlingstilbuddet og behandlingsmåderne på uheldige måder. Kræftsygeplejerskerne på den palliative afdeling fortæller eksempelvis om, at princippet om indsatsstyret finansiering (ISF) gør, at behandlingen tilbydes patienter med diagnoser, som giver størst økonomisk refusion. Af pleje- og omsorgspersonalet opleves dette som et brud, ikke bare med det plejefaglige ethos, men med sundhedsvæsenets og hospitalets samfundsopgave: Behandling bør gives ud fra, hvad befolkningen har behov for af sundhedstjenester og ikke ud fra de økonomiske hensyn. Psykiatriske sygeplejersker fortæller, at presset om effektivitet fører til, at patienter udskrives fra centeret for tidligt. De siger, at dette øger risikoen for, at patienterne ikke bliver færdigbehandlet og deraf, at den behandlingsmæssige effekt forsvinder i den blå luft. Systemet tilsiger, at det gøres på en vis måde med kodeord som "flow", "belastning", "standarder", "fasttrack" mv., men alle ved ud fra deres professionelle habitus, at der er tale om utilstrækkelig faglig handlen. Hjemmehjælperne fortæller, at de på grund af knappe bemandingsressourcer ikke får fulgt op på det, de mener faktisk er de vigtigste behov hos de gamle, som er at kunne tale med dem, lytte til deres psykologiske frustrationer mv.

I tråd med Thomassens (1) analyse kan man sige, at det medicinske felt, som også tidligere havde vist indslag af administrative logikker (organisatoriske principper, patientklassifikation, plejetyngdemåling mv.), nu er blevet ekstra infiltreret af bureaukratiske logikker. Dette betyder, at rammerne for det sygeplejefaglige arbejde ikke længere – og sikkert i stadig mindre udstrækning – kan udledes fra fagprofessionelle og håndværksmæssige hensyn. Det er blevet vigtigt med kriterier om eksempelvis at kunne styre, administrere, fokusere på bundlinjen, begrænse udgifter, optimere processer, dokumentere, følge givne standarder for at sikre sig mod patientklager, håndtere it osv. Dette betyder, at de sundhedsprofessionelles omsorgs- og håndværkskapital taber terræn i forhold til den bureaukra-

tiske kapital. I vores perspektiv betyder dette, at sygeplejerskernes kompetencer, arbejds måder og færdigheder udsættes for en "dobbelt devaluering". Det er ikke blot forvalterpositionen, som truer deres professionelle autonomi, men nu i tillæg den økonomisk administrative kapital. Logisk hertil er, som Brænd (18) viser, at nye typer af dispositioner træder frem og vinder kredit i dette felt, fx nye og yngre sygeplejersker, som ikke er forment af de tidligere betingelser, der angav omsorg, nærvær og indlevelse som centrale kompetencer. Nogle af disse nye og yngre sygeplejersker oplever, at sygeplejen endelig får en slags håndgribelig faglighed. Nu skal der måles og vejes og "vinkes af" i forhold til det bureaukratiske system, og man slipper for at holde i hånd og yde omsorg. De strukturelle og organisatoriske forandringer har således effekter ikke blot mellem ledelse og ansatte mv., men også på nye former for spændinger indenfor fx sygeplejerskegruppen.

At professionelle kapitaltyper udfordres af økonomiske og bureaukratiske/administrative kapitaltyper er dog ikke bare noget, der sker indenfor det medicinske felt. Denne tendens gælder indenfor velfærdsinstitutionerne generelt. Man kan betragte det medicinske felt som et af flere samfundsmæssige felter, der bliver genstand for nye ideer om organisering, ledelse, effektivitet, som det kan genfindes i det nyliberale paradigme knyttet til New Public Management (NPM). Thomassen (1) beskriver i sin afhandling, hvordan ideer om rationalisering og markedslogik er blevet et dominerende organiseringsparadigme. Givet den dominans dette paradigme ser ud til at have, introduceres begrebet om et *målstyringsstatsregime*: Dette peger hen mod et centralt dogme i NPM, hvilket er, at drift af offentlige tjenester skal gøres ud fra fastsatte mål for virksomheden (typisk "virksomhedsmål" eller "resultatmål"). Et eksempel på dette vil netop være, hvordan man på sygehusområdet opererer med et mål om "færrest mulige liggedøgn for patienterne". I Thomassens optik giver de spændinger, som opstår mellem professionelle arbejdere med deres egne krav til kvalitet og arbejdsudførelsen, og de "nye" krav indenfor målstyringsstatsregimet, ophav til en "professionel kontrovers". Dette begreb sigter til, hvordan fagprofessionaliteten udfordres, og har som resultat en dyb, pågående strukturel konflikt som gennemsyrrer specielt offentlige virksomheder i dag: "Dette begreb (den professionelle kontrovers) sigter til den generelle spænding, som er opstået i velfærdsorganisationerne mellem 'fag og bureaukrati', eftersom disse er gået fra at være underlagt et kundskabsstatsregime, til et målstyringsstatsregime" (1a). Kobler man integritetsproblemet på denne spænding, kan man sige, at dette fænomen egentlig er en kropsliggørelse og internalisering af en strukturel kontrovers; sygeplejerskernes erfaringer med at måtte udføre et dårligt arbejde – og de frustrationer og arbejdsmiljømæssige konsekvenser dette har – er et resultat af, at kampen om kapitalformerne også udspiller sig i deres hoveder og kroppe. Som sagt en kamp der erfares som frustration og desillusionerethed, men også følelsen af personlig og faglig utilstrækkelighed og afmagt. Men det er netop, kort sagt, samfundsmæssigt. Sygeplejerskerne er habituelt disponeret til at kigge mennesker/patienter i øjnene, og de får ondt i maven af, at de må bestræbe sig på at undgå øjenkontakt med patienter, der ytrer nogle behov. Men udfordringen ligger ikke i, at patienterne er blevet for krævende, eller at sygeplejerskerne er umoralske eller for dårligt uddannede til at matche deres behov. Udfordringen er, at de oparbejdede og kropsliggjorte forestillinger om sygepleje – som indebærer øjenkontakt er – i tiltagende modstrid til de konkrete og manifesterede krav, der stilles til udførelsen af arbejdet.

Hvad sker der med arbejdsmiljøet?

De sundhedsprofessionelle er heldigvis ikke kun tavse tilskuere og observatører til de strukturelle ændringer, som formidles gennem de nye styringsformer. Der iværksættes også kompensatoriske

praksisser. De habituelle dispositioner er virksomme i kroppen og det sætter sig fx som en orientering, hvor kræftsyeplejerskerne, uafhængig af rammebetingelserne og "formelle instrukser" for arbejdet, også orienterer sig mod at skabe værdighed og livskvalitet for patienterne. Som former for kompensatoriske praksisser vil de psykiatriske sygeplejersker undgå, at de psykisk syge sendes hjem ved juletid, fordi dette ofte er en ekstra tung tid for deres patienter. Omsorgen udføres ikke på grund af de strukturelle incitamentstrukturer, om der udbydes kurser i omsorg, selvhjælp, patientuddannelse mv., men på trods af dem. Hjemmehjælperne "snakker" alligevel med dem, som ikke har fået snakket med nogen i lang tid. Kræftsyeplejerskerne venter ikke med at møde døende patienters eksistentielle angst. De vælger heller ikke den behandlingsmetode, som er "billigst", men den behandlingsmetode, som de mener patienterne trænger til og har behov for.

I det daglige kan man sige, at pleje- og omsorgsansatte tager et personligt og individuelt ansvar for at få gjort mest muligt af det, de anser, der skal gøres. For at varetage omsorgs- og håndværksaspekterne, og for at dæmme op for den bureaukratiske kapital, er hverdagen derfor præget af at 'skynde sig', 'være hurtig', 'få gjort det man kan efter bedste evne', 'at sætte patienterne i første række' og så videre. Viljen til individuelt ansvar afspejler sig ikke bare i udførelsen af selve arbejdet, men også i hvordan pleje og omsorgspersonalet er 'villige' til at lade arbejdet påvirke dem som privatpersoner. Et gennemgående træk ved de beskrivelser, som gives af sygeplejerskernes arbejdsmiljø i Thomasens afhandling, er, at arbejdet er noget som bekymrer dem, når de er kommet hjem, som gør at de er trætte, som gør at de har færre kræfter end de burde have overfor deres familie og venner, og at arbejdet generelt kan påvirke deres egen sundhed negativt. Af disse årsager foretager pleje- og omsorgspersonalet også ydre tilpasninger for at have den energi, som er nødvendig for at holde arbejdet ud. Kræftsyeplejerskerne fortæller, at flere af dem har valgt at gå på nedsat arbejdstid, fordi de anser det for alt for krævende at varetage en fuld stilling. Ved at have en fuld stilling er de bange for ikke at have kræfter og energi til privatliv, familie og venner.

Kompenseringsstrategien giver sig også udslag på et kollektivt niveau. I den praktiske hverdag handler beskyttelse af omsorgen og håndværket om at tage ansvar som gruppe. Generelt tegnes der et billede af, at det netop er den loyalitet, de ansatte udviser overfor hinanden, som gør at de 'holder ud'.

Der iværksættes således en række *individuelle* kompenseringsstrategier. Problemet er imidlertid: Selvom kompenserende adfærd kan ses som en strategi, der aktivt vælges, kan den også betragtes som en strategi, som *tvinger* sig frem. Det er et fænomen, som Allvin (19) tager op og beskriver som en paradoksal udfordring. At tage ansvar i form af at arbejde individuelt kompenserende indebærer en sundhedsrisiko, blandt andet fordi det kan føre til overbelastning og stressrelateret sygdom. Men samtidigt er det *ikke* at tage et personligt ansvar også belastende. Delvist fordi følgevirkningerne af ikke at tage ansvar kan indeholde negative konsekvenser for patienten/klienten. Denne erfaring konfronteres sygeplejersken med og vil heraf opleve en 'belastning'. Dette problem er særligt aktuelt for sygeplejersker, fordi den traditionelle arbejdsetik specifikt adresserer enkeltindividet som den primære ansvarlige agent. Det er den enkelte sygeplejerske, der "svigter omsorgen eller patienten", "glemmer at kontrollere den rette medicin", eller det er hende der klages over af patienterne. Det er indtil videre sygeplejersken i bestemt form og ikke de strukturelle vilkår, der får en påtale for dårligt udført arbejde. Selv om kaldsaspektet måske er blevet noget nedtonet de senere år, bygger nærhedsetikken på stærke moralske og etiske krav over for den enkelte sygeplejerske om at varetage patienten og dennes behov. En af de centrale sygeplejeteoretikere i Norden, Kari Martinsen, beskriver sygeplejerskernes opgave på følgende måde: "Ved å vinne tilbake den personorienterte pro-

fesjonaliteten bygd på praktisk kunnskap, vil kvinneyrkene fortsatt kunne stå vakt om omsorgen og kjærligheten" (20, s. 99).

En anden strategi, som kan spores hos sygeplejerskerne for at afhjælpe den faglige frustration, er tendensen til at devaluere værdien af sine egne omsorgsfærdigheder. Mange af sygeplejerskerne taler om, at problemet måske er, at det er dem selv, som har en gammel/forældet forståelse af omsorg. Måske de sætter for høje krav til patientnærhed? Måske de har urealistiske forestillinger om, hvor meget patientkontakt de skal have? Måske har de en outdated forståelse af, hvad omsorg 'egentlig' er? På den baggrund, som her er skitseret, kan vi sige, at de nye positioner for sygeplejen også kræver nye dispositioner. Godt arbejdsmiljø involverer et vist sammenfald mellem, hvad de ansatte bærer af dispositioner (kapital), og det, der afkræves og forventes af arbejdspladsen (feltet). Det næste spørgsmål er selvfølgelig hvilke og hvis kriterier, der skal anlægges, når vi ser de aktuelle mismatch. Skal lærebøgerne, undervisningen og socialiseringen til sygepleje involvere en integration af de nye strukturelle vilkår – rettet mod drift, forvaltning og bureaukrati – eller var der også noget i de praksisformer, som kropsligt tilsagde, at man kigger en patient i øjnene?

Problemerne; et håndværksproblem?

På en måde kan man sige, at "det er godt, at nogle tager ansvar for at give god patientbehandling", når sygehuset i sig selv ikke længere kan garantere for dette. Men det er samtidig at negligere de arbejdsmiljømæssige og organisatoriske problemer, der hæfter ved integritetsproblemet. Både kompenseringstrategien og selvkritikken/psykologiseringen af løsningerne vil bidrage til at usynliggøre og forstærke problemet. Når pleje- og omsorgspersonalet kun 'gør det så godt, de kan' og ikke adresserer de reelle kapitalformer, der er kommet i spil (den økonomiske kapital udfordring af håndværkskapitalen), så giver det ikke grundlag for en reel indsigt og erkendelse som nødvendig forudsætning for strid om kapitalformene. Man kan derfor også sige, at problemet forstærker sig. Så længe pleje- og omsorgspersonalet kompenserer individuelt, så vil de på en mere subtil og indirekte måde undgå, at de strukturelle og organisatoriske årsager diskuteres. Dermed lægges der indirekte et grundlag for både organisationen og politikere til at fortsætte med den samme organisering.

Med andre ord: Den individuelle kompenseringstrategi har ikke kraft i sig til at ændre på *systemerne*. Paradokset er derfor, at den indlejrede habitus og disposition hos sygeplejersker i sig selv kan repræsentere en central forhindring for at møde nogle af de centrale årsager til integritetsproblemet: Når måden man løser integritetsproblemet på går via kompensering og selvkritik/psykologisering, så tages tyren ikke ved hornene.

Hvad kunne et alternativ være? Vi har betegnet den kapitalform, som sygeplejerskerne besidder, som en håndværkskapital. Dette begreb er ikke tilfældigt udvalgt, men har, som vi ser det, et potentiale for at supplere begrundelserne for det sygeplejefaglige arbejde (som tillæg til kalds- og nærhedsetikken). Ideen bag denne supplerende begrundelse er at udvikle et ræsonnement, som måske mere effektivt kommer til rette med de kampe, der foregår om kapitalformer i dagens sundhedsvæsen. Den essentielle pointe i Sennetts begreb om håndværk, som vi udleder fra hans bog *The Craftsman* (21), er, at fremhæve det, som vi vil kalde for *imperative erhvervshandlinger*. Sennett viser blandt andet, hvordan de traditionelle håndværkere er afhængige af processuelle og kontekstuelte baserede arbejdsformer. Det vil sige, at selv om det materiale, der ligger for hånden (fx et træstykke som skal omformes til en violin) har nogle bestemte egenskaber, så vil der være små, men alligevel væsentlige forskelle mellem de forskellige træstykker. Det betyder, at ethvert træstykkets egenart

må kortlægges og forstås. Hvis ej, så vil den videre bearbejdning kunne ødelægge træstykket. Man kunne sige, at det netop er sådan en sygeplejerske forholder sig til patienterne. Selvom diagnoser er generelle, er det et specifikt kendskab til den enkelte patient, som udgør et essentielt grundlag for, hvad sygeplejersken mener er den rette behandling af den enkelte. Pointen er, at ved at beskrive også sygeplejerskernes arbejdetik således, så kommer de rent praktiske, håndværksmæssige aspekter ved arbejdet tydeligere frem. Så bliver det ikke bare et spørgsmål om "godhed" eller "nærhed", men om et sæt af praktiske erhvervsfærdigheder, som må udfoldes for at kvaliteten i arbejdet (patientens sundhed) skal blive så god som muligt. Således kan man med Sennett sige, at det primært er det gode håndværk – og kapitalformen håndværk – der er kommet i spil. En sådan tænkning om arbejdet giver måske et incitament til sygeplejerskerne selv og samfundet omkring til at være *mere kritiske* i forhold til at arbejde individuelt kompenserende, *mere* kritiske i forhold til at devaluere værdien af egen kompetence, og *mere* kritiske i forhold til at søge individuelle terapeutiske ordninger for at tackle integritetsproblemet. Taler man om et håndværk kan det blive tydeligere, at fx tilstrækkeligt med tid til den enkelte patient ikke primært handler om at "ville være god", men at det er nødvendigt at vide præcis hvad denne patient har brug for af videre behandling på hospitalet. Selv – eller måske netop – den lavest positionerede social- og sundhedsmedhjælper eller assistent i det medicinske felt kan se, at det er dårligt for patienter at blive udskrevet, når de ikke er klar til det, at almindelige fødsler ikke uden faglig grund skal konverteres til komplicerede for at tjene penge osv. Sund fornuft, som har en berettiget og nødvendig plads inden for et håndværk, tilsiger fx, at for hurtig udskrivning af en patient kan og vil være uøkonomisk i en større sammenhæng (fx når man ved, at patienten genindlægges med alt den tid, penge og det ekstraarbejde det medfører) og ikke mindst uetisk og umoralsk overfor patienten og belastende for de sundhedsprofessionelle – og deres arbejdsmiljø. Det er dog essentielt for os at understrege, at den traditionelle nærhedsetik og de relationelle værdier fortsat skal udgøre den centrale kerne i omsorgsarbejdet. At arbejde med mennesker er, på et rent ontologisk grundlag, noget helt andet end at arbejde med materielle produkter – sådan som man tænker, at den traditionelle håndværker gør. At gå ind i stridighederne om kapitalformene med håndværksforståelsen i sin bagage, indebærer for omsorgsarbejderne derfor ikke at opgive nærhedsetikkens forpligtelse eller de relationelle færdigheder. Tværtimod, det handler om at identificere et grundlag for, hvorfor disse kompetencer er essentielle. Som vi ser det, betyder det blot at se disse erhvervshandlinger som præmisser for at skabe noget *godt*; det vil sige en patient, som bliver så rask som muligt. Det er i et kvalitetsperspektiv, at det giver mening at tænke, at omsorgsarbejderne bedriver et håndværk.

Som vi ser det, har tænkningen om det sygeplejefaglige arbejde som håndværk, og med det de dispositioner sygeplejere har (altså hvorledes deres habituelle indstilling i sig har en række håndværksfølelser) en vigtig samfundsmæssig relevans. Man skal også huske på, at en disposition/habituel orientering ikke er skrevet i sten. Det betyder, at fornemmelse for kvalitet/det gode håndværk ikke er uforanderlig, og at en påtvungen praksis over tid kan ændre og endog erodere en stærk professionsintegritet. Nyere forskning (18) viser, at sygeplejersker i dag oplever relativt få grundlæggende konflikter i mødet mellem deres egen professions- og ledelsens værdigrundlag. Mange giver udtryk for lettelse over at slippe for at komme tæt på patienters følelser, og de oplever at optræde med en selvvalgt professionel distance (18a). Det kan dermed se ud som om, at det fagetiske fundament for sygeplejeudøvelsen gradvis redefineres på en sådan måde, at nærhedsetikkens idealer bliver mere tilfældigt praktiseret.

Konklusion

Vi har anvendt sociologiske perspektiver med fokus på kapitalformer, herunder de- og revaluering af disse i forhold til det medicinske felt. Det har været en pointe at få de sundhedsprofessionelle frem i spændingen mellem position og dispositioner, mellem feltkrav og deres dispositioner, og mellem stridende kapitalformer. Vi flyttede opmærksomheden fra ikke alene at angå spændingen mellem omsorgsdispositionerne (kapital) og virksomheden i det medicinske felt – med den (bio)medicinske taktstok – til at fokus snarere blev rettet mod omsorgshåndværksdispositionerne (kapital) i et medicinsk felt. Et felt, der i højere grad er udhulet og styret af ikke blot de medicinske begreber, klassifikationer og logikker, men af stadig mere bureaukratiske logikker. Hovedpointen er, at det medicinske felt i stadig højere grad er transformeret af et økonomisk magtfelt. Det neoliberale indtog er stærkt virksomt, også i de statslige reproduktive institutioner indenfor sundhed. 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 og udenfor feltet afstedkommer forskydninger. Kampe i feltet foranlediger ændrede spilleregler i feltet. Det er i dette (ret komplicerede) landskab, vi mener, at man må beskrive, vandre, spørge og reflektere for at forstå, hvorfor fx integritetsproblemer bliver et centralt arbejdsmiljøspørgsmål.

Hvad betyder så dette mere konkret for sygeplejerskeres arbejdsmiljø? Først skal det siges, at der ikke findes 'ikkestyring' af det medicinske eller andre felter. Der var ikke en tidsepoke, hvor alt var fryd og gammen med perfekt sammenfald af behov, interesser og rationaler, fx på hospitalerne. Desuden, som vi har vist: Praktikere gør styringsformer og kan gøre anderledes end en styringsform tilsiger. Det sker også. Men vores pointe er alligevel at pege på, at det bør være *styringsformerne*, som skal løftes frem og drøftes. Det er således vigtigt at koble integritetsproblemet – og især de psykiske arbejdsmiljøproblemer – til de organisatoriske/strukturelle/politiske betingelser, der genererer dem. Vores klare understregning af denne pointe må ses i lyset af de stærke tendenser til at terapeutisere og psykologisere disse fænomener, i samfundet såvel som i arbejdslivet. Det er en akut fare for, at de psykosociale konsekvenser, som integritetsproblemet genererer, kan udløse tiltag rettet mod den enkelte arbejdstager, fx. via coaching eller mindfulness. Dette er efter vores mening en helt gal medicin.

Hvorledes kan dette så angribes som en praktisk udfordring? Selv om vi i dette bidrag primært har været ude efter at vise kompleksiteten i, hvorledes praktiske arbejdsproblemer må angribes organisatorisk, vil vi afslutningsvist kort nævne, hvad vi ser som centrale tilgange for at adressere dette problem. På arbejdstagniveau mener vi, at det er essentielt at sygeplejersker selv – og de institutioner, der påvirker hvad sygeplejens indhold skal være – så som sygeplejerskoler, uddannelsesinstitutioner, kliniske miljøer og fagforeningerne – i større grad tænker sygepleje som et håndværk der udføres. Vi tror, at det er nødvendigt at udfordre de habituelle/vanemæssige dispositioner, som vi har peget på, nemlig de strategier som udgår fra nærhedsetikken og "kaldet". Disse kan både usynliggøre og forstærke problemerne knyttet til, at problemet individualiseres og forstærkes. For sygeplejersker må der udvikles en professionelt baseret kritik, som tager udgangspunkt i en stærkere forståelse af faget som et håndværk. Vi mener, at sygeplejersken er helt på linje med andre professionelle og deres frustration over, at de ikke får gjort arbejdet ordentligt, og de har den samme pligt og ret til at påpege dette. Det kræver til gengæld, at de opsøger og får tilgang til den type af analyser, der som denne går bagom fænomenet og problemet som det umiddelbart fremtræder, nemlig som noget individuelt, moralsk og psykologisk – evt. et pædagogisk problem. Sociologien og begreberne om felt

og kapital kan bidrage med indsigter, der fungerer som en antidot, dvs. antigift rettet mod hverdagsanalyser. Der er stærke politiske og uddannelsespolitiske interesser i at mellemprofessionerne forbliver assistenter, driftorienterede og reaktive i forhold til deres faglige område og samfundsudviklingen. Vi mener i lighed med rapporten udgivet af Sundhedskartellet om fremtidens sundhedsuddannelser (22), at det er i alles interesse på kort og lang sigt, at mellemprofessionerne tillige har høj faglig autonomi, er proaktive og bidrager til at udvikle viden, snarere end blot at anvende den. Der er i forlængelse af den nævnte rapport behov for at sundhedsgrupperne, herunder sygeplejerskerne i deres uddannelse og erhverv, trænes i at være konstruktører og ikke blot reaktive i forhold til de arbejdsområder, de er virksomme i. Det involverer blandt andet, at de sundhedsprofessionelle selv skal udvikle viden via opbygning og udvikling af institutionelle sammenhænge og stillingsstrukturer. Det er ikke sådan, at alle sundhedsprofessionelle skal forske, og alle sundhedsprofessionelle praksisområder skal ikke og kan ikke være forsknings- eller evidensbaserede. Men kvalificeret, refleksiv og effektiv sundhedsprofessionel praksis skal fremover involvere centrale elementer fra forskningsverdenen, som integrerer opsøgning, vurdering, anvendelse og evaluering af viden. Det er for omkostningsfuldt samfundsmæssigt, at sundhedsprofessionelle blot følger standarder, eller at de blot er assistenter, der snarere er reaktive end proaktive i forhold til at forme og skabe de sammenhænge, som de selv arbejder indenfor – generelt set og i forhold til deres arbejde og arbejdsmiljø.

Dette "skæbnefællesskab" med andre professionelle kan også bidrage til at styrke det kort, som sygeplejersker sidder på, og bør bruges til at fremelske argumenterne vis a vis dårlig håndværksorganisering endnu mere præcist. I dette spørgsmål er sygeplejerskerne på ingen måde alene. Desuden vil vi pege på, at der også indenfor det domæne, hvori arbejdet med arbejdsmiljø gøres, så som de lokale arbejdsmiljøudvalg, blandt tillidsvalgte, og også indenfor HR-afdelinger, bør fokuseres mere på de sammenhænge, der er mellem godt håndværk og godt psykisk arbejdsmiljø. For meget af energien i disse indsatser bruges på meningsløse målinger af arbejdsmiljø, aktiviteter fra antirygekampagner, 'frie kostordninger', tilbud om 'stress, motion, livskvalitet og kost'. Som vi ser det, bør også disse institutionelle forordninger fokusere mere på de professionelle håndværksproblemer – og på den måde angribe de organisatoriske og strukturelle forhold, der genererer disse problemer.

Litteratur

- 1 Thomassen, O. J. (2013). Integritet som arbejdslivsfenomen. University of Oslo, Oslo.
- 1a Thomassen, O. J. (2013). Integritet som arbejdslivsfenomen (s. 4445). University of Oslo, Oslo.
- 2 Alvesson, M. (2006). Tomhetens triumf. <http://www.digitalmedia.st/webbtv/news/17.html>: Digital Media Consulting, Malmö Högskola.
- 3 Bourdieu, P. (1977). Outline of a theory of practice (B. 16). Cambridge: Cambridge University Press.
- 4 Brinkmann, S., & Frydenlund, J. E. (2015). Stå imot: Si nei til selvutviklingen. Oslo: Press.
- 5 Madsen, O. J. (2010). Den terapeutiske kultur. Oslo: Universitetsforlaget.
- 6 Madsen, O. J. (2014). "Det er innover vi må gå": En kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforlaget.

- 7 Larsen, K. (1999). *Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejeuddannelsen*. Ph.d. afhandling fra Institut for filosofi, pædagogik og Retorik. Københavns Universitet.
- 8 Bourdieu, P., Nicolaysen, B. K., & Wacquant, L. J. D. (1993). *Den kritiske ettertanke*. Oslo: Samlaget.
- 9 Alvesson, M. (1987). *Organization theory and technocratic consciousness: Rationality, ideology, and quality of work*. New York: W. De Gruyter.
- 10 Sørensen, B. A. (1982). *Ansvarsrasjonalitet: Om målmiddeltenkning blant kvinner*. I H. Holter (Red.), *Kvinner i fellesskap* (s. 392-402). Oslo: Universitetsforlaget.
- 11 Borg, V., & Burr, H. (1997). *Danske lønmodtageres arbejdsmiljø og helbred 1990-95*. Arbejdsmiljøinstituttet.
- 12 Sørensen, O. H. (2008). *Arbejdets kerne: Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund.
- 13 Sørensen, B. A., & Grimsmo, A. (2004). *Arbejdsmiljø og integritet* (s. 2). Hentet 15.1.2013, fra http://www.afi.no/search_all.asp?pid=
- 14 Corley, M. C. (2002). *Nurse Moral Distress: A proposed theory and research agenda*. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650. doi: 10.1191/0969733002ne557oa.
- 15 Epstein, E. G., & Delgado, S. (2010). *Understanding and Addressing Moral Distress*. [Article Online Journal of Issues in Nursing, 15(3), 11. doi: 10.3912/OJIN.Vol15No03Man01
- 16 Laabs, C. A. (2007). *PRIMARY CARE NURSE PRACTITIONERS' INTEGRITY WHEN FACED WITH MORAL CONFLICT*. [Article]. *Nursing Ethics*, 14(6), 795-809.
- 17 Glasberg, A.L. (2007). *Stress of conscience and burnout in healthcare: The danger of deadening one's conscience* (Article). Umeå University, Umeå. (1101).
- 18 Brænd, J. A. (2014). *Nær penger og pasienter. Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften*: NTNU.
- 18a Brænd, J. A. (2014). *Nær penger og pasienter. Perspektiver på pasientens kår, sykepleie og nærhetsetikk når økonomisk rasjonalitet endrer sykehusdriften* (s. 5): NTNU.
- 19 Allvin, M. (2006). *Gränslöst arbete: Socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber.
- 20 Martinsen, K. (2003). *Fra Marx til Løgstrup: Om etikk og sanselighet i sykepleien* (s. 99). Oslo: Universitetsforlaget.
- 21 Sennett, R. (2008). *The craftsman*. New Haven: Yale University Press.
- 22 Larsen, K.; Højbjerg, K (2014) *Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Afrapportering af Sundhedskartellets uddannelsesprojekt* http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellets_uddannelsesprojekt_endelig.pdf



Ansvarlig autonomi i en bæredygtig sundhedssektor

Af professor Helge Hvid, Roskilde Universitet

Både kvalitet og arbejdsmiljø i sundhedssektoren er afhængig af faglighed, læringsmuligheder og indflydelse i personalets daglige arbejde. Sygeplejersker er, ligesom andre faggrupper i sundhedssektoren, dybt optaget af deres faglighed, og hvis de ikke får mulighed for at udfolde deres faglighed, bliver kvaliteten dårlig og arbejdet meningsløst. Hvis sygeplejerskerne ikke har mulighed for læring i arbejdet, så stagnerer fagligheden, og arbejdet mister kvalitet. Og hvis ikke sygeplejerskerne individuelt og sammen har en vis grad af indflydelse i arbejdet, så de kan tilrettelægge arbejdet i overensstemmelse med de erfaringer, der gøres, så er muligheden for læring meget begrænset, og arbejdet bliver mere belastende. Det er derfor vigtigt, både for sygeplejerskerne og for sundhedssektoren, at sygeplejerskernes arbejde bliver præget af 'ansvarlig autonomi', som baserer sig på faglighed og skaber mulighed for læring gennem indflydelse.

'Ansvarlig autonomi' udtrykker et princip, som har gjort sig stærkt gældende inden for studier af psykisk arbejdsmiljø igennem mange år, ligesom det har gjort sig gældende inden for dele af ledelsesteorien. Det er mange år siden, at det blev konstateret, at indflydelse og læringsmuligheder bidrager både til fysisk og psykisk sundhed (1). I ledelsestænkning har ansvarlighed og autonomi været set som den bedste kilde til motivation (2).

Betingelserne for at praktisere 'ansvarlig autonomi' ændrer sig imidlertid hele tiden, og på mange måder er det blevet vanskeligere at praktisere 'ansvarlig autonomi' indenfor sundhedssektoren. Noget som sygeplejersker mærker meget til. Man har i årtier talt om, at tilliden til de offentlige ansatte skal genetableres, at der igen skal skabes plads til det faglige skøn, og at registreringstyranniet skal standses. Men stort set må man nok sige, at der ikke er sket noget på den front. Årsagen ligger nok i, at sundhedssektoren er underlagt nogle stærke og modsætningsfulde

hensyn, eller nogle stærke og modsætningsfulde rationaler, som tilsammen har gjort det vanskeligt at fastholde en 'ansvarlig autonomi'.

Tre modsatrettede rationaler i sygeplejerskernes arbejde

Sundhedssektoren udgør et fascinerende komplekst produktionssystem, som på en gang orienterer sig efter tre meget forskellige produktionsrationaler:

- Et medicinsk fagligt rationale, hvor der konstant søges efter nye veje til at reducere menneskelig lidelse og død
- Et effektivitetsrationale, hvor der fokuseres på produktionsflowet, kvalitetsstandarder og effektivitet
- Et etisk funderet rationale, hvor patienten er i centrum med de ønsker, ressourcer og livsudsigter, patienten har.

Det er fuldstændigt afgørende for sundhedssektorens kvalitet, at alle tre rationaler gør sig gældende i sundhedssektoren samtidigt: 1. At medicinsk viden skabes, og at patienten behandles i overensstemmelse med den nyeste medicinske viden. 2. At patientforløbet organiseres rationelt, så ressourcerne udnyttes optimalt, og patienten undgår unødigt ventetid og overbehandling. 3. At det enkelte menneske ses og høres, så sundhedssektoren ikke alene bekæmper sygdom, men også bidrager til, at patienterne kan komme til at leve et godt liv.

Alle tre rationaler er vigtige og uomgængelige, men det er også klart, at der er en række spændinger mellem de tre produktionsrationaler. Sygeplejerskerne er nok den personalegruppe i sundhedssektoren, der i størst udstrækning arbejder med alle tre produktionsrationaler samtidig, og som klart mærker de modsætninger og dilemmaer, der er mellem de tre produktionsrationaler. Her skal det kort skitseres, hvordan de tre rationaler spiller ind i sygeplejerskernes arbejde:

Det medicinske rationale: Sygeplejerskernes arbejde er i stigende grad baseret på den medicinske faglighed. Sygeplejerskerne overtager gradvist flere og flere opgaver, som tidligere blev udført af læger. Det gør sig både gældende på hospitalerne og i den kommunale sektor. Patienterne udskrives hurtigere fra hospitalerne, og sygeplejerskerne i kommunalt regi skal løse opgaver, som tidligere blev udført på hospitalerne. Den biomedicinske viden suppleres i sygeplejerskefaget med en praksisbaseret viden, hvor sygeplejersken har en fornemmelse for de forskellige behandlingsformers muligheder og begrænsninger i den konkrete sammenhæng. Sygeplejersken skal ikke alene tilegne sig medicinsk specialviden, men skal også være i stand til at aflæse patientens tilstand og foretage konkrete vurderinger i forhold til den enkelte patient/borger.

Produktionsflow: Sygeplejerskerne er en nøglegruppe i opretholdelse af sundhedssektoren som et rationelt produktionsflow. Der er i de senere år lagt stor vægt på at rationalisere sundhedssektoren ved at effektivisere produktionsflowet: Lean og leaninspirerede omlægninger af produktionsflowet har vundet stor udbredelse på sygehusene for at fremme systematik og hurtig behandling. Behandlingspakker har standardiseret behandlingsforløbene. Kvalitetsstyringssystemer styrer arbejds gange i detaljer. Relationen mellem sygehuse, praktiserende læge og hjemkommune er blevet systematiseret. Hensigten med disse omlægninger i produktionsflow er omkostningsreduktion, kortere liggetider, ensartet behandling og reducerede ventetider for patienterne. Det er i høj grad sygeplejersker, der står for den daglige, praktiske gennemførelse af de nye produktionsflow.

Patienten i centrum: Sygeplejerskerne har personlig kontakt til patienterne, og det er en vigtig del af sygeplejerskernes faglighed at 'komme hele vejen rundt om patienten'. At forstå patienten som person, at forstå kompleksiteten i patientens sygdomsbillede, at forholde sig indfølelse og etisk til patienten, at opretholde relationer til de pårørende og at bidrage til, at patienten i så høj grad som muligt bliver selvhjulpne. Dette rationale bliver på den ene side undermineret af det stærke fokus på medicinsk behandling og effektivt produktionsflow. På den anden side bliver dette rationale op-prioriteret og professionaliseret med den stigende interesse for rehabilitering.

Alle tre produktionsrationaler bidrager positivt til sygeplejerskernes arbejdsmiljø og faglighed: Det medicinske orienterede rationale skaber faglig udfordring. Det floworienterede rationale skaber en oplevelse af at være et vigtigt hjul i en stor mekanisme. Relationen til patienter og pårørende giver en stor grad af mening i arbejdet.

Men samtidig er der en række spændinger mellem de tre rationaler, der bidrager negativt til sygeplejerskernes arbejdsmiljø. Der kan være en spænding mellem den biomedicinske tilgang, der har fokus på sygdommen, og den helhedsorienterede tilgang, som har fokus på mennesket. Der kan være spænding mellem specialisering og helhedsorientering. Der er en spænding mellem rationelt produktionsflow og faglighed. Disse spændinger kan resultere i:

- Stort arbejdspress: Rationaliseringer af produktionsflowet har fyldt arbejdsdagen ud med arbejdsopgaver. Når der så sker noget uforudset – patienter med tilstødende komplikationer, henvendelser fra pårørende, sygefravær hos personalet, it-systemer, der ikke fungerer – så bliver arbejdspresset meget stort
- Modsatrettede krav: Mange sygeplejersker oplever, at de aldrig kan gøre deres job godt nok, fordi de samtidig skal præstere i forhold til det medicinske, afvikle patienterne hurtigt og skabe en indfølelse relation til patienten
- Meningsløse arbejdsopgaver: Mange sygeplejersker oplever, at bestræbelserne på at rationalisere produktionsflowet påtvinger dem en masse spildtid. De bliver nødt til at bruge meget tid og meget opmærksomhed på noget, der for dem er meningsløse arbejdsopgaver.

Sygeplejerskerne oplever, at spændingerne mellem de tre rationaler begrænser deres mulighed for at praktisere den faglige ansvarlighed, de gerne ville, og de oplever, at standarder, meningsløse arbejdsopgaver og stor travlhed har reduceret deres indflydelse. Sygeplejerskerne har mistet 'ansvarlig autonomi'.

Dette tab er overordentlig uheldigt, fordi netop mere 'ansvarlig autonomi' kunne være svaret på de spændinger, der er mellem de forskellige rationaler, der styrer sundhedssektoren. De tre rationaler må og skal gøre sig gældende, også i fremtiden, og spændingerne mellem de tre rationaler må og skal håndteres i dagligdagen af ledere, systemer og medarbejdere. Ledere og medarbejdere må sammen udvikle en 'ansvarlig autonomi' i sygeplejerskernes arbejde, hvor sygeplejerskerne i dagligdagen får mulighed for at udvikle løsninger, hvor der tages hensyn til alle tre rationaler.

Hvad er ansvarlig autonomi?

'Ansvarlig autonomi' (3) blev formuleret som et perspektiv for arbejdslivets udvikling helt tilbage i 1950'erne med etablering af den såkaldte 'socioteknik' (4). I denne tradition er autonomi noget der skabes i grupper, og ansvarlighed noget der hele tiden er til forhandling.

Først lidt om autonomi:

Autonomi realiseres i et gensidigt forhold mellem gruppe og individ: Realiseringen af individuel autonomi kan kun ske igennem en autonom gruppe, og omvendt kan en gruppe kun være autonom, hvis den bidrager til individuel autonomi. I den autonome gruppe passer den enkelte sit arbejde, som gruppen har bestemt, hun udvikler sig i sit arbejde, som gruppen har givet hende mulighed for, og den udvikling hun gennemgår giver hende mulighed for at påvirke gruppens måde at arbejde på. Både individet og grupper lærer gennem praksis og dialog.

Ligesom autonomien i den enkelte gruppe etableres i et samspil mellem individ og gruppe, så etableres autonomien i organisationen igennem et samspil mellem de forskellige grupper i organisationen: Organisationen har forventninger til, hvad hver enkelt gruppe leverer; men samtidig kan den enkelte gruppe ændre disse forventninger gennem læring og udvikling. Når medarbejdere befinder sig i flere grupper, eller flere praksisfællesskaber, forøges muligheden for at organisationen kan lære og udvikle sig.

Teamorganisering af arbejdet er blevet meget udbredt, siden idéen om 'ansvarlig autonomi' blev udviklet, men mange teams lever ikke op til idealet om ansvarlig autonomi. Mange teams har en stærkt begrænset autonomi, fordi de enten er bundet til at udføre arbejdet efter givne standarder, eller omvendt fordi verden omkring teamet er uforudsigelig, og de derfor hele tiden skal tilpasse sig nye krav og forventninger. Dertil kommer, at der i mange teams er en ganske fastlåst arbejdsdeling, hvor den enkelte er forpligtet på at udføre sine opgaver, men ikke er forpligtet på teamets præstation.

” Der skal også være en balance mellem, altså det må ikke være for travlt sådan, at jeg går hjem fra arbejde og tænker ”Jeg fik ikke gjort, jeg fik ikke givet medicinen til tiden. Jeg fik ikke givet seng otte mad. Jeg fik ikke.”, altså alle de der ting, man ikke når. Og så i den modsatte ende, hvor man slet ikke har noget at lave. Inde hos os, der kan vi have nogle perioder, hvor vi absolut ingen ting har at lave, hvor vi bare sidder inde på kontoret og ja, sidder.

Interview med sygeplejerske, DSR, 2015

Så lidt om ansvarlighed

Både den enkelte og gruppen som helhed er ansvarlig over for de forventninger, der stilles; men både den enkelte og gruppen er også ansvarlig for at påvirke de forventninger, der stilles. Her kan det være nyttigt at sætte de mere moderne grundbegreber i 'social kapital' i spil: Tillid, samarbejde og retfærdighed. Den enkelte er en ansvarlig samarbejdspartner, der giver en hånd med, hvor det er nødvendigt (det er også hvad Gittell (5) kalder relationel koordinering). Man fungerer tillidskabende – gør hvad man siger og siger, hvad man gør. Man modarbejder uretfærdighed.

Den enkelte og gruppen er ikke alene ansvarlig for at løse opgaven. Både den enkelte og gruppen er også ansvarlig over for det omgivende samfund. Skolelæreren og teamet af skolelærere er ikke alene ansvarlige overfor, at undervisningsplanerne holder. De bærer også deres del af ansvaret for de opvoksende generationers dannelse, og med 'den ansvarlige autonomi' forudsætter man også, at de påtager sig deres del af dette ansvar. Sygeplejerskerne har ikke alene ansvaret for at behand-

lingsplanerne følges, de har også deres del af ansvaret for den enkelte patients sundhed, og de har et ansvar for at give deres bidrag til befolkningens sundhed.

Selvledelse fører ikke nødvendigvis til 'ansvarlig autonomi'. I praktiseringen af selvledelse opstilles der ofte mere eller mindre klare produktionsmål for den enkelte. Ansvaret for målopfyldelsen bliver individualiseret. Men da den enkeltes muligheder for at opfylde sine mål ofte er afhængig af en masse ydre forhold, bliver selvledelse let til individualiseret afhængighed.

'Ansvarlig autonomi' relaterer sig til idealer om direkte demokrati. Men direkte demokrati gør ikke ledelse overflødig. Tværtimod er ledelse en absolut forudsætning for 'ansvarlig autonomi'. Uden ledelse vil dialog blive til ligeegyldig snak. Uden ledelse bliver beslutningsprocesser langtrukne, og der bliver ikke fulgt op på, om beslutningerne realiseres. Når 'ansvarlig autonomi' praktiseres, deltager alle i ledelse – alle er involveret i de beslutninger, der ligger inden for den enkeltes aktionsradius. Lederens opgave er at være gatekeeper, der beskytter medarbejderne mod overflødige informationer. Lederens rolle er ikke at tage beslutninger, men at gøre det muligt, at beslutninger kan tages. Det skal være klart, hvor beslutninger tages, hvordan der kan udøves indflydelse på beslutningerne, og lederen skal sikre, at beslutninger fastholdes, og at der følges op på dem.

Det er ikke kun ledelsen, der har et ansvar for praktisering af 'ansvarlig autonomi'. Medarbejderne har et lige så stort ansvar for at påtage sig den 'ansvarlige autonomi' – lederskab og følgeskab (6) skal supplere hinanden for at 'ansvarlig autonomi' kan udfoldes.

Muligheden for at medarbejderne kan udøve følgeskab og tage 'ansvarlig autonomi', afhænger imidlertid i høj grad af de muligheder, hverdagen giver for at udøve følgeskab. Uden bæredygtige rytmer i dagligdagen vil 'ansvarlig autonomi' ikke kunne praktiseres.

En arbejdsdag i bæredygtige rytmer

Hverdagen er struktureret af daglige rytmer. I hverdagene gør vi i vid udstrækning det samme, som vi gjorde dagen før: Står op på nogenlunde samme tid. Forbereder os på den kommende dag på nogenlunde samme måde, dag efter dag. Går på arbejde, hvor vi følger nogenlunde de samme procedurer som dagen før. Tager hjem, henter børn, laver mad osv. som vi gjorde det dagen før. Uden disse rytmer ville hverdagen blive fuldstændig overvældende og u håndterlig.

Karakteren af hverdagens rytmer har stor betydning for vores velbefindende. Det er veldokumenteret, at et arbejdsliv hvor alt er forudbestemt, er et belastende arbejdsliv. Det monotone industrielle arbejde med sine 'brutale rytmer' er noget af det mest belastende arbejde. Også et arbejde, der i detaljer er styret af standarder og procedurer, som den enkelte ikke har nogen indflydelse på, er stærkt belastende.

Men det omvendte gør sig også gældende: Hvis arbejdet er uden rytmer, hvis der ikke er nogle gentagelser, hvis alt er nyt, så bliver arbejdsdagen kaotisk. Ikke kun brutale rytmer, men også manglende forudsigelighed og grænseløshed er en stærk belastningsfaktor.

Sygeplejerskernes arbejde indeholder typisk både 'brutale rytmer' og 'uforudsigeligt kaos'. Sygeplejerskernes arbejde er typisk underlagt vagtplaner, kvalitetsstandarder, behandlingsplaner og behandlingsstandarder, som tilsammen styrer sygeplejerskernes dagligdag i detaljer. Samtidig er sygeplejerskernes dagligdag ofte præget af stor uforudsigelighed – når man har med syge og svage mennesker at gøre, ved man aldrig, hvad der kan ske.

En stærk belastning i sygeplejerskernes arbejde opstår, når arbejdet på en gang skal efterleve 'brutale rytmer' fastsat af behandlingsplaner, indrapporteringssystemer m.v., samtidig med at der hele

tiden sker uforudsete hændelser. I værste fald kan sygeplejerskerne i deres arbejde opleve de mest negative sider af både de 'brutale rytmer' og af 'kaos'.

Men hvis sygeplejerskerne har en høj grad af 'ansvarlig autonomi' i dagligdagen, er det muligt for dem at styre kombinationen af gentagelse og uforudsigelighed. Hvis standarderne er lidt bøjelige og føjelige, så de kan passes ind i en uforudsigelig dagligdag, bliver arbejdet lettere. Hvis sygeplejerskerne har mulighed for i dagligdagens rytmer at indarbejde uformel snak, så er der meget, der glider lettere. Hvis dagligdagens rytmer kan formes af sygeplejerskerne, er det muligt for sygeplejerskerne at hjælpe hinanden, når det uforudsete sker.

Jeg vil her pege på tre sider af sygeplejerskearbejdets rytmer, som er af stor betydning for arbejdets kvalitet. I det følgende trækker jeg på interviews med sygeplejersker om deres arbejdsforhold, gennemført af Dansk Sygeplejeråd i 2015, i forbindelse med antologiens udarbejdelse.

Tidsmiljøet

Der stilles store krav i sygeplejerskernes arbejde (7). Sygeplejerskerne oplever ofte stor travlhed. Der skal ske mange ting på samme tid. Dagligdagen er hektisk, samtidig med at de følelsesmæssige krav er høje. Travlhed kan være stærkt belastende i dagligdagen, men den behøver ikke at være det. Og det ikke at have noget at lave, kan næsten være lige så belastende.

En sygeplejerske udtaler:

"Der skal også være en balance mellem, altså det må ikke være for travlt sådan, at jeg går hjem fra arbejde og tænker "Jeg fik ikke gjort, jeg fik ikke givet medicinen til tiden. Jeg fik ikke givet seng otte mad. Jeg fik ikke, altså alle de der ting, man ikke når. Og så i den modsatte ende, hvor man slet ikke har noget at lave. Inde hos os, der kan vi have nogle perioder, hvor vi absolut ingen ting har at lave, hvor vi bare sidder inde på kontoret og ja, sidder" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Sygeplejersken tilføjer:

"Ja, hyggesnakker, socialt. Det tror jeg, det kan være rart i nogle perioder, hvis det er, man har haft for travlt nogle gange, men det skal være sådan en mellemting, hvor man har noget at lave, hvor det glider hele vejen igennem, hvor jeg også føler, at jeg kommer omkring patienterne hele vejen rundt" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

I mange tilfælde er det vigtigste element i at forbedre sygeplejerskernes arbejdsforhold måske ikke at reducere arbejdsmængden, men at skabe et godt flow i det daglige arbejde. At give sygeplejerskerne mulighed for at tilrettelægge arbejdet, så det glider. Her er der – mindst – to ting, det kan være værdifuldt at gøre noget ved: Forstyrrelser i dagligdagen og relationel koordinering.

Forstyrrelser

Forstyrrelser er en uundgåelig del af sygeplejerskernes arbejde. Hjemmesygeplejerskerne kommer ud til svage borgere, hvor det viser sig, at der er andre og større problemer at tage sig af end det, de kom for. Sygeplejersken bliver nødt til at gøre noget andet og mere, end hvad der var forventet, og dagens plan er ødelagt. På sygehusafdelinger foregår der ofte mange ting på en gang: Patienter behandles samtidig med, at der tales med pårørende. Og pludseligt sker der en voldsom begivenhed med en anden patient, sygeplejersken må smide, hvad hun har i hænderne, og træde til et andet sted. Forstyrrelser fylder meget i sygeplejerskernes fortællinger om deres arbejde. En sygeplejerske peger

på problemet med telefonen, som man forventer, at der altid svares på:

”Forstyrrelser, det kan fylde rigtig meget. Ja også når telefonerne ringer og du står midt i et eller andet altså. Det er ret (...) når man står i en sårbehandling med handsker på og det ser ikke ret godt ud, så tager jeg den simpelthen ikke, fordi det kan jeg ikke. Jeg ville aldrig blive færdig så, men altså...” (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Dette udsagn giver anledning til lidt diskussion mellem sygeplejerskerne. En siger: man skal tage telefonen når den ringer. Det er næsten fyringsgrund ikke at gøre det. Det kan jo være et livsvigtigt opkald. Andre siger: Jamen, man kan jo altid ringe til kontoret, eller man kan lade opkaldet gå videre.

Diskussionen viser, at det kan være rigtig vigtigt at have en konkret afklaring af, hvilke forstyrrelser man skal leve med, og hvad man skal undgå. Det er også vigtigt at undersøge, om man kan reducere nogle af forstyrrelserne ved at tilrettelægge arbejdet lidt anderledes. Måske skal det ikke være alle, der skal have telefonen tændt hele tiden? Måske skal mindre vigtige telefonopkald sorteres fra?

Måske skal man acceptere, at den enkelte foretager et selvstændigt skøn om, hvornår en forstyrrelse er rimelig og hvornår den ikke er det?

Relationel koordinering

Relationel koordinering er et moderne begreb for det, man også kunne kalde samarbejde præget af ansvarlig autonomi. Alt arbejde foregår i relationer. De fleste sygeplejersker indgår i et arbejde med mange og komplekse relationer til patient, pårørende, kolleger, læger, assistenter, administrative folk m.v.

Jody Hoffer Gittel har udviklet et begreb om relationel koordinering, bl.a. gennem sine studier af arbejdet i hospitalsafdelinger (8). Pointen er, at der er en god relationel koordinering, når medarbejderne, ud fra fælles mål,

selvstændigt tager initiativ til at opnå den bedst mulige koordinering i arbejdet. Det kræver et fælles sprog, viden og respekt for hinanden og kommunikation. Gittel viser, at en god relationel koordinering, båret frem af medarbejderne, både forbedrer produktivitet, kvalitet og arbejdsmiljø.

Splittelser i personalet kan være en alvorlig hindring for

” *Forstyrrelser, det kan fylde rigtig meget. Ja også når telefonerne ringer og du står midt i et eller andet altså. Det er ret (...) når man står i en sårbehandling med handsker på og det ser ikke ret godt ud, så tager jeg den simpelthen ikke, fordi det kan jeg ikke. Jeg ville aldrig blive færdig så, men altså.*

Sygeplejerske, DSR, 2015

relationel koordinering. Hvis de ældre sygeplejersker ikke anerkender det, de yngre kan, og visa versa, hvis sygeplejerskerne ikke anerkender assistenternes og lægernes indsats, og visa versa, så er det umuligt at skabe en velfungerende, relationel koordinering.

Den relationelle koordinering bliver svækket, hvis man lever med procedurer og it-systemer, der fastlåser arbejdet, så medarbejderne har svært ved at tilpasse deres samarbejde til den aktuelle situation.

Relationel koordinering omhandler også, hvor god man er til at hjælpe hinanden imellem afdelingerne:

“... oppe på xhospital, der ville det være helt utænkeligt, at hvis man havde meget travlt et sted, at man så ringede ud og spurgte: Er der nogen af jer, der kan hjælpe? Men altså, hos os, det kan være det er sådan et “lille hospitals”-fænomen, altså hvis vi har meget travlt i det medicinske område, så er der ikke nogen, der er blege for at ringe over til (...) og høre. Så kommer der en læge over og hjælper til i medicinen, og så gør de det. Altså, der svipser man simpelthen rundt og hjælper med nogle grundlæggende ting i forhold til.

“Og det er selvfølgelig også med til at skabe sådan en “jamen vi hjælper hinanden på tværs” ikke også? Der kommer måske lige en op fra intensivafdelingen og hjælper et par timer i en vagt, fordi der er roligt der. Men det kan være sådan et “lille hospitals”- fænomen. Jeg ved ikke, hvordan det er på universitetshospitalerne” (Overordnet leder, Sygeplejerske, DSR, 2015).

En vellykket relationel koordinering fremmes, hvis regler og procedurer ikke forstås som ufravigelige. En god relationel koordinering forudsætter også, at man er i stand til at udnytte personlige kontakter og bøje reglerne en smule – og stadig handle legitimt ud fra det, der er målsætningen med arbejdet. En sygeplejerske udtrykker det således:

“Der findes ikke mange ting, hvor jeg ikke ved, hvem det er, jeg skal gå til. Så der er mange ting, som vi på formelt eller uformelt plan – har vi en udfordring her, så er det til at løse. Og det kan jeg godt lide. Jeg behøver ikke nødvendigvis at gå den slagne vej, hvis jeg kan få tingene igennem på en anden måde. Bare jeg får fikset

ting, så har jeg en god dag. Det er de dage, hvor jeg godt kan komme hjem og tænke “Yes for fanden, det var fordi jeg kendte Palle nede i køl-deren, så fik vi lige ordnet det her, og så kunne vi køre det igennem”. Det kan jeg godt lide. Det kan jeg så se, at det forsvinder for os nu, for vi er blevet større, vi er ved et blive en større organisation” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Relationel koordinering skal også ske til de pårørende. De pårørende er ikke kun en tidskrævende arbejdsopgave ud over den behandling og omsorg patienten skal have. De pårørende kan også være en ressource, hvis det lykkes at inddrage dem i omsorg og behandling.

En ekstra seng til en pårørende på en hospitalsafdeling kan også være en aflastning af sygeplejen. En pårørende i hjemmet, der, efter at være blevet fuldt informeret, kontakter lægen, kan også være en aflastning.

”

Oppe på xhospital, der ville det være helt utænkeligt at hvis man havde meget travlt et sted, at man så ringede ud og spurgte: Er der nogen af jer, der kan hjælpe, men altså hos os, det kan være, det er sådan et “lille hospitals”-fænomen, altså hvis vi har meget travlt i det medicinske område, så er der ikke nogen, der er blege for at ringe over til (...) og høre..... Men det kan være sådan et “lille hospitals”-fænomen. Jeg ved ikke, hvordan det er på universitetshospitalerne.

Overordnet leder, Sygeplejerske, DSR, 2015

En stærk relationel koordinering forudsætter en stor grad af tillid fra ledelsens side, en stor grad af ansvarlighed fra medarbejdernes side, og et stærkt netværk blandt medarbejderne – indenfor, men også på tværs af fag, og indenfor, men også på tværs af afdelinger.

Sparring og læring

Faglig sparring og læring i arbejdet er for de fleste sygeplejersker meget eftertragtelsesværdigt. Sparring og læring forbedrer arbejdets kvalitet, letter arbejdsgange, gør arbejdet udfordrende, og gør det måske også muligt for sygeplejerskerne at udvide deres arbejdsområde.

Muligheder for faglig sparring og læring er i høj grad afhængig af arbejdsdagens rytmer. En forudsætning for faglig sparring er, at sygeplejerskerne, måske sammen med andre personalegrupper, mødes formelt og uformelt og udveksler idéer, erfaringer og viden.

Den faglige sparring kan foregå ved korte eller længere arrangerede møder, der afholdes i den enkelte afdeling:

”Men når alle møder på arbejde, er vores dag tilrettelagt sådan, at der er rum for at have noget faglig sparring. Vi har et super kort møde – sædvanligvis har jeg en otte til ti sygeplejersker inde. Og vi har et møde fra 7.45 til 8.00, hvor vi lige udveksler: Er der nogen, der har nogle udfordringer. Og det synes jeg faktisk, et kvarter til trods, fungerer fantastisk” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Overlevering ved vagtskifte er også en vigtig kilde til sparring. Denne overlevering kan blive vanskeligjort af, at medarbejdere i fleksibilitetens navn mange steder møder ind på forskellige tidspunkter. Der kan også arrangeres faglig sparring på tværs af afdelinger og enheder.

”Vi har for nylig, indført et mere rammesat tværfagligt samarbejde med de øvrige grupper i hjemmeplejen... Vi har rigtig store vanskeligheder med sektorovergange” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015). En anden siger: *”Vi har lige fået et nyt tiltag ude hos os, som hedder Faglige Udviklingsmøder. Og omdrejningspunktet er Sundhedsloven. Og så mødes vi fra alle relevante instanser og taler sidste nyt, hvad er det, der skyller ind over os, hvad er det for projekter der er der og hvilke muligheder giver det” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).*

Også uformel snak med kollegerne kan være et vigtigt bidrag til sparring og læring. Den uformelle snak kan foregå i de små pauser og mellemrum, der er i dagligdagen. Det er i den forbindelse vigtigt, at arbejdsdagen indrettes, så der er sådanne små mellemrum, og det er også vigtigt, at arbejdspladsen indrettes fysisk, så det er muligt at bruge de små mellemrum til udveksling. Er der steder med mulighed for uformel udveksling medarbejderne imellem – omkring kaffemaskinen, omkring kopimaskinen eller andre steder? Er der stille steder, hvor man kan briefe en kollega om forholdene omkring en patient?

Også den fælles frokostpause er en vigtig kilde til sparring og læring. Man får vendt praktiske og faglige problemstillinger, og kollegerne kommer til at kende hinanden lidt bedre, så man lettere kan trække på hinanden i det daglige arbejde. En sygeplejerske i hjemmeplejen, som ind i mellem arbejder som vikar, fortæller om et sted, hvor hun kom ind som vikar:

En tidligere kollega, der var på arbejdspladsen sagde:

”Lise, vi ses til middag, fordi her spiser vi frokost sammen”. Ja, okay, jeg plejer at spise det i bilen. De sendte nogle signaler, så jeg kunne forestille mig, at de ikke havde så svært ved at rekruttere personale, som andre steder har. Så jeg tænkte; måske det her er en idé for mig, for jeg synes egentlig, det var en god dag, selvom jeg altså var vikar” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Opsummerende om bæredygtige rytmer i arbejdet

Mange store og små problemer i dagligdagen kan løses let og gelinde, hvis arbejdsdagens rytmer skaber forudsigelighed, samtidig med at sygeplejerskerne har mulighed for, i samarbejde med kolleger i og udenfor faggruppen, at tilpasse og modificere rytmerne. Dette er blevet illustreret med de små citater fra interviewene med sygeplejerskerne. Og faktisk er det ikke særlig meget, der nødvendigvis skal til for at skabe bæredygtige rytmer i dagligdagen. Det, der først og fremmest kræves, er en reel opmærksomhed både fra medarbejdere og ledere om, hvor betydningsfuldt rytmerne er for kvaliteten og arbejdet – for medarbejderne og for patienterne og borgerne. Derudover kræves det, at nye rutiner introduceres og måske at lokalerne nyindrettes, så der er mulighed for at skabe sunde rytmer i dagligdagen. Og endelig er det vigtigt at fastholde opmærksomheden om dagligdagens rytmer, så man ikke falder tilbage til gamle vaner.

‘Ansvarlig autonomi’ er dog ikke kun afhængig af arbejdsdagens rytmer. ‘Ansvarlig autonomi’ er også afhængig af, hvordan job beskrives og hvordan de praktiseres. ‘Ansvarlig autonomi’ er afhængig af, at medarbejderne har gode muligheder for at tilrettelægge deres egne jobs – at der gives mulighed for det, der på engelsk kaldes jobcrafting, og som på dansk kan kaldes den praktiske jobformning.

Rum til jobformning

Jobcrafting er et nyt begreb, som endnu ikke findes i en dansk oversættelse (9; 10). Jeg vil oversætte til det ordet ‘jobformning’. Jobformning er noget andet end jobdesign, som handler om, hvordan organisationen og ledelsen konstruerer jobfunktioner. Jobformning handler om, hvordan medarbejderne enkeltvist og sammen udfylder og forandrer deres job.

Berg, Dutton og Wezesniewski⁽¹⁰⁾ udtrykker essensen i jobformning således:

“Alle er forskellige, og det er vanskeligt for organisationer at skabe et optimalt jobdesign for alle ansatte. Men hvis der gives plads til jobformning, er jobdesignet ikke fastlåst. Jobbet kan tilpasses over tid, så det giver plads til de ansattes særlige baggrund, motiver og præferencer kan komme i spil. Teorien om jobformning står ikke i modsætning til jobdesign, som den udføres af ledelsen, men med teorien om jobformning værdsættes mulighederne for, at de ansatte kan forandre dette design, der er konstrueret for dem” (10a).

Hvis medarbejdernes mulighed for jobformning er begrænset, vil medarbejderne opleve, at de har et job, de ikke trives ved, og de vil ofte på trods lave en jobformning, som ikke er hensigtsmæssig for organisationen. Jobbets mening bliver måske ene og alene at tjene nogle penge, og de foretager måske en jobformning, som går ud på at komme lettest muligt igennem arbejdsdagen.

Hvis jobbene derimod er designede således, at arbejdets mening er til forhandling under indtryk af mødet med kunder, brugere og borgere, at man kan afvige fra forskrifterne, hvis der er god grund til det, at de erfaringer, der gøres i det daglige arbejde, spiller tilbage på organisationen og jobdesignet, så vil medarbejderne have et mere tilfredsstillende arbejde, og organisationen vil have nogle mere produktive medarbejdere.

Med en vellykket jobformning oplever medarbejderne mening i deres arbejde, de får mulighed for at udvikle sig, individuelt og sammen, og både enkeltpersoner og organisationen som sådan vil være mere robust overfor forandringer. En arbejdsplads, hvor medarbejdernes evne og vilje til at

modificere og dermed skabe deres eget job, har en større evne til at tilpasse sig nye betingelser, fordi medarbejderne er i stand til at finde mening i de nye betingelser og indrette deres job derefter.

Jeg vil i det følgende pege på forskellige muligheder og begrænsninger for jobformning i sygeplejerskernes arbejde.

Konstruktion af arbejdets kerne

'Kerneopgaven' eller 'arbejdets kerne' er begreber, der har fået stor udbredelse i de senere år. Denne interesse for 'arbejdets kerne' kan føres tilbage til et forskningsprojekt, der dokumenterede, at i meget arbejde er det en stor belastning, at det er svært 'at få lov til' at koncentrere sig om arbejdets kerne. En medarbejder udtrykte: 'Bare vi kunne få lov til at passe vores arbejde', da han blev spurgt om, hvilke ønsker han havde til forbedring af det psykiske arbejdsmiljø (11).

Når man beskæftiger sig med 'arbejdets kerne', er én af de praktiske vanskeligheder imidlertid, at det kan være ganske vanskeligt at få hold på, hvad arbejdets kerne faktisk er. Arbejdets kerne kan være ganske diffus. Der kan være mange forskellige tolkninger af arbejdets kerne samtidig, og arbejdets kerne kan være under konstant udvikling. Dette gælder i høj grad for sygeplejerskernes arbejde. Om ændringer i arbejdes kerne i hjemmeplejen siger en sygeplejerske:

"Kerneopgaven er ikke, som da vi andre blev uddannede, når man er ansat i hjemmeplejen. I udskriver patienterne, inden de er færdigbehandlede set fra kommunerne, så det betyder, at de opgaver eller de ydelser, der skal løses af vores sygeplejersker, de er helt anderledes end de var for to, tre, fire, fem år siden. Det gør, at vi står i forhold til nogle udfordringer i forhold til et kompetenceløft. Der hvor vi i tidernes morgen var generalister, skal vi nu også være specialister" (Overordnet leder, sygeplejerske, DSR, 2015).

Sygeplejerskerne, både på hospitalerne og i hjemmeplejen, skal både være generalister og specialister. Det betyder, at arbejdets kerne ikke er særlig entydig eller klar. Det er nødvendigt, at sygeplejerskerne selv, sammen med deres kolleger, konstruerer arbejdets kerne.

I interviewene med sygeplejerskerne bliver det sagt gang på gang, at det centrale i sygeplejen er at 'man kommer hele vejen rundt' om patienten. Hvad det så faktisk vil sige, er dog noget uklart. En sygeplejerske siger:

"Det var lige det, jeg skulle til at sige. Netop det, at man får de forskellige aspekter med. Man tager ikke kun et udsnit af det, og det synes jeg, det vi egentlig oplevede rigtig meget eftersom, at man er blevet mere og mere specialiseret på mange afdelinger, at man sender nogen ind for eksempel med et medicinsk problem eller med et kirurgisk, men de kan have begge dele, men man fokuserer på det ene. Vi har oplevet, at folk kommer hjem, som ikke har fået lavet sårbehandling, mens de har været indlagt. Altså det var da dybt frustrerende, synes jeg" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

En anden sygeplejerske udtrykker det således:

"Det, jeg mest oplever, når det har været en god dag, er, at der må gerne være nogle faglige udfordringer, og specielt må de gerne lykkes, men også, at man når rundt om hele patienten. Jamen, det er alle kerneopgaverne i sygeplejen, kan man sige, at man kan nå rundt om dem. Hvad der så hører med" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

'At komme hele vejen rundt' indbefatter både, at sygeplejersken har øje for de mangfoldige helbredsmæssige komplikationer, patienten har, at sygeplejersken har forståelse for patientens følelsesmæssige tilstand, at hygiejne tages alvorligt, og at relationerne til pårørende indarbejdes.

Men hvor meget og hvordan skal man inddrage alle disse aspekter? Hvordan skal de forskellige opgaver prioriteres? Det er i høj grad op til sygeplejersken selv. Her lader sygeplejersken sig styre af sin egen opfattelse af, hvad der er 'arbejdets kerne', som hun har konstrueret sammen med sine kolleger hen over årene.

Det er centralt, at sygeplejerskernes arbejde er sådan struktureret, at der er plads til at sygeplejerskerne selv, sammen med deres ledere og kolleger, kan udvikle deres forståelse af 'arbejdets kerne'. Arbejdet skal derfor ikke styres i detaljer. For mange og specielt for restriktive standarder kan være en alvorlig hindring for at sygeplejerskerne selv kan præcisere 'arbejdets kerne', og dermed tage 'arbejdets kerne' til sig.

Styr på standarderne

Det er helt nødvendigt, at der er standarder for behandling, for dokumentation og for informationshåndtering i sundhedssektoren. Ellers ville det være helt umuligt at etablere et gnidningsfrit samarbejde i den enkelte afdeling, og det vil være umuligt at skabe koordinering mellem de forskellige niveauer i sektoren. Der er da også masser af standarder i sundhedssektoren – efter sigende omkring 52.000!

Standarder er nødvendige, men kritikken af den omsiggribende standardisering har været overvældende. Mange oplever, at standardiseringen fører til, at der skal udføres en lang række funktioner, som ikke kommer patienterne til gode, men som alene udføres for at imødekomme standarderne. Der bruges meget tid på dokumentation for at vise, at standarderne bliver fulgt. Standarderne, og den dokumentation, der følger med standarderne, er i vid udstrækning lagt ind i it-systemer. It-systemer, som kritiseres for at være for tunge og for ikke at kunne tale sammen.

Mange sygeplejersker oplever, at standardisering og dokumentationskrav har taget stærkt overhånd, og det opfattes som noget nær et overgreb mod dem, at de skal bruge tid og ressourcer på at leve op til nogle meningsløse standarder. En sygeplejerske udtrykker sin frustration således:

"Og hvad skal det bruges til? Altså vores operationsgang der skal, hvad hedder det, det er nogle operationssygeplejersker, der er på stuen. Hun skal gå ind i vores klinik og markerer, når patienten kommer til stuen, og så skal de lave det, de nu skal lave, og så skal hun markere, når patienten nu forlader stuen igen, og hvor mange patienter smider vi i skraldespanden? Altså hallo? Hvis de kommer ind på stuen, så forsvinder de nok også på et tidspunkt. Og nøjagtigt det samme skal narkosesygeplejersken i hendes klinik. Hun skal også markere den samme patient er kommet til stuen, og hun skal også markere, når patienten er afleveret på opvågningsen... Ja, vi spurgte på et tidspunkt: 'Hvorfor skal vi registrere, at de kører fra stuen også?'. Det har vi ikke fået noget svar på.... Jeg synes, de laver noget, der er unødvendigt. De skal hen og logge ind i systemet og sætte det der flueben og ud igen. Jamen, det er et irritationsmoment, fordi de egentlig hellere vil bruge energien på at vække patienten ordentligt og få dem overgivet ordentligt til den næste" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

I denne afdeling opfattes registreringen som unødvendig, irriterende og ydmygende. Men en sygeplejerske på en anden afdeling siger så, at hos dem har denne registrering ført til, at de har fået et bedre flow af patienter igennem afdelingen. En tredje sygeplejerske siger, at det er også det med patientsikkerheden. Hensyn til patientsikkerhed udløser ressourcer – men det giver også mere registrering. Eksemplet viser, at det er nødvendigt at have en diskussion af, hvad meningen med standarderne er. Og hvis man ikke kan finde nogen mening, så vil det mest fornuftige nok ofte være at ignorere standarden i håb om, at organisationen lukker øjnene for den forsømmelighed. Man kan gøre mere eller mindre ud af at efterleve standarderne. Som en leder siger:

”Men nogle ting kan du boykotte, og sige ’det gør vi simpelthen ikke her’, men det er jo ikke alt” (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Mange af de standarder, der køres efter, har relation til Den Danske Kvalitetsmodel. Der arbejdes på at bløde standarderne op, så man kun skal arbejde med de standarder, der giver mening i den praktiske sammenhæng. Men tilsyneladende er det endnu ikke en opblødning, man mærker blandt sygeplejerskerne.

Også den økonomiske styring af sundhedssektoren skaber indimellem nogle bureaukratiske procedurer, som det kan være meget vanskeligt at leve med for personalet. En sygeplejerske fortæller en historie om, hvordan økonomistyringen gør en fornuftig udførelse af arbejdet umuligt – hvis man altså ikke omgår reglerne:

”Jeg havde en mor i sidste uge, der var ude af en tangent. Hun har en syvårig dreng, måske fem, med brækket ben. Hun har fire børn og et folkevognsrugbrød. Jeg må ikke give hende en kørestol med hjem. En femårig kan ikke gå med krykker. Hun har altså tre andre børn, hun også lige skal tage sig af. Jeg må ikke give hende en kørestol med hjem. Hun kan ikke få fat i en fra kommunen, fordi det er

” Vi har for nylig, indført en mere ramme-sat tværfagligt samarbejde med de øvrige grupper i hjemmeplejen... Vi har rigtig store vanskeligheder med sektorovergange.

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

noget med noget et eller andet center, og der skal skrives nogen papirere, og hun skal måske gå rundt og jeg ved da godt, tre dage er ikke lang tid, men der sker jo ikke noget ved, at det der barn sidder på sofaen i tre dage, men hun kan heller ikke passe sit arbejde, eller køre de andre børn nogle steder hen. Hun skal gå og

bære på det her femårige barn med et brækket ben, fordi han må ikke støtte på foden. Og det der sker i det her bureaukati, hvis jeg nu kunne hente hende en kørestol, der kunne klappes sammen, så kunne hun tage hjem. Så var hendes liv... hun kunne passe sit arbejde, og der kom penge i statskassen. Så det ender jo med, at vi ”stjæler” en kørestol til hende. Jeg dokumenterer ikke nogen steder. Jeg giver den til hende, og hun lover at snige den ind og stille den i forhallen, når hun er færdig med at bruge den. Hvad er det for noget?” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Dette er et eksempel på jobformning, når det fungerer! Sygeplejersken bryder reglerne. Faktisk kan man anklage hende for at stjæle. Men sygehuset mister ikke noget, for kørestolen leveres tilbage igen, og der skabes sammenhæng i familiens liv.

Afslutning

Udvikling af en ’ansvarlig autonomi’ i sygeplejerskernes arbejde kan være en tilgang til at reducere belastningerne i arbejdet. ’Ansvarlig autonomi’ vil ikke i sig selv reducere arbejdsmængden, men med bæredygtige rytmer og en jobformning, der gør sygeplejerskerne til medskabere af deres eget arbejde, vil arbejdet blive mere meningsfuldt, samarbejdet vil blive styrket, og arbejdet vil glide lettere. ’Ansvarlig autonomi’ reducerer ikke uforudsigeligheden i sygeplejerskernes arbejde, men ’ansvarlig autonomi’ kan gøre det lettere at håndtere uforudsigeligheden. ’Ansvarlig autonomi’ i arbejdet kan bidrage til, at de arbejdsopgaver, der opleves som meningsløse, bliver nedprioriteret, til fordel for de opgaver, der opleves som de vigtige. ’Ansvarlig autonomi’ kan ændre oplevelsen af

standarder fra at være en begrænsning i dagligdagen, til at være en hjælp i dagligdagen.

Sygeplejerskerne er en faggruppe, der igennem årtier har udvist en stor grad af 'ansvarlig autonomi'. Men den ansvarlige autonomi bliver ofte undermineret af systemer, organisationsændringer og nye standarder.

Det koster ikke meget at skabe en høj grad af 'ansvarlig autonomi'. Men det kræver mod. Det kræver mod fra ledelsens side at give sygeplejerskerne 'ansvarlig autonomi'. Det kræver også mod fra sygeplejerskernes side at tage 'ansvarlig autonomi', når det meste er under forandring og arbejdspresset stiger.

Der er heldigvis mange eksempler på, at dette mod findes.

Litteratur

- 1 Karasek, R. & Theorell, T. (1990): *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic.
- 2 Pink, Daniel (2009): *Drive: The surprising truth about what motivates us*. Conongate.
- 3 Hvid, H. (2014): Socioteknik som samfundsforandring. *Tidsskrift for Arbejdsliv*. 14/4. Højbjerg: Werks Grafiske Hus.
- 4 Trist, E. & Bamforth, K.W (1951): Some Social and Psychological Consequences of The Longwall Method of CoalGetting. *Human Relations* 4(1), 338. London: Tavistock Publications Ltd.
- 5 Gittell, Jody Hoffer (2012): *Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København, Munksgaard.
- 6 Kellerman, B. (2014): *Farvel til lederskabet*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- 7 Kristensen, T. S. (2008): *Psyisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker*. København: DSR.
- 8 Gittell, J. H. (2012): *Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet*. København: Munksgaard.
- 9 Wrzesniewski, A. & Dutton, J.E. (2001): Crafting a job. *Revisioning employees as active crafters of their work*. *Academy of Management Review*. 26.179-201.
- 10 Berg, J.M., Dutton, J.E., Wezesniewski, A. (2007): *What is Job Crafting and Why does it Matter*. Michigan: Ross School of Business.
- 10a Berg, J.M., Dutton, J.E., Wezesniewski, A. (2007): *What is Job Crafting and Why does it Matter* (s. 5). Michigan: Ross School of Business.
- 11 Sørensen, Ole H. red. (2008): *Arbejdets kerne: Om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund.

Anerkendelsesbehov og krænkelserfaringer i sygeplejerskers arbejdsliv – nye omdrejningspunkter i arbejdsmiljøarbejdet?

Af Lektor, ph.d. Janne Gleerup, Roskilde Universitet

Indledning

Alle mennesker er fra naturens hånd udstyret med et basalt behov for anerkendelse. Det hævder den tyske teoretiker Axel Honneth, der i sin teori om anerkendelse udforsker, hvad der skal til, for at mennesker kan opleve vellykket identitetsdannelse og blive hele mennesker til gavn dem selv, såvel som det samfund de skal bidrage til vedligeholdelse og udvikling af. Vellykket identitetsdannelse forudsætter, ifølge Honneth, at vi oplever en vis grad af anerkendelse og spares for dennes modsætning – krænkelser. Et ansvarligt samfund må derfor altid være optaget af, om det tilvejebringer rimelige anerkendelsesbetingelser, dvs. giver bedst mulig plads for borgernes mangfoldige udfoldelsesbehov indenfor de rammer, vi i fællesskab sætter. Anerkendelsesbehovet melder sig selvsagt også i arbejdslivet, hvor mange og ofte modsætningsfulde forhold øver indflydelse på det daglige arbejde. Det er artiklens ambition at illustrere, hvordan et fokus på anerkendelsesbehov og krænkelserfaringer blandt sygeplejersker kan kaste lys over arbejdsmiljøproblemer og de muligheder, vi har eller kan udvikle, for at fremme et arbejdsliv præget af større trivsel og kvalitet i opgaveløsningen.

Med kritisk brod kunne man hævde, at ordet "krænkelserfaringer" umiddelbart smager af halvhøjtideligt klynk. Det er vel kun de lidt for ærekære typer som let føler sig krænkede? Jeg medgiver, at en hverdagslig fortolkning af ordet "krænkelserfaringer" intuitivt har en sådan bismag, men holder alligevel fast ved begrebet, idet det samtidigt også er meget præcist betegnende for de oplevelser, som medarbejdere indenfor mange forskellige områder af den offentlige sektor fortæller om, når jeg gennem min forskning interviewer og observerer dem i deres arbejdsliv. Også krænkelserfaringens positive modbegreb "anerkendelse" kan konnotere til lidet flatterende forståelser. Defineres anerkendelsesbehovet som et krav, får det let en snert af selvretfærdig hævelse og kan anspre den misforståelse, at andres anerkendelse er noget, man pr. definition har ret til. Hertil

kommer, at en række moderne managementkoncepter anvender anerkendelsesbegrebet på ganske andre måder end Honneth. Det kan f.eks. være i form af imperativer om, at man skal udstråle positivitet, "tage nejhatten af", eller huske at rose en kollega eller medarbejder mindst en gang om dagen osv. Det anerkendelsesbegreb, som denne artikel opererer med, har ikke til formål at fortrænge kritik eller fremmane positivitet, hvor det ikke hører til. Tværtimod stræber det efter en udvidelse af medarbejdernes deltagelsesmuligheder i diskussions- og beslutningsprocesser på flere forskellige niveauer, hvorved såvel gode idéer som kritiske vurderinger kan nyttiggøres som kvalificerende input i de mange omstrukturingsprocesser, der præger udviklingen i sygeplejerskernes arbejdsliv. Et første skridt i en sådan ambition handler om overhovedet at få indsigt i sygeplejerskernes hverdagslige erfaringer fra arbejdet.

Artiklens grundlag og opbygning

Fremstillingen trækker på indsigter fra en række gruppintervjuer med sygeplejersker, der aktuelt arbejder i forskellige funktioner som menige sygeplejersker, tillidsvalgte og ledere på forskellige områder og niveauer i det danske sundhedsvæsen. I interviewene har jeg, i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd, søgt at opnå indblik i, hvordan sygeplejersker oplever udviklingen i sygeplejen og betingelserne for at udføre fagligt forsvarligt arbejde på meningsfulde måder. Vi har efterspurgt sygeplejerskernes erfaringer med såvel arbejdets som arbejdsmiljøets udvikling, samt mulighederne for at opnå indflydelse herpå. Sammenholdt med en række allerede udarbejdede analyser af udviklingen på sundhedsområdet, tegner der sig et billede af et arbejdsmiljø under pres og et fag som – ikke mindst foranlediget af de senere års hårde nedskæringer – oplever, at vigtigheden af deres arbejdsindsats er under angreb. Og det med negative konsekvenser for sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

I artiklen vil jeg først introducere kort til anerkendelsestilgangen, og den måde den kan hjælpe nye indsigter og handlemuligheder på vej i relation til arbejdsmiljøproblematikker. Herefter vil jeg, med anerkendelsesbrillerne på, fremhæve nogle typiske eksempler på aktuelle og uløste arbejdsmiljøproblestillinger, for herved at ansøre diskussionen om, hvorfor arbejdsmiljøet på dette, for vores liv og samfund så vigtige velfærdsområde, skal styrkes. I forlængelse heraf vil jeg argumentere for, at anerkendelsesperspektivet kan inspirere de faglige organisationers måde at bedrive interessevaretagelse på, og det på måder, som kan binde arbejdsmiljøproblematikken tættere til de i offentligheden altid igangværende diskussioner om kvalitet og prioritering i sundhedssektoren. Før vi kommer så vidt, er det imidlertid nødvendigt at opstille nogle præmisser, som artiklen tager afsæt i.

Samfundspolitisk point of departure

Egentlig ligger det lige for at identificere sammenhængen mellem arbejdsmiljøet, ressourcerne og kvaliteten i og af det udførte sygeplejearbejde. Alligevel forekommer det uhyre vanskeligt at bringe denne sammenhæng i spil i den bredere sundhedspolitiske diskussion. Ofte drejer diskussioner sig kun om ressourcer – eller prioritering af disse ift. patientgrupper, sygdomme og medicinindkøb. Nogle gange bliver også borgernes oplevelse af serviceniveauet diskuteret, men betydningen af sygeplejerskers arbejdsmiljø er en komponent, som ofte viskes ud af ligningen.

En stor barriere for, at arbejdsmiljøets vigtighed kan dagsordensættes, relaterer sig til gennemslaget af New Public Management (NPM) i den offentlige sektor. Der er her tale om et moderniseringskoncept, som ikke medtænker betydningen af arbejdsmiljøet og som i sin grundform ikke er udviklet til arbejdsområder, hvor kvalitative aspekter er i forgrunden, som det f.eks. gælder omsorg og syge-

pleje. NPM er samlebetegnelse for en række logikker og tiltag som baserer sig på økonomistyring og organisationsformer fra det private erhvervsliv og industrisamfundets produktionsforståelser. NPM-gennemslaget indebærer overordnet en gradvis, men meget gennemtrængende, indskrænkning af demokratisk indflydelse, idet prioriteringen af det offentlige forbrug bevæger sig fra at være underlagt demokratisk, dvs. politisk kontrol, til markedskontrol, hvor prioriteringer i ren form bestemmes af udbud efterspørgselsmekanismer.

Ved indførelse af markedsmekanismer bliver arbejdsopgaver til ydelser, som alle skal kunne måles og vejes, ikke mindst med henblik på konkurrenceudsættelse. Effekten heraf er bl.a., at der sker en instrumentaliserings af arbejdet. Komplexiteten i det sygeplejefaglige arbejde er imidlertid alt for stor og sammensat af ikke målbare elementer til, at NPM-redskaberne på dækkende vis kan løfte effektiviserings- og udviklingsopgaverne i faget. Selvom det i den offentlige debat undertiden lykkes for sundhedsrådets faggrupper og deres organisationer at påpege, hvordan arbejdsmiljøproblemer udspringer af f.eks. NPM-tiltag, og selvom de peger på, hvordan det går ud over kvaliteten af det

” Nogle gange bliver vi nødt til at synliggøre det her et helt andet sted, og det er sådan mere ud i samfundet. For jeg tænker også, at vi er de varme hænder, det er jo det, vi hele tiden hører. Nej, vi er kraftedeme professionelle, sundhedsprofessionelle, dygtige, dygtige medarbejdere, der har taget en mellemlang videregående uddannelse, og har rigtig meget erfaring og viden, og det er dét, vi skal have frem.

Sygeplejerske, DSR, 2015

arbejde de udfører, får diskussionen om andre udviklingsveje ikke for alvor fat. De bagvedliggende årsager hertil er komplekse, her skal udvalgte fremhæves.

På det helt overordnede plan kan man sige, at i forbindelse med, at Folketingets partier gennem de seneste årtier gradvist har opgivet videreførelse af den klassiske velfærdsstat, har velfærdspolitikens ”hvorfor”, altså dens ideologiske begrundelse, mistet terræn ift. til diskussionerne om dens ”hvordan”, altså spørgsmål om metoder og organisering. I

den tøvende ideologiske søgen efter en ny værdipolitisk samfundsvision samles de politiske partier fra højre til venstre bredt set om begrebsdannelsen konkurrencestaten – i lyset af hvilken, en stærkt økonomisk orienteret ’nødvendighedens politik’ kan udfoldes og legitimeres som andet og mere end praktiske omstillinger i velfærdsarbejdets organisering og prioritering. Man kan på den måde sige, at ”konkurrencestaten” fuldstændiggør NPM-konceptets logikker som et politisk projekt, nu formuleret alment som en egentlig samfundsvision, fremfor blot at være værktøjskasse for effektiviseringer af velfærdsarbejdet.

Herved forvandler politiske beslutninger sig gradvist til administrative afgørelser styret af økonomiske beregninger. Polemisk udtrykt kan man sige, at om der skal være et bibliotek i en mindre provinsby, afgøres i den optik ikke af politiske eller dannelsesmæssige velfærdsvisioner, men snarere ved et hurtigt tjek af udlånsomfanget. Hvis dette er lavt, kan biblioteket lukkes – der var jo ikke efterspørgsel på varen. Man kan definere denne udvikling som bevægelsen væk fra det værdipolitisk forankrede velfærdssamfund baseret på politisk kontrolleret udbudsstyring, over mod økonomisk kontrolleret efterspørgselsstyring i konkurrencestaten.

Kampen for at få anerkendt arbejdsmiljøets betydning for den gode velfærd stilles ikke stærkere af denne drejning, nærmest tværtimod. Ligesom arbejdsmiljøet er stort set fraværende i NPM-logikken, er konkurrencestatens orientering mod præstationer og målbare resultater ikke umiddelbart gearret til at indtænke forhold, som rækker ud over regnestykket for, hvordan Danmark hurtigst muligt kan bringe sig i spidsen af den globale konkurrence. De værdipolitiske spørgsmål om, hvordan vi egentlig gerne vil leve og være sammen, udgrænses under denne stærke dagsorden fra velfærdsdiskussionerne. I perspektivskiftet fra hvorfor til hvordan sker der således en afpolitisering af velfærdsdebatten, som får den betydning for de offentligt ansatte, at de i stigende grad er overladt til dem selv, ift. at etablere eller (re)konstruere en meningssammenhæng, hvori deres arbejdsindsats kan indskrives. Mange offentligt ansatte vægrer sig mod de reformtiltag, som skal anspore dem til at anskue arbejdets mening ud fra virksomhedsøkonomiske logikker. De er oprindeligt ikke søgt ind i eksempelvis omsorgsfagene ud fra en interesse i at optimere og skabe afkast, men ud fra ønsker om at bidrage til andres livskvalitet ud fra en tilegnet faglighed. I interviewene til grund for denne antologi, er der således talrige eksempler der viser, at sygeplejerskernes helhedsorienterede, almenmenneskelige og samfundsrettede nyttebegreb ikke anerkendes i NPM-logikken. I denne handler nytte alene om produktivetsforbedringer stimuleret gennem målingspres og intern konkurrence mellem offentlige enheder og mellem medarbejdere. Herved udgrænses bredere ansvarlighedsdimensioner og orienteringer i medarbejdernes motivation. For eksempel påpeger sygeplejerskerne, hvordan økonomiske strukturer aspirerer til kassetænkning internt på sundhedsområdet, og det på måder, som kortslutter essentielle samarbejdsrelationer og meningsfulde arbejdsgange og tilmed fordyrer plejen i det store husholdningsregnskab.

At arbejdsmiljøspørgsmålet står svagt, skyldes imidlertid ikke kun, at NPM er det dominerende styringsrationale, eller mere overordnet, at den klassiske velfærdstat synes at være løbet tør for ideologiske fremtidsvisioner. Det skyldes også, at årsagssammenhænge i arbejdslivets problemstillinger over tid er blevet mere komplekse, hvorfor også arbejdsmiljøproblemers oprindelse og overvindelse bliver stadigt mere vanskelige forhold at håndtere. Det gælder ikke mindst de voksende psykiske arbejdsmiljøproblemer, som rammer stort set alle brancher. Det er en basal tese i nærværende artikel, at vi er nødt til at udvikle mere tværgående forståelser af og tilgange til

” *Leankonsulenten skal jo se på de her lidt mere effektive måder at gøre tingene på, så vi kan få ydelsestallene op. Det er sådan en Toyota fabrik: Kan vi få nogle flere biler på markedet?(...) Og de her skemaer skal hænge, så alle kan se dem, så alle kan se, hvordan udviklingen går, produktiviteten går. Sådan noget er jo vældig, vældig frustrerende. Sådan noget er med til at skabe stress. Jeg tænker: Hvad gør det ikke også ved patienten? Og det rammer også min faglighed. “Okay, kan du se, du er en bil? Vi er blevet så gode til at køre jer igennem, blive hurtigere, afslutte jer og få jer ud på markedet igen. Er det ikke fantastisk, at blive set som en ting og ikke et menneske?*

Sygeplejerske, DSR, 2015

arbejdsmiljøarbejdet. Forståelser og tilgange som spænder fra det individual-psykologiske niveau over arbejdspladsen til det bredere samfundspolitiske niveau – præcis som de problemstillinger fra hverdagens sygeplejeliv, der nedenfor skal fremhæves.

Arbejdsmiljø med anerkendelsesbriller – sygeplejerskernes krænkelserfaringer

Som nævnt i indledningen er udgangspunktet hos Honneth, at anerkendelsesbehovet er et almenmenneskeligt behov, og anerkendelsesbetingelserne i samfundet er afgørende for, at vi som individer og grupper kan trives. Anerkendelsesbehovet udgør en drivkraft og motivationsfaktor, som kan sætte forandringer i gang, når mennesker samles om uretfærdige erfaringer, og sammen modner et udadrettet handlebehov. Anerkendelsesbehovet er på den måde i praksis drevet af sin modsætning – krænkelserfaringer – som truer vores personlige integritet og gør os sårbare. Når vi ikke magter at tage del i anerkendelseskampen, eller ikke får lov at deltage, virker krænkelserfaringer ofte indad som opgivelse, oplevelse af meningstab, stress, depression eller andre individualiserede udtryk for mistro. I statistikkerne kan det udmønte sig i sygemeldinger, ligesom stadig flere sygeplejersker i disse år søger helt væk fra faget eller efteruddanner sig, så de kan forlade sygeplejens maskinrum. Skal denne udvikling vendes, er det afgørende, at vi har et klart billede af, hvad de alvorlige krænkelserfaringer består i. De empiriske eksempler, som jeg nu vil præsentere, handler alle om, hvordan sygeplejersker oplever forskellige typer af krænkelser i det sygeplejefaglige arbejdsliv. Krænkelser og problemstillinger, som hver for sig virker uløselige, men som de faglige organisationer kan blive langt bedre til systematisk at indsamle, politisere og indarbejde i interessekampens forskellige maskinrum.

Arbejdets usynlige komponenter

“Det er jo som om, at det, der er vores kerneydelse, og det, der hører til det, er ting som ikke rigtig er målbare. Det er det, vi ikke bliver anerkendt for” (Sygeplejerske, DSR 2015).

Udsagnet ovenfor spidsformulerer en helt central problematik i sygeplejerskernes arbejdsmiljø, som handler om, at mange af de dimensioner i arbejdet, som sygeplejerskerne tillægger værdi og anser som kerneaktiviteter i sygeplejen, usynliggøres i den udvikling, som NPM og andre tiltag fremmaner i deres arbejdsliv. En sygeplejerske med mellemlideransvar forklarer:

“Der er alt for mange af sygeplejerskens opgaver, som er alt for udefinerede. (...) Hvis vores sygeplejersker prioriterer og kan se at: Nu er det vigtigt, at jeg sætter mig ned og bruger tid på at snakke med patienten på sengekanten, eller sætter mig ud i pårønderummet og taler med de pårørende, og så bruger jeg tid på det. Så er der måske nogle opgaver, som jeg ikke når. Men det er jo ikke defineret nogen steder. Det er bare sådan en luftig opgave, der er der. Og sådan er det med rigtig mange opgaver” (Mellemlider, Sygeplejerske, DSR 2015).

Et andet usynligt aspekt i arbejdet angår sygeplejerskernes særlige forudsætninger for at varetage helhedsperspektivet i opgaveløsningen, hvad de ser som garant for kvalitetssikringen. Det forklares herom:

“Sygeplejersker kan i sundhedssystemer i hvert fald reflektere på en måde, som ingen andre har lært. Det, synes jeg, er en af vores helt store styrker. Vi kan se hele vejen rundt om patienten, og vi kan reflektere på en anden måde, end de andre faggrupper i systemet har lært at gøre” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Sygeplejerskerne oplever imidlertid, at denne helhedsorientering overses eller nedvurderes i tilliden til, at nye altomfattende styringssystemer overtager denne opgave. De peger på, at de it-systemer, som

skal sikre dokumentation og kommunikation i sektoren, kunne forbedres, hvis sygeplejerskernes helhedsorientering blev nyttiggjort i udvikling og indretning af systemerne:

"Og brug os, også i forhold til it – for Guds skyld brug os! For det er jo lige præcis det, vi har styr på. Og det er det, vi har brug for, til at kunne give den bedst mulige sygepleje. Og lægerne vil helst ikke, psykologerne vil heller ikke så gerne. Brug da os til at være med til at sætte dagsordenen i forhold til det og systemerne" (Sygeplejerske, DSR 2015).

Sygeplejerskerne er opmærksomme på, at de usynlige funktioner i sygeplejen aktivt skal synliggøres som del af sygeplejefagligheden, hvis man skal opnå større kollegial og ledelsesmæssig forståelse:

"Jeg oplever faktisk, at forståelsen for de opgaver, og den tid de opgaver tager at udføre, den er utroligt lille blandt andre faggrupper, som vi samarbejder med, og opad til i ledelsessystemet. Der er simpelthen ikke forståelse for, hvor meget tid opgaver egentlig tager". (Mellemlæder, sygeplejerske, DSR, 2015).

Sygeplejerskernes implicite

anerkendelsesbehov rækker også ud i den bredere samfundspolitiske diskussion, idet de peger på, at øget anerkendelse forudsætter politisk og samfundsmæssig respekt for dem, som andet og mere end "varme hænder":

"Nogle gange bliver vi nødt til at synliggøre det her et helt andet sted, og det er sådan mere ud i samfundet. For jeg tænker også, at vi er de varme hænder, det er jo det, vi hele tiden hører. Nej, vi er kraftedeme professionelle, sundhedsprofessionelle, dygtige medarbejdere, der har taget en mellem-lang videregående uddannelse, og har rigtig meget erfaring og viden, og det er dét, vi skal have frem" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Skal de negative arbejdsmiljømæssige effekter af usynliggjorte komponenter i sygeplejearbejdet modvirkes, skal der udvikles metoder til systematisk at få identificeret og værdsat de usynlige, men centrale elementer i sygeplejearbejdet. Elementer som aktuelt står svagt eller helt udrenses af opgavebeskrivelserne. En fagpolitisk indsats for at styrke disse opgavers værdi kan – hvis det følges forpligtende op af relevante beslutningstagere – fremme større faglig tilfredsstillelse, som igen er genvej til et bedre arbejdsmiljø i hverdagen.

Nedskærings krænkende effekter

En anden vigtig problematik angår erfaringerne fra nedskæringer, som ofte fører til at sygeplejerskernes praktiske og administrative opgaver forøges. De tillidsvalgte peger således i interviewene til grund for denne antologi på, at faggruppen lider under at være for flinke, og derfor ikke får sagt fra, når nedskæringer på andre områder forøger sygeplejerskernes opgavemængde:

” Det som frustrerer mig, når jeg hører politikerne, det er, at de altid slutter af med at sige: ”Borgerne skal ikke være urolige for det her, det giver ingen kvalitetsforringelse, men det kan være, det koster på serviceniveauet”. Jeg har faktisk brug for, at de definerer, hvad de tænker med serviceniveau. Fordi, der er rigtig meget service og omsorg i vores – altså, hvad er det, de tænker, vi ikke skal gøre?...

Sygeplejerske, DSR, 2015

”Det er som regel hos os den ender, hver gang andre skal spare. For eksempel, så skal de spare i blodbanken, lave om på runderne og så skal plejegruppen selv tage akutte blodprøver uden for runderne. Så skal køkkenet spare. Så ændrer de lige på mad; så kommer det op på pap og plastik. Så har vi dobbelt så meget service, vi selv skal ordne. Vi har skrald osv. Hvor vi måske også skal være bedre til at kæmpe og sige: ”Prøv og hør her, så må I samle det skrald selv altså, eller også må I lade en følge med fra serviceafdelingen til at gøre de ting” (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Selvom sygeplejerskernes helhedsorientering grundlæggende defineres positivt, kan den ved nedskæringer give bagslag, idet de ofte føler sig forpligtede til at kompensere for, at støttefunktioner andre steder spares væk. Det er krænkende for fagidentiteten at blive degraderet til ”oprydder”, og det er konfliktfyldt at starte interne kampe om arbejdsdeling. En fagpolitisk understøttet arbejdsmiljømæssig indsats handler her om at sikre en infrastruktur i samarbejdet, som stærkere end i dag kan afdække og håndtere problemer som opstår, når opgaver ændres eller forskyder sig mellem faggrupper som konsekvens af besparelser.

Dokumentationskrav som mistillid til de fagprofessionelle

Indenfor NPM-rationalet styres der først og fremmest via økonomiske incitamenter. Menneskesynet bag konceptet hviler på antagelsen om, at vi mennesker stimuleres til at yde, når vi befinder os i konkurrencemiljøer, men at vi i udgangspunktet ønsker at unddrage os arbejdet, når det er muligt. Lav tillid til medarbejderne følges af et syn på motivation som forankret i ydre forhold, positivt f.eks. i form af løntillæg, negativt i form af stærk kontrol. Mange sygeplejersker oplever denne tilgang krænkende, som det f.eks. fremgår af følgende beretning om dokumentationskrav indenfor hjemmesygeplejen:

”Det føles som en mistillidserklæring til, at man er en ambitiøs sygeplejerske, at man hele tiden skal slave ind med den sindssyge lille computer. Og så skal man sidde med en pind og finde tastaturet og skrive ”3 min. er brugt på at dryppe øjne hos fru Jensen”. Og ned i bilen og kørselstid og blablaba”. (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Når systemer ikke matcher opgaven

Offentlige reformtiltag baseres typisk på modelteoretiske organisations- og medarbejderkoncepter, som i udgangspunktet er kontekstafhængige og ikke tilpassede til arbejdets særlige karakter. Ofte er de heller ikke designede til at integrere medarbejdererfaringer. En typisk og arbejdsmiljømæssigt alarmerende krænkelsererfaring handler således om, at medarbejderne ikke har mulighed for at gøre deres professionelle ekspertise gældende i relation til de styresystemer, produktivitetsmål og kvalitetskriterier, som opstilles oppe- eller udefra. Denne moderniseringspolitiske tendens svækker de faglige argumenters rolle og kan føre til et fagligt, demokratisk underskud, for så vidt at medarbejderne brænder inde med vital viden, som kunne bidrage til såvel effektivisering som kvalitets sikring af arbejdet. Men det betyder også, at medarbejderne skal bruge tid på at organisere arbejdet på trods af de systemer, som egentlig burde understøtte planlægningen. Medarbejderne giver flere eksempler herpå, bl.a. i relation til rammer omkring udskrivelse af patienter:

”Jeg skeler da rigtig meget til, hvor kan man optimere, og mine sygeplejersker, de er selvtilrettelægende. De bruger sindssygt lang tid på at disponere hver eneste dag. Og det gør de, fordi man har lavet sådan et system, som jo blev solgt som, at man bare skal lægge de her besøg ind, så kører de som

perler på en snor, men det er jo slet ikke tilrettelagt efter, at det er mennesker, der er i den anden ende. Så popper der en udskrivelse op, den har en tid på en 45 minutter, men det er sådan en aldrig. For borgerne kommer altid hjem med medicin, der ikke passer – en masse uafklarede spørgsmål. Hvis vi har en udskrivelse, der tager halvanden time, så er det en god udskrivelse. Og sådan passer systemet bare ikke til mennesker” (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Kvantitative systemer for arbejdets organisering skaber principielt gennemsigtighed og kan teoretisk set fremme effektivisering, men effekten kan også være en instrumentaliserings, dvs. at kvalitative og menneskelige aspekter i arbejdet falder uden for perspektivet. Heraf afledte krænkelserfaringer kan over tid sætte dybe spor, når medarbejderne gang på gang oplever, at nye dyre systemer ikke etablerer en meningsfuld sammenhæng mellem arbejdets egenart og rammerne for dets udførelse.

Med de tiltagende dokumentationskrav følger også, at fejl og klager nu ekspliciteres bredere end tidligere. Det øger sårbarheden og giver anledning til frustration, når man ikke kan forklare sig eller tage til genmæle over for de oplysninger, som spredes gennem systemerne:

Det, der står, er, at jeg har været uengageret og uomsorgsfuld og ikke udført mit arbejde tilstrækkeligt

korrekt (...) Altså jeg kan bare sige, er der én ting, jeg aldrig har været, så er det uengageret. Der står simpelthen på et stykke papir, som nogle mennesker, jeg slet ikke kender, skal læse. De har aldrig set mig” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Sådanne erfaringer af at blive udstillet, uden kunne forklare sig, fører tendentielt til, at sygeplejerskerne i stigende grad dokumenterer for at sikre sig selv, fremfor af hensyn til plejen. Fokus flyttes fra faglige formål til selvbeskyttelse. En sygeplejerske forklarer afmægtigt herom:

”Det er faktisk en af hovedårsagerne til, at man gør det. Det er ikke for at informere om patienten, men for at sikre sig selv. Men samtidig bliver det også vores død, fordi vores job er jo ikke sådan et, hvor vi kan dokumentere alt, vi kan ikke måle alt” (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Som det fremgår, bliver sygeplejerskerne herved fanget i et dilemma, idet de er nødt til at dokumentere, men føler sig pressede til først og fremmest at gøre det for at beskytte dem selv:

”Om du så løber med syv poser blod under armene, og der kommer otte læger løbende: ”Hvad, kan min farmor få et glas saft? Ja, din farmor går frit rundt og skal hjem om en time, så måske hun selv

” *Jeg skeler da rigtig meget til, hvor kan man optimere, og mine sygeplejersker, de er selvtilrettelæggende. De bruger sindssygt lang tid på at disponere hver eneste dag. Og det gør de, fordi man har lavet sådan et system, som jo blev solgt som, at man bare skal lægge de her besøg ind, så kører de som perler på en snor, men det er jo slet ikke tilrettelagt efter, at det er mennesker, der er i den anden ende. Så popper der en udskrivelse op, den har en tid på en 45 minutter, men det er sådan en aldrig. For borgerne kommer altid hjem med medicin, der ikke passer – en masse uafklarede spørgsmål. Hvis vi har en udskrivelse, der tager halvanden time, så er det en god udskrivelse. Og sådan passer systemet bare ikke til mennesker.*

Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015

kunne hente det ikke?" Altså, de bliver nærmest snotfornærmede. De ved ikke i dag, hvad de klager over. Der er jo klager over alt nærmest (...) Hvis man så ikke har dokumenteret, at man sagde: "Nej, jeg kan desværre ikke hjælpe med det glas saft lige nu. Det må du tage senere" Så kommer der en klage over, man ikke vil give patienter noget at drikke, hvor jeg har det sådan; jamen skulle jeg gå ind og dokumentere, at jeg ikke havde tid? Så kunne jeg ligeså godt have givet det der glas saft, altså. Og det er også et pres, der ligger på personalet" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Oveni dette oplever de, at de hermed bidrager til at save den gren over, som de selv sidder på, idet de støtter op om et system, som usynliggør eller forvrænger det væsentlige i arbejdet. En arbejdsmiljø-mæssig indsats handler her om at afklare, hvordan dokumentationsprincipper, uden at forringe patienternes retssikkerhed, bedre kan tage hensyn til de faglige dilemmaer som medarbejderne havner i.

Standardisering overfor idealer om patientcentreret pleje

En anden kilde til krænkelse er de mange nye standardiseringer af arbejdet, som sygeplejerskerne oplever underminerer det faglige skøn i sygeplejefagligheden:

"Problemet er også, at vi har pakkeforløb. Det er jo noget af det mest frustrerende indenfor psykiatri, fordi, de her mennesker, vi får ind, de er jo unikke. En depression kan jo vise sig på mange måder. Der kan være rigtig meget bagved. Du har 18 timer, og det er i gruppe, ellers kan du få seks individuelle timer her hos mig, og så er du næsten rask" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

De stærke standardiseringstiltag står i kontrast til populære politiske paroler om patientnærhed og patientcentrering som forudsætter, at der anlægges et individuelt blik på den unikke patient. Med ironisk brod kommenterer sygeplejerskerne den manglende sammenhæng mellem politiske idealer og praktiske realiteter. Bagved ligger imidlertid en faglig smerte, idet medarbejderne jo ønsker at udfolde det faglige skøn på en ansvarsfuld og helhedsorienteret måde. De ufleksible detailregulerede arbejdsbeskrivelser tvinger dem til at prøve at undgå den ikkeprogramsatte kontakt til borgerne. En sygeplejerske forklarer herom:

"Jeg føler ikke, jeg gør det godt nok. Og man skal helst ikke spørge fru Hansen om, hvordan hun har det, fordi; tænk sig hvis hun kom til at sige, at hun havde ondt et andet sted end dér, hvor jeg skulle tage mig af. Så er tiden ikke til at gøre noget ved det, fordi jeg har en køreplan, der siger spar to" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Modsætningsfyldte ledelsesstrategier

NPM er ikke den eneste inspirationskilde i moderniseringspolitikken. Også koncepter, som trækker på mere kvalitative og humanistiske forståelser af samspillet mellem menneske og organisation, øver indflydelse på den reformpolitiske praksis. Der arbejdes således også flere steder med koncepter, som søger at finde indre motivationskilder så som skabertrang, meningsfuldhed, samarbejde og forskellige etiske eller følelsesmæssige aspirationer til grund for opgaveløsningen. Ofte styres arbejdspladserne af et ureflekteret mismask af modsatrettede inspirationskilder og strategier. En leder beskriver, hvordan der styres behårdt ud fra NPM i økonomistyringen, samtidig med at man i relation til arbejdsorganisering investerer i mere bløde koncepter som eksempelvis "Relationel Koordinering", hvor anbefalingerne til arbejdspladsudviklingen er stik modsatte af dem, som udspringer af NPM-forståelsen:

"I regionen indkøbte man en meget dyr professors teori, der skulle implementeres: Jody Gittels teori om relationel koordinering. Og i den teori har man blandt andet et aspekt, der siger, at det betaler sig

at investere i mellemlederen (...) Forskning har blandt andet vist, at det betaler sig virkelig at investere i mellemlederen, fordi det er mellemlederen der skal være coachen overfor medarbejderne. Den relationelt koordinerende tilgang skulle implementeres i regionen. Samtidig med det, så går man ind og vil lave en ny ledelsesstruktur, fælles ledelsesorganisering, hvor man laver et begreb "standard control", hvor man simpelthen fjerner antallet af mellemledere, fordi de skulle have flere medarbejdere. Det var stik modsat den teori, som man nu havde købt til at implementere. Så laver man en ny ledelsesstruktur, som er fuldstændig modsat den teori, som man nu har satset så stort på og mange foredrag, der kommer af den professor der kommer over og skal rundt omkring på hospitalerne og til store ledelsesmøder og så videre. Og det frustrerer medarbejderne, fordi de kender også godt til de her tilgange" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Fra en anerkendelsesorienteret arbejdsmiljøvinkel bliver det her tydeligt, at medarbejderne krænktes af, at et koncept som potentielt kan understøtte faggruppernes konstruktive samarbejde overrules af mere økonomistiske ledelseslogikker. Fagpolitisk skal en indsats målrettes de højere ledelsesstrategiske lag, hvor sådanne beslutninger tages. I interviewmaterialet gives der udtryk for et ønske om at være bedre klædt på til at navigere strategisk, så medarbejderrepræsentanterne ikke altid er på bagkant af udviklingsscenerierne. Et ønske som også bekræftes af andre undersøgelser af tillidsvalgtes vilkår. Se f.eks. henvisninger hertil i Jørgensens og Dalsgaards artikel i nærværende antologi.

Fra fagenes samarbejde til markedets forretningsrelationer

For medarbejderne får nye ledessystemer og nye forståelser af det offentlige tilbuds formål og indhold betydning på flere niveauer. I dagligdagen opleves det, at traditionelle arbejdsfællesskaber omorganiseres på måder, som svækker det faglige arguments værdi. Samarbejdsrelationer omformuleres til forretningsforbindelser, og der indgås kontrakter om leverancer og opstilles produktivitetskrav. Markedsgørelsen betyder, at der opstår et stort bureaukrati internt på sygehuse og i samspillet mellem primær og sekundær sektor. Medarbejderne er kritiske over for denne udvikling. En sygeplejerske ærgres sig over, at de nye virksomhedsøkonomiske logikker spærrer for et smidigt samarbejde internt på et hospital:

"Jeg tænker, at økonomien kunne være mindre decentral. Hvis jeg skal bruge en tryksårsmadras, så kan jeg jo ikke få fat i sådan en madras, uden at jeg skal ud og dokumentere fra Herodes til Pilatus. Meget vigtigt er det, at patientsedlen bliver sendt det rigtige sted hen, for ellers bliver pengene trukket det forkerte sted fra. Se det er bureaukrati, fordi hospitalssengen er på hospitalet. Der er ikke nogen som slæber af sted med den seng. Så om den går fra den ene afdeling til den anden, er i min verden fuldstændig ligegyldigt. Der er jo nok af de senge, og så tager jeg sådan en, hvis jeg synes. Jeg ville jo aldrig tage flere, end jeg havde brug for! Jeg tror, det ville være smart, hvis alle de der fysiske ting, maden, sengen, tøjet... Altså, når det nu er på hospitalet, kan det så ikke være én kasse? Hvorfor betyder det så meget? Det tror jeg kunne løse mange ting" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

I kraft af de virksomhedsøkonomiske rationalers gennemslag, undergår indholdet i arbejdet et skifte, for så vidt at det helhedsorienterede ansvar ønskes erstattet af fokus på optimering ud fra særinteresser. Det gælder f.eks. om at udskrive patienter hurtigst muligt til kommunerne, fremfor at færdigbehandle dem til det stadie, hvor kommunerne mest hensigtsmæssigt tager over. En sygeplejerske forklarer herom:

"Vi får også alle de der "ind og vende, hjem igen", hvor det bærer præg af "hov, det blev weekend, der er simpelthen ikke plads til dem". Men de her mennesker er ikke en skid færdigbehandlede, men så

kommer de hjem til os. Det, der er den store udfordring i hjemmesygeplejen, det er, at vi ikke har en læge til at kvalificere(...) "Vi har simpelthen ikke muligheden for at komme ud", den hører vi tit, "Ring 112", så må de jo ind igen. Altså de her elevatorpatienter. Og tænk hvad det koster vores samfund (...) Også det her med aktivering af modtagelse, ny registrering, hele det her ind og ud, hele tiden" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Den økonomiske kassetænkning tvinger ledere og medarbejdere til at udgrænse helhedsorienteringen og i stedet se snævert på, hvordan organisationen klarer sig økonomisk bedst muligt i konkurrencen med – og om nødvendigt på bekostning af – andre offentlige enheder på området. Disse vilkår har medarbejderne et klart blik for, og det er kilde til store frustrationer i dagligdagen. Medarbejderne vurderer resignerende, at problemstillingerne er så grundlæggende, at indlysende (såvel faglige som økonomiske) uhensigtsmæssigheder ikke kan imødegås. Vilkårene omtales med galgenhumor, men fra arbejdslivsforskningen ved vi, at sådanne oplevelser af meningsløshed over tid kan sætte sig – ikke blot som faglige krænkelsererfaringer men som desillusion, tab af tillid og mening i mere grundlæggende og sundhedsmæssigt problematisk forstand.

Licitationers påvirkning af arbejdet og dets organisering

Problematikker vedrørende gennemslaget af virksomhedsøkonomiske logikker i arbejdsorganiseringen er selvsagt særligt tydelige i relation til licitationer. Sygeplejerskerne forklarer herom, hvordan forskellige regelsæt undertiden spærrer for faglig kvalitetssikring i de aftaler, man indgår med private leverandører. Erfaringen er, at konkurrenceudsættelsen nogle gange leder til, at personalet får dårligere præparater at arbejde med. Der gives eksempler på dårlige nåle, dårlige proteindrikke o.lign. De tillidsvalgte vurderer, at licitationsopgaverne (omend uintenderet) belaster budgetterne. Årsagerne hertil er bl.a., at de mange relaterede udgifter til undervisning, indfasning m.v. som der bruges tid på, når der skiftes leverandører, ikke medregnes.

Omstillingsprocesser som belaster, idet arbejdsgangene konstant må reorganiseres i mødet med nye leverandører og produkter. Hospitalerne bindes typisk af toårige kontrakter, som ikke kan opsiges. Medarbejderne beretter om, hvordan de har forsøgt at gøre indsigelser overfor præparater

af dårlig kvalitet, men oplever, at det er vanskeligt at øve indflydelse:

” Det føles som en mistillidserklæring til, at man er en ambitiøs sygeplejerske, at man hele tiden skal slave ind med den sindssyge lille computer. Og så skal man sidde med en pind og finde tastaturet og skrive ”3 min. er brugt på at dryppe øjne hos fru Jensen”. Og ned i bilen og kørselstid og blablaba.

Sygeplejerske, DSR, 2015

”Det er jo ikke bare noget, vi kan komme af med igen. Vi har også prøvet på at bede om at få en klausul på, hvis det ikke fungerer. Eller hvis der kommer rigtig mange klager, om der så ikke er mulighed for, så at ændre det til noget andet. Det er der ikke mulighed for, så det er et meget

rigid system. Der er meget lidt fleksibilitet, som kommer til i sidste ende at koste rigtig meget tid også. (...) De kigger udelukkende på økonomi på produktet. De kigger ikke på økonomien eller tidsforbruget på alt det, der ligger rundt omkring. (...) Når først du har skrevet under på licitationsaftalen, så er der ”no way back”, altså” (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Nogle gange opfindes der dyre nødløsninger med indkøb ved siden af licitationsaftalen. Men selvom det nok afspejler en art indrømmelse over for personalets indvendinger, ærgrer det sygeplejerskerne, fordi det går ud over det samlede budget og dermed den mest effektive brug af pengene.

Som det fremgår, engagerer sygeplejerskerne sig ansvarsfuldt ift. at sikre såvel fagligt som økonomisk bæredygtige løsninger. De peger på, at der nogle gange faktisk nedsættes vurderingspaneler, hvori medarbejderne er repræsenterede, men af hensyn til faren for at medarbejderne skal udsættes for påvirkning fra firmaernes side, figurerer repræsentanterne ikke på let tilgængelige lister, hvorfor det i hverdagens travlhed opleves som vanskeligt at tage kontakt og gøre opmærksom på diverse problemer med produkter. Den samlede krænkelserfaring bliver dermed, at det helhedsorienterede blik, som de fagprofessionelle repræsenterer, udgrænses fra de afgørende diskussions- og beslutningsrum i relation til licitationerne.

Industrisamfundets produktivitetslogik krænker

Det konstant skærpede produktivitetskrav opleves også af mange sygeplejersker som krænkende i sig selv. Ikke blot fordi det bliver sværere at gøre arbejdet ordentligt. Også fordi den måde, produktiviteten tænkes og måles på, står i skarp kontrast til det syn på produktivitet som sygeplejerskerne repræsenterer. En medarbejder forklarer herom:

"Leankonsulenten skal jo se på de her lidt mere effektive måder at gøre tingene på, så vi kan få ydelsestillene op. Det er sådan en Toyota fabrik: Kan vi få nogle flere biler på markedet?(...) Og de her skemaer skal hænge, så alle kan se dem, så alle kan se, hvordan udviklingen går, produktiviteten går. Sådan noget er jo vældig, vældig frustrerende. Sådan noget er med til at skabe stress. Jeg tænker: Hvad gør det ikke også ved patienten? Og det rammer også min faglighed. "Okay, kan du se, du er en bil? Vi er blevet så gode til at køre jer igennem, blive hurtigere, afslutte jer og få jer ud på markedet igen. Er det ikke fantastisk, at blive set som en ting og ikke et menneske?" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Under den ironiske tone fornemmer man desperationen over, at det sygeplejerskerne oplever som kernen i arbejdets mening, nemlig at se og behandle patienten som et unikt menneske med et bestemt plejebehov, bliver reduceret til aktiviteter i et industriproduktionslignende forløb. Hertil kommer, at produktivitetmålingerne kan få alvorlige konsekvenser, når der skal ske fyringer. Der fortælles herom:

"Man skal spare. Så kom det frem, at det var 10 personer, som havde meget lave ydelser. Så tænkte jeg: "Hvad er det for noget? Vi har lige fået at vide, at vi løfter i flok og taler sammen og er i grupper og sådan noget" (Sygeplejerske, DSR, 2015).

Utrygheden ift. hvad målingerne helt præcist skal bruges til, er med til at skabe et dårligt arbejdsmiljø for både medarbejdere og ledere, som konstant skal dokumentere, at de kan levere resultater. Fra en ledelsesvinkel opleves produktivitetspresset som et resultatregime, som umuligt kan indfris:

"Men jeg oplever, at der er et kæmpe pres, helt fra direktionens niveau, helt fra regionsniveau – at der er en forventning om, at ledelserne varetager deres opgaver og løser de ting, der skal løses. Så der er rigtig meget fokus på, at man skaber resultater. Der ligger sådan en latent trussel hele tiden om, hvis ikke du kan skabe resultater, så er du heller ikke kvalificeret til at sidde i din stilling. Så der er sådan en indgroet angst for at pege på, at her er der nogle opgaver, og dem kan jeg simpelthen ikke løse. Så det bliver pludselig rigtig farligt at gå opad i systemet og pege på, at vi har en udfordring, og jeg kan ikke løse den alene. Og sige fra, og turde sige fra over for de udfordringer, der er. Vi vil jo gerne være de søde piger, der gør det, som vi får besked på. Men faktum er bare, at der hele tiden ruller hoveder. Hos

os er der hele tiden nogen i ledelseslaget, der bliver skiftet ud. Der bliver ikke sagt ret meget om det, men lige pludselig er der bare nogen, der er væk" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Forskellige ledelsespraktikers betydning for arbejdsmiljøet

Mellemliderne giver forskellige eksempler på forskellen på anerkendende henholdsvis krænkende måder at bedrive ledelse på. Afgørende er her tillidsrelationerne til ledelsen. En mellemlider fortæller om en kommunaldirektør, som sagde:

"Hvis vi kan få folk til at komme på arbejde, kære venner, så forbedrer vi jeres normering. Og så blev der hyret et privat konsulentfirma, som lavede intensiv TR- og AMIR- og lederundervisning, og der blev simpelthen målrettet en indsats i at nedbringe det her sygefravær. Og det lykkedes! Det var jo fantastisk, vi havde hænderne oppe over hovedet. Lige indtil han sagde "Det var dejligt, nu sparer vi, hvad I har tjent på det." Og så var der jo ikke nogen gevinst at hente" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Heroverfor fremhæves en borgmester, som udadrettet påtager sig ansvaret for de nedskæringer som gennemføres:

"Prøv at hør, der er underskud på betalingsbalancen. Pengene kan kun bruges én gang. Vi bliver nødt til nedjustere i kvaliteten af det, vi udfører. Og det skabte bare noget ro for de medarbejdere, der var i det. For så blev det anerkendt, og vi kunne også hænge vores hat på, at det var en politisk beslutning" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR 2015).

Det manglende overordnede politiske ansvar for nedskæringer og prioriteringer

Opgavedefinition og rammesætning i den offentlige sektor foregår i stigende grad på centralt niveau, mens ansvaret for udmøntning decentraliseres til det lokale, udførende plan. Dette har sygeplejerskerne blik for, når de f.eks. argumenterer for, at politikerne ifm. de evindelige nedskæringer bør forpligtes til at melde klart ud, hvilke opgaver, som det ikke længere er vigtigt, at sygeplejerskerne udfører:

"Det som frustrerer mig, når jeg hører politikerne, det er, at de altid slutter af med at sige: "Borgerne skal ikke være urolige for det her, det giver ingen kvalitetsforringelse, men det kan være, det koster på serviceniveauet". Jeg har faktisk brug for, at de definerer, hvad de tænker med serviceniveau. Fordi, der er rigtig meget service og omsorg i vores – altså, hvad er det, de tænker, vi ikke skal gøre? Fordi, hvis vi ikke gør det, så kommer klagerne. Så kommer lup-undersøgelserne. (...) Hvad er det, vi kan sige til sygeplejerskerne, at de fremadrettet ikke skal gøre? Fordi nu har vi skåret for fjerde år i træk, og vi skal blive ved med at gøre det samme. Så hvad er det, vi kan sige til dem, de fremadrettet ikke skal tage sig af? Det er der ingen, der vil" (Mellemlider, sygeplejerske, DSR, 2015).

Citatet viser, hvordan sygeplejerskerne ønsker at udfordre politikerne mere offensivt til at tage ansvar for beslutningerne. Samtidig er de imidlertid også opmærksomme på, at politikerne ikke altid er bevidste om de vilkår, som præger hverdagens arbejdsudførelse. Både menige sygeplejersker og de tillidsvalgte oplever i regionalt og kommunalt regi, at der bliver skærmet af for, at politikerne får indsigt i de reelle forhold. De forklarer, hvordan politikerne ikke må kontakte sygeplejerskerne direkte, men er tvunget til at gå gennem ledelsessystemet, hvorfra de så får de fleste informationer. En af de tillidsvalgte forklarer herom:

"Jeg færdes meget i politiske kredse lige pt., hvor vi fortæller, hvordan det er. "Jamen, det ved vi ikke" siger de. Vi siger: Nej, fordi jeres øjne ind i sundhedsvæsenet, de bliver filtreret ind i det ledelsesmæssige system, så I får kun det at vide, der fungerer godt. Der er ikke nogen, der fortæller jer, hvordan det

egentlig er at være sygeplejerske ude på afdeling (...) Medmindre, at den sygeplejerske skriver i avisen eller skriver direkte til jer" (Tillidsvalgt, sygeplejerske, DSR, 2015).

Problematikken vidner om, at et vigtigt arbejdsmiljømæssigt indsatsområde omhandler forbedring af rammerne for kommunikation mellem beslutningstagere og udøvere, ligesom bedre organiserede diskussioner i offentligheden kan nuancere debatter, så medarbejderne ikke oplever at brænde inde med vigtig viden, som burde komme for politikernes øre. Det er her en central arbejdsmiljøstrategisk opgave at opfinde nye veje til at sikre et bedre politisk oplyst grundlag for diskussions- og beslutningsprocesser vedr. prioriteringer på sundhedsområdet. Et grundlag hvori også sygeplejerskernes viden og vurdering kan indgå.

De formelle rammer omkring arbejdsmiljøarbejdet

Både sygeplejersker i daglig drift, tillidsvalgte og mellemledere oplever, at det er vanskeligt indenfor eksisterende arbejdspladsløse rammer for arbejdsmiljøarbejdet – at aftale sig frem til holdbare løsninger. Særligt mellemlederne peger på, hvor vanskeligt det er for dem at håndtere arbejdsmiljøproblemerne i en rimelig balancegang mellem hensynet til sygeplejerskernes arbejdsliv og ledelsesmæssige forpligtigelser. Ofte har det sammenhæng til, at problemernes baggrund og mulige overvindelse overskrider arbejdspladsens beslutningsbeføjelser. Dilemmaet eksemplificeres af en leder, som fik arbejdstilsynet på besøg. Hun forklarer herom, hvordan hun fik afværget påbud på bekostning af de beretninger, som sygeplejerskerne søgte at gøre gældende:

"Så fremfor at få en påtale, så fik vi en anbefaling, med nogle af de ting, vi skulle arbejde med. Og det ærgrer mig rigtig meget, at vi ikke bare anerkendte de fund, de havde gjort: Det var sådan, det var! Og sådan er vores virkelighed. Og jeg tænker bare: Det gør jeg aldrig igen, hvis der er noget om snakken. Så når de kommer nu her til juni, så kører jeg bare med på den mølle, at ja; vi har et problem i vores afdeling. Fordi det er en måde at pege på, at vi er kommet til kort her. Vi kan ikke løse det her" (Mellemleder, sygeplejerske, DSR, 2015).

Dilemmaet vedrørende manglende muligheder for at håndtere arbejdsmiljøproblemer ansvarsfuldt får i interviewmaterialet en leder til at spørge, om det var bedre, hvis arbejdsmiljøet blev lagt i en mere uafhængig kontekst, på et andet niveau end i den hverdagslige drift:

"Men jeg kan godt tænke på engang imellem, hvordan vi skal organisere hele arbejdsmiljøarbejdet. Om det overhovedet altså selvfølgelig er det ledernes ansvar. Det kan de ikke slippe udenom. (...) Hvor meget hører egentlig til i faget? Hvor meget af arbejdsmiljøorganisationen skal høre til i den her del? Måske ville det faktisk være bedre, at der var nogle mere professionelle hardcore, der kunne have et andet blik på det her med arbejdsmiljø, der kunne tage nogle andre beslutninger. I hvert fald, at vi har en diskussion om, hvad er det, der gør, at jeg ikke rejser mig, når arbejdstilsynet er der – og siger: "Ja, I har fandeme ret, det er ikke rimeligt, det vi udsætter sygeplejersker for" (Mellemleder, sygeplejerske, DSR, 2015).

Selvkritisk, tøvende og i tvivl, spørger lederen videre:

"Når vi nu ikke har løftet opgaven bedre end vi har – er det så os, der skal gøre det? Jeg er jo slet ikke færdig med at tænke tanken til ende, det er meget rart at få lov til at snakke om det. Men hvor man bare kan sige: Hvis vi ikke har klaret det her arbejdsmiljø i min afdeling, er det så mig, der skal sidde og være med til at holde trådende? Når jeg ikke kan formå at sige: Det arbejdspress I lægger på mine sygeplejersker, det er urimeligt. Det er jo en måde – det er sådan en lidt demonstrativ måde, at gøre det på, kan man sige" (Mellemleder, sygeplejerske, DSR, 2015).

At ledernes oplevelse af utilstrækkelig ledelsesformåen i relation det store arbejdsmiljømæssige ansvar diskuteres på disse måder vidner om, at der er behov for at se nærmere på, hvordan arbejdsmiljøproblemerne mere tydeligt kan adresseres i et større og arbejdspladsoverskridende handleperspektiv. Som jeg nedenfor skal vende tilbage til, kalder erfaringerne på en interessepolitisk indsats til styrkelse af en arbejdsmiljøstrategisk indsats, hvori den interne infrastruktur hæfter stærkere fra det individuelle over det kollektivt, arbejdspladslokale til det bredere samfundspolitiske niveau. En sådan styrkelse indebærer bl.a. at medlemmerne, men især mellemledere og tillidsvalgte, får styrket den analytiske skelnevne, så problemstillinger kan adresseres på de rigtige niveauer med dertilhørende argumentationer.

Kritikkens transformation til en forandringsstrategi?

Som det fremgår af de mange konkrete eksempler ovenfor, engagerer sygeplejerskerne sig gerne i analyserende diskussioner af arbejdets udvikling, problemernes baggrunde og mulige løsninger. De er både dybt kritiske overfor og stærkt engagerede i udviklingen, og udgør dermed potentielt et meget værdifuldt bidrag til diskussions- og beslutningsprocesser på sundhedsområdet. De er bærere af såvel brede samfundsansvarlige overvejelser, som konkrete lokale ønsker til arbejdets udvikling. Dog har de svært ved at se for sig, hvorfra der for alvor kan åbnes til tænkemåder og tiltag som adresserer de tunge arbejdsmiljøproblemer i hverdagen. Det er her inspirationen fra den anerkendelsesteoretiske tænkning kan inspirere den strategi for interessevaretagelse på arbejdsmiljøområdet, som fagbevægelsen står i spidsen for.

En nødvendig helhedsorienteret tilgang

Det er vanskeligt, men samtidig nødvendigt, at forstå og analysere sygeplejerskernes arbejdsmiljøproblemer i et samfundsanalytisk perspektiv. Tilsvarende er det vanskeligt, men nødvendigt, at handle på problemstillingerne med afsæt i den konkrete hverdags erfaringer. Udfordringen er således at udvikle en tilgang, hvori vi stærkere end i dag kan forstå, analysere og arbejde med arbejdsmiljøproblemer i et kombineret praksisnært og samfundspolitisk perspektiv. Når koblingerne fra arbejdspladsen og opadtil er svage – og handlemulighederne ad den vej er begrænsede – opstår der hurtigt en tendens til anlæggelse af rent organisationsinternt perspektiv i både analyser af og løsninger på arbejdsmiljøproblemer, ligesom der let udvikles individualiserede løsninger, som udvisker arbejdsmiljøproblemernes samfundspolitiske indlejring.

De tillidsvalgte beretter i interviewmaterialet om, hvordan de i samarbejdet med ledelsen og HR-afdelinger opererer reaktivt på arbejdspladsniveau – selvom de klart ser, at arbejdsmiljøproblemstillingers oprindelse og mulige overvindelse foregår langt væk fra arbejdspladsens diskussions- og beslutningsrum. Tilsvarende peger mellemlederne på, at de ofte står magtesløse over for de lokale arbejdsmiljøproblemer på de afdelinger, de har ansvar for. Som jeg med konkrete eksempler ovenfor har vist, oplever de at komme i klemme mellem ledelsesansvaret og det faglige og menneskelige ansvar over for sygeplejerskerne.

Med anerkendelsesoptikken får vi imidlertid hjælp til at anlægge et helhedsperspektiv med henblik på de indre sammenhænge mellem det individuelle, det organisatoriske og det samfundsmæssige aspekt i arbejdsmiljøproblemerne, ligesom vi hjælpes til at overvinde, at beskrivelse og analyse adskilles fra handleperspektivet. Sammenføjning af analyse og handleevne i interessepolitikken ud fra

medlemmernes 'krænkelserfaringer' i arbejdet er kort sagt den mulige vej, jeg i artiklens afsluttende overvejelser vil forfølge, idet jeg argumenterer for, at interessepolitikens afsæt i traditionel interessekamp, (kampen om goderne), med fordel kan suppleres af et interessevaretagelsesspor, båret af anerkendelsesteoriens blik for medlemmernes krænkelserfaringer.

Krænkelserfaringer og interessevaretagelse

Med Honneths anerkendelsesteori skærper vi opmærksomheden overfor, hvordan sygeplejerskernes arbejdsmiljøproblemer har baggrund i krænkelserfaringer, som kan identificeres, analyseres og politiseres. Ved at forfølge krænkelsernes indlejring i individer, organisationer og samfundsmæssige anerkendelsesstrukturer kan vi spore arbejdsmiljøproblemernes årsager og adressere overvindelsen med større gennemslag, trods den umiddelbare politiske modvilje. Honneth peger nemlig på, at samfundsudviklingen præges af en altid igangværende moralsk anerkendelseskamp, hvori individer og grupper reagerer på oplevet uretfærdighed. Hans pointe er her, at godt nok er vi drevet af kampen om goderne, sådan som vi traditionelt forstår lønkampe i den danske aftalemødel. Men vi er også og måske i mere grundlæggende forstand – drevet af forskellige former for moralsk indignation. Vi bliver som mennesker mobiliserede, når vores individuelle krænkelserfaringer fortolkes som en hel gruppes typiske nøgleoplevelser, hvorved de bliver samlende og muliggør handling i form af krav om nye mere retfærdige anerkendelsesrelationer. Vi er måske ikke så tilbøjelige til at solidariser os med andre, hvis deres krav alene handler om at fremme økonomiske interesser. Kan vi derimod få øje på, hvordan andre (eksempelvis faggrupper) får deres faglighed i klemme – og måske endda med konsekvenser for alles sundhed – kan vi lettere engagere os i de vanskelige diskussioner om, hvad der bør gøres.

Såvel den klassiske interessebaserede tilgang – som typisk fokuserer på lønkampen – og den anerkendelsesinspirerede tilgang, som får fat i krænkelser og moralsk indignation, kan bidrage med væsentlige indsigter ift. at handle på de arbejdsmiljøproblemer sygeplejerskerne oplever, og må supplere hinanden i de strategier de faglige organisationer betjener sig af i interessekampen. Men traditionel interessevaretagelse rummer ikke i sig selv sygeplejefagets etik, herunder de arbejdsværdier, som sygeplejerskerne er bærere af, og som de oplever bliver krænket. Uden et klart sprog og en konkret strategi for håndtering af disse sider af sagen, kommer sygeplejerskeres fagligt forankrede opråb til at fremstå løsrevne og måske endda som klynkeri et problem, de også selv er meget opmærksomme på, men endnu har svært ved i strategisk perspektiv at løse. Formår vi at sætte faglige fordringer til et arbejdsliv præget af kvalitet i arbejdet i spil med større moralske diskussioner om, hvilken rolle sygeplejen bør spille i velfærdsstaten, kan arbejdsmiljøproblemerne derimod (re)integreres i den offentlige diskussion om sundhedssektorens udviklingsretning.

I relation til arbejdsmiljøproblematikken lyder spørgsmålet mere jordnært nu, hvordan man kan opsamle centrale krænkelserfaringer og udmønte dem i politiske forandringskrav på måder, som spiller sammen med den mere kendte interessekamp. Hvilke anerkendelsesorienterede fornyelser i infrastrukturen for interessevaretagelse kan sikre, at sygeplejerskerne i højere grad end i dag oplever at få stemme i debatten? Det er et vigtigt spørgsmål for involverede aktører at arbejde videre med.

Som afsluttende bemærkning vil jeg gerne udbrede udfordringen til alle, som kerer sig om arbejdsmiljøarbejdets fremtid. Reformerne i velfærdssamfundet er ikke blot administrative og økonomiske. De er også ideologiske, idet de reformulerer synet på det offentlige, formålet med og værdien af velfærden. I skiftet fra velfærd til konkurrencestat er det derfor af central betydning, hvordan de faglige

organisationer stiller sig til transformationen. Det gælder selvfølgelig især de organisationer, som varetager de offentligt ansattes interesser som lønarbejdere, men også bredere, idet vi alle, lønarbejdere eller selvstændige, sunde som raske, er brugere af og betalere til velfærden. Spørgsmålet er, hvor langt og hvordan fagbevægelsen som helhed og selvstændige forbund skal tage teten og løfte de ansattes kritik af udviklingen mere ideologisk offensivt ind i den fagpolitiske interessevaretagelse og den bredere politiske interessekamp, som udspiller sig i samarbejdet med de offentlige arbejdsgivere – og bag dem Folketinget. Med nærværende bidrag har jeg slået til lyd for, at hverdagens krænkelserfaringer og sygeplejefagets etik udgør et stærkt potentiale som ressource til revitalisering af arbejdsmiljøkampen på nye måder.

Litteratur

- 1 Ahrenkiel, A., Dybbroe, B., Sommer, F.(2007): Tillidsrepræsentanter i DSR-udfordringer og svar: Rapport fra observationer, interview og forskningsværksteder, Roskilde Universitet og Dansk Sygeplejeråd.
- 2 Caraker, E. m.fl. (2012): Medhør uden medbestemmelse? FTF, København.
- 3 DSR (2002): Med 50 sygeplejersker på arbejde – dagbøger fra indholdsrige hverdage, København, 2002.
- 4 Gleerup, Janne (2010): Kritik og forandring. En anerkendelsesteoretisk analyse af social- og sundhedsarbejderes identitets- og meningsdannelse i arbejdslivet. Ph.d. afhandling fra Forskerskolen i Livslang læring, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitet.
- 5 Gleerup, Janne (2010) "På vej mod nye infrastrukturer for ligelønskampen? En anerkendelsesteoretisk analyse af forløbet omkring OK08", Tidsskrift for Arbejdsliv, 12. årg. Nr. 4 2010.
- 6 Honneth, Axel (2006): Kamp om anerkendelse. Hans Reitzels forlag.
- 7 Jacobsen, Kurt; Pedersen, Dorthe (2008): FOA og den danske model: Et forskningsprojekt om overenskomst 2008. Copenhagen Business School Press.
- 8 Steenberg, Dorte (2009): Når kvinder strejker... Kritisk Debat.



”Ansvaret skal tilbage til sygeplejersker og læger”

Mere tid til omtanke og omsorg, mere ansvar til den enkelte sygehusafdeling, og så må nogle af dokumentations- og kontrolfunktionerne skæres væk. Sådan lyder nogle af anbefalingerne til de danske sygehuse fra Ritt Bjerregaard, tidligere minister og folketingsmedlem, der netop har oplevet sygehusvæsenet indefra – som kræftpatient.

Interview med Ritt Bjerregaard af Trine Wiese, freelancejournalist

I første bind af sine anmelderroste erindringer fortæller Ritt Bjerregaard om, hvordan nøgternhed, skarp analyse og en usædvanligt stærk vilje bærer hende igennem situationer, der umiddelbart synes følelsesmæssigt vanskelige.

Akkurat samme egenskaber har der været brug for det seneste år, hvor hun er blevet behandlet for kræft i endetarmen. Hun har været så mærket af behandlingsforløbet, at hun med egne ord både psykisk og fysisk har været ’helt nede at

bide i græsset’. Men uanset hvor svag hun har været, har hun formået at se sin situation udefra og dermed været i stand til at analysere på, hvad der fungerer, og hvad der kan gøres langt bedre på de danske sygehuse.

Det er ellers en glad Ritt Bjerregaard, der denne dag er på vej til bogmessen i Forum for at fortælle om sin nye bog, der er en personlig beretning, hvor det politiske mest strejfes i aktualiserende sidebemærkninger. Et vigtigt

emne som sygdomsbehandling skal der være tid til at tale om. Selv om Ritt Bjerregaard er gået på pension, er det politiske engagement lyslevende. Selvfølgelig vil hun fortælle om at være patient og i den forbindelse gøre sig tanker om, hvordan vi i Danmark kan få endnu bedre ledelse af vores sygehuse.

Men først slår Ritt Bjerregaard fast: Der skal tages et forbehold, når det gælder at bruge net-op hende som sandhedsvidne for, hvordan det er at være patient på et dansk sygehus. Når en tidligere minister, EU-kommissær og overborgmester bliver indlagt på et sygehus, må man nemlig formode, at systemet strammer sig an og gør sit allerbedste. Alle ved, at sådan en som hende ikke er bleg for at fortælle medierne om, hvad hun erfarer og oplever.

Samtidig har hun et usædvanligt stærkt netværk af venner, der tæller flere læger.

”Jeg havde været meget ilde faren, hvis jeg ikke havde haft venner, der er læger – især da der kom komplikationer i forløbet. En god ven og kirurg tog affære og fik mig hurtigt på sygehuset, og jeg undgik dermed en langsommeliggere henvisning fra den praktiserende læge. Så stærkt et netværk er kun få beskåret” siger Ritt Bjerregaard, der også skylder sit netværk, at hun undgik den efter hendes mening – ekstremt dårlige mad på Bispebjerg Hospital.

Vennerne og manden Søren Mørch skiftedes til at bringe hende mad, så hun var fri for blandt andet ”udkogte kartofler og noget mærkeligt tyk brun sovs med nogle underlige kødklumper i.”

”Det var helt sydlandsk, sådan som de kom med mad til mig. Men maden er uhyre vigtig for en patient. Man har jo ingen appetit, når man fx har været i fuld bedøvelse, og efter især en tarmoperation skal der være tale om små måltider”.

Det begyndte så godt ...

Ritt Bjerregaards behandlingsforløb startede rigtig fint, men siden blev det problematisk.

”Jeg får konstateret kræft i endetarmen, og det meget positive er, at det herefter går så hurtigt. Kræftgarantien virker, jeg kommer hurtigt på sygehuset, får hurtigt lavet en ekstra test. Den viser kræft, og jeg bliver indlagt og får at vide, hvem der skal operere mig. Kræften opereres bort, og jeg undgår at få en stomi. I dagtimerne har jeg en personlig sygeplejerske, der tager sig af mig, og kirurgen, der har opereret mig, kommer og kigger til mig.”

Efter en uge kommer Ritt Bjerregaard hjem og får besked på, at hun kan ringe, hvis der opstår noget utilsigtet.

”Det fungerer rigtig godt med hjemmesygeplejerskerne, som jeg havde brug for, fordi jeg ikke kunne tisse og skulle tømmes flere gange i løbet af et døgn. De er fremragende, og vi kan aftale med dem, hvornår det er bedst, at de kommer. Men desværre bliver jeg dårligere og dårligere, som ugerne går, og jeg kan slet ikke forstå, at der ikke sker nogen fremgang. Der går en tre ugers tid, og jeg ringer så til sygehuset på det telefonnummer, jeg har fået, fordi jeg tror, at jeg har blærebetændelse. Men jeg får at vide, at tidsrammen er overskredet, og at jeg i stedet må henvende mig til min praktiserende læge. Og så er det, at jeg især har gavn af en af mine lægevenner. Han er kirurg og siger, at det her går altså slet ikke – noget er helt galt. Han kontakter sygehuset, og jeg ved ikke, hvad han siger til dem, men det gør i hvert fald indtryk. Jeg bliver hasteindkaldt til en ekstra undersøgelse”.

Undersøgelsen viser i første omgang, at alt er, som det skal være. Der er ikke noget i vejen, og Ritt Bjerregaard kan bare tage hjem. Også selv om lægerne ikke kan forklare, hvorfor blodprøverne viser så høje infektionstal. Dog slår de fast, at hun skal komme ind dagen efter og få taget en ny blodprøve.

”Da jeg så kommer ind dagen efter, har kirurgen, der opererede mig, kigget på billederne. Han sender mig ind til en ny, større undersøgelse, og han opdager, at der faktisk er en

sprække i syningen, og at der har samlet sig en stor byld. Jeg skal opereres samme dag, lyder meldingen, og den besked kan jeg næsten ikke klare. Jeg er blevet meget svag i de uger, der er gået. Men der ikke noget at gøre – ingen vej udenom”.

Personalet bliver ikke værdsat

Ritt Bjerregaard bliver indlagt op til påske, onsdagen før Skærtorsdag. Og så oplever hun et forløb, der udvikler sig meget dårligt.

”Selve operationen går godt, men jeg er svækket og helt til hundene. Og ingen af de læger, jeg ellers har haft med at gøre, er til stede. Jeg ligger på sygehuset i elleve dage, får en stomi, som jeg kommer hjem med. Og der går nogle måneder, indtil jeg kan få fjernet stomien, og den operation går helt som den skal”.

Ritt Bjerregaard havde en behandlingsansvarlig læge – indtil han gik på ferie.

”Jeg har efterfølgende talt med nogle på sygehuset, og de siger jo meget sødt ”ja, men alle har jo en arbejdstid, og alle skal have deres ferie”.

Men jeg kan altså ikke forstå, at hvis der er tre overlæger, så skal de alle have påskeferie på samme tid. Der må da være en ansvarlig overlæge til stede. De eneste jeg så, var yngre læger, der hastede forbi og havde alt for travlt, ligesom sygeplejerskerne var hårdt spændt for. Her i anden omgang var der heller ingen fast sygeplejerske knyttet til mig”.

Ritt Bjerregaard var ellers generelt imponeret over, hvor meget sygeplejerskerne på afdelingen puklede igennem den påske.

”Jeg var omgivet af utroligt søde og venlige sygeplejersker, de spændte rundt for at klare det. Jeg var meget imponeret, for det var op ad bakke den påske, hvor personalet oveni var ramt af sygemeldinger. Trods få resurser var sygeplejerskerne rare og hjælpsomme, når de kom ind på stuen.

Vi trækker virkelig store veksler på de folk, og vi værdsætter dem ikke efter fortjeneste”.

Ritt Bjerregaard uddyber: ”I sådan en situation med få på arbejde, klarer de nærmest det umulige, og hvem giver dem den ekstra anerkendelse eller bonus for ”at klare det?”. Hvem sørger for at sikre, at der er flere på vagt, også selv om det er påske, jul eller sommerferie? Lige nu er svaret vist ingen”.

Er det her et spørgsmål om mangel på resurser eller om at kunne lede og organisere?

”Begge dele. Det er garanteret et spørgsmål om resurser, hvornår folk skal have ferie – og de fleste vil jo gerne have påskeferie. Men det er også et spørgsmål om at sige, at alle tre overlæger kan ikke have ferie på samme tid. Så må en af dem lægge ferien på et andet tidspunkt.”

Fra kald til fagligt ansvar

Socialdemokraten Ritt Bjerregaard kan naturligvis kun billige, at faggrupper har tilkæmpet sig en bred vifte af lønmodtagerrettigheder.

Men hun mener samtidig, at der er gået noget værdifuldt tabt i den måde, vi indretter os på og ser vores job.

”Man har set bort fra forestillingen om et kald og gjort alle til lønmodtagere med faste arbejdstider, som man overholder til punkt og prikke. Og når man så har overholdt dem, har man opfyldt, hvad der er ens forpligtelse. Og så kan det være uhyre svært at få det hele til at fungere, når der sker akutte hændelser uden for arbejdstiden”.

Kaldstanken er i dag sjældent at finde på de danske sygehuse, akkurat ligesom den næsten er forsvundet på lærerområdet, fastslår Ritt Bjerregaard, der selv er uddannet lærer.

”Tidligere så lærerne deres fag som et kald. Vi hang ikke i en klokkestreng og gik igennem tykt og tyndt for eleverne. Når der var et barn, der var noget galt med, så tog vi os af det, og når der var en patient, der skete noget uventet med, så var lægerne ekstra oppe på mærkerne. Sådan er det sjældent længere”.

Hun mener imidlertid ikke, at det vil give god mening at genopfinde det lidt gammeldags klingende kaldsbegreb, der får tankerne hen på ingen løn for meget arbejde.

”I stedet skal systemet i højere grad give ansvar til professionerne og værdsætte fagligheden. Man skal give mere ansvar tilbage til sygeplejersker og læger. Der skal være mere, der styres af den enkelte enhed eller afdeling på sygehuset. Der skal være et større ledelsesrum, og de skal ikke være underlagt så rigide regler og retningslinjer, som det er tilfældet i dag. Der bruges i dag rigtig meget tid på at dokumentere – alt skal journaliseres og holdes øje med – i stedet for, at man siger: ’Det allervigtigste er en skarp faglighed, en høj faglig kvalitet, og at vi har omhu og omtanke for patienten’. Der skal altid være tid til, at man kommer forbi og ser til patienten. I stedet for som i dag, hvor personalet alt for ofte må slå fast: Det er der ikke tid til!”.

Nogle holder af bogholderiet

Lige siden 80’erne har skiftende regeringer haft som erklæret mål at afbureaukratisere den offentlige sektor – uden så meget held.

”Vi skal bevare kvaliteten og også sikre os, at den opretholdes og styrkes. Men skal de faglige prioriteringer i højsædet, er det nødvendigt at skære ned på nogle af de mange kontrolforanstaltninger og åbne for, at hver afdeling for eksempel selv kan skrue vagtplanerne sammen”, lyder det fra Ritt Bjerregaard, der erkender, at en sådan øvelse kan være problematisk.

Ikke mindst fordi nogle medarbejdere faktisk holder af bogholderiet, vurderer hun.

”Hvis man nu har været sygeplejerske i rigtig mange år, er det måske meget rart at få en overordnet stilling, hvor man bare sidder på et kontor og registrerer. Måske synes man, at man har styrtet rigtig meget rundt. Men uanset hvad må noget bogholderi skæres væk.

Løsningen er, at regioner, sygehusledelser og personalegrupper endnu engang sætter sig rundt omkring bordet og finder ud af, hvordan de begrænsede resurser bedst kommer patienterne til gavn”.

Der skal kun dokumenteres og registreres, når noget gør gavn. Og det skal være op til den enkelte afdeling at afgøre, hvilke dokumentationer der giver effekt og mening. En sådan øvelse kræver en tydelig ledelse, mener Ritt Bjerregaard og henviser blandt andet til en analyse fra regionerne på baggrund af svar fra 52 sygeplejefaglige ledere. Den er fra 2014 og viser, at overflødige dokumentationskrav stjæler helt op til fire timer dagligt per sygeplejefaglig medarbejder, og ingen af de 52 ledere mener, at det vil få konsekvenser for patienterne, hvis unødigt bureaukrati blev fjernet. Det ville til gengæld give mere tid til patienterne og mindre stress.

Hvilke screeninger og dokumentationer giver god faglig mening? Hvilke er ligegyldige? Og hvad er det bedre at bruge resurserne på? Skal vi have mere omsorg, samtaler med patienterne? Sådanne spørgsmål skal der findes svar på, og så skal både ledelse og medarbejdere bakke op, mener Ritt Bjerregaard, der netop har været til det årlige kræfttjek og kan ånde lettet op. Kræftsygdommen er ikke kommet tilbage. Heller ikke selv om hun har afvist at blive behandlet med kemoterapi.

”Jeg overvejede for og imod kemo og besluttede mig til ikke at udsætte mig for at få alle mulige bivirkninger og måske en marginalt mindre risiko for, at kræften kommer igen og spreder sig. Selv en lille kemo har bivirkninger som kvalme, diarré og påvirkning af slimhinderne. For mig overstiger ulemperne den ekstra beskyttelse. Men det må altid være et individuelt valg, og det vigtigste er at blive godt orienteret om fordele og ulemper. Jeg har fået en fin orientering og har fået støtte i mit valg”, slår den nu anmelderroste forfatter fast.

5 anbefalinger fra Ritt Bjerregaard

Undgå, at dokumentationen bliver til kerneydelsen

Når den gør det, dræber det nemlig arbejdsglæden og gør det dårligere for patienten, da resurserne til bogholderiet går fra andre og vigtigere opgaver. Selvfølgelig vil vi gerne have, at der er styr på oplysningerne om os, men det har taget overhånd. Lad de enkelte afdelinger analysere og beslutte, hvad der er vigtigt at registrere, og hvilken dokumentation der med fordel kan droppes.

Lad ikke specialiseringen skygge for det hele menneske

Det er fantastisk og uvurderligt med dygtige kirurger og specialister – intet at udsætte på det. Men den enkelte afdeling bør dog som et hele også have fokus på, at patienten ikke bare skal overleve, men også leve. Hvad skal der for eksempel til, for at patienten kommer ordentligt ovenpå igen?

Husk, at rotte jer sammen

Læger, sygeplejersker og de andre faggrupper på sygehusene må blive langt bedre til at rotte sig sammen, så den sundhedsfaglige viden i højere grad drages ind i politikudviklingen. Når der skal gøres opmærksom på de faglige problemer, så må personalet på tværs af sygehusets faggrupper sammen pege på, at der for eksempel også skal være mere tid til omtanke og omsorg. Og så skal de sammen tale for, at nogle af de mange dokumentations- og kontrolfunktioner skæres væk.

Fra kald til lønmodtager, til fagspecialist

Politikere og sygehusledelserne skal i højere grad give ansvar til professionerne og anerkende fagligheden og medarbejderne. Sygeplejersker og læger må genfinde den faglige passion og insistere på at tage ansvar for patientforløb.

Grænser for, hvor stærkt man kan løbe

Det er hverken værdigt for patienter eller personale, når normeringen er for skrabet. Selv den skarpeste fagspecialist kan begå fejl efter lange perioder med usædvanlig travlhed.

En 'vi alene vide'-kultur er ødelæggende

Det er dybt frustrerende at være patient og pårørende i et sygehussystem, der ikke vil erkende sine fejl og som ikke tager patientens oplevelser for gode varer. Der er brug for et opgør med en ansvarsforflygtigende ledelseskultur, der skader kvaliteten på sygehusene, mener Kurt Damsgaard. Den tidligere kommunikationschef hos Kræftens Bekæmpelse mistede sin hustru til kræft i et yderst kritisabelt behandlingsforløb og har også selv været kræftpatient.

Interview med Kurt Damsgaard af Trine Wiese, freelancejournalist

Hvordan reagerer en ledelse, når den bliver angrebet? Hvordan opfører sygeplejersker og læger sig, når de opdager, at de har begået fejl? På sygehuse med en sund evalueringskultur erkender de først og fremmest fejlen, siger herefter undskyld og dykker siden ned i dens årsager og lærer af den, lyder det fra Kurt Damsgaard, den tidligere mangeårige kommunikationschef hos Kræftens Bekæmpelse, der forlod posten den 30. april 2015.

Privat har han både oplevet, når en kræftbehandling går godt, og når kræftbehandling udvikler sig surrealistisk og katastrofalt. Den 16. juli 2009 klokken 16.40 døde Kurt Dams-

gaards hustru Maria Osterhammel af kræft efter 12 måneder med et dybt frustrerende og fejlbehæftet sygehusforløb. Og for fire år siden gennemgik han selv en succesfuld behandling for prostatakræft.

"Jeg kan selvfølgelig ikke være sikker på, at Maria ville have overlevet kræften, hvis hun var blevet behandlet rettidigt, men chancerne havde været langt større, og hendes sidste tid havde været mindre angstfyldt og mindre frustrerende".

"Undskyld! Vi har fejlet, og nu vil vi lære af fejlen". Den reaktion fra læger og sygehus havde været ønskeværdig efter hans hustrus behand-

lingsforløb, mener Kurt Damsgaard: "Maria blev kastet rundt mellem fem forskellige hospitaler og tre forskellige afdelinger på Rigshospitalet. Hver afdeling havde sin egen journal, egne sygeplejersker og egne læger, der ikke talte sammen, og det var ganske umuligt at finde ud af, hvem der koordinerede behandlingen, og hvem hun skulle få til at svare på de spørgsmål, der naturligt presser sig på i et behandlingsforløb. Hvem tog ansvaret? Absolut ingen".

Hvor der er mennesker, der handler, vil der ske fejl. Den sandhed er Kurt Damsgaard helt med på, og selvfølgelig vil der også ske fejl og blive taget dårlige beslutninger på et sygehus.

"Det dybt frustrerende er imidlertid at være patient og pårørende i et system uden vilje og evne til at erkende og se egne fejl, og hvor mange læger samtidig ikke tager patientens oplevelse af symptomer og sygdom alvorligt".

I sygdomsforløbet var Kurt Damsgaard og hans hustru på fem forskellige sygehuse, og de mødte en bred vifte af læger og sygeplejersker – fra de mest sublime til det, der mildt sagt ikke var godt.

"De bedste er som regel dem, der ved, at de ikke er ufejlbarlige, og at man altid kan blive bedre. De bedste er specialister, der også formår at se ud over deres eget speciale, er åbne og lyttende over for patienters oplevelse af symptomer, ligesom de konstant søger at agere efter den nyeste viden, også selv om den ikke er et resultat af deres egen forskning".

Dokumentation af fejl kan aldrig stå alene

Surrealistisk og dybt traumatiserende. Sådan lyder Kurt Damsgaards beskrivelse af sygdomsforløbet: "Sådan noget man som pårørende aldrig rigtig kommer sig over!"

Han vælger at fortælle om forløbet, først og fremmest i håb om at gøre læger og sygeplejersker mere bevidste om det værdifulde i, at der lyttes til patienten, at journaler bliver læst, og

at der tages ansvar for behandlingen og for at følge patienten videre i systemet.

Kurt Damsgaard er sig bevidst, at kritik ofte bliver meget generaliserende. Og han slår fast, at en udfordring ved kritik er, at de dygtige læger ofte bliver kedede af den, mens de uduelige ikke fatter, at det er netop dem, der bør tage kritikken til sig.

Var I undtagelsen? Var I bare brandhamrende uheldige?

"Det var ingen undtagelse. Jeg har både før og siden hørt rigtig mange lignende historier. Det er et spørgsmål om en kultur, der ikke er bygget op om, at patienterne er det absolut vigtigste. På nogle større hospitaler får man for eksempel det indtryk, at forskningen er det væsentligste, ikke patienterne. Patienterne er der blot, for at de kan få lov til at forske".

Er der sket positive ændringer siden jeres forløb dengang i 2008 og 2009?

Ja, mener Kurt Damsgaard, men der skal fortsat arbejdes med kulturen, for systemer og processer gør det ikke alene:

"For eksempel er der nu ved at blive indført et system med en behandlingsansvarlig læge ved komplicerede forløb, der involverer flere specialer og matrikler. Det er et fint skridt i den rigtige retning, men lige så vigtigt er det, at der samtidig udvikles en kultur, hvor den enkelte læge og sygeplejerske tager ansvar for at se ud over deres eget snævre speciale og i stedet har øje for det hele menneske".

Siden 2004 har personale i sundhedsvæsenet haft pligt til at rapportere om såkaldte utilsigtede hændelser. Men der skal nu engang mere end en registrering til for at have en kultur, hvor fejl er noget, der ikke ignoreres, men læres af, understreger Kurt Damsgaard: "Selv registreringerne og den skriftlige dokumentation kan aldrig være det altafgørende. Det kan IKKE stå alene. Derimod er det vigtigt, hvordan du læser de uheldige hændelser, lærer af dem

og fremadrettet indretter processerne, så de ikke sker igen”.

Ledelser på flugt fra ansvaret

Netop evnen til at reflektere over og lære af sine fejl er efter Kurt Damsgaards mening den helt store svaghed i sundhedsvæsenet. Og konsekvenserne er alvorlige for kvaliteten af behandlingen og for mødet med patienterne.

Det viser sig som manglende selvjustits i den enkelte personalegruppe, hvor man dækker over både sine egne og kollegernes fejl. Og det fremmes og forstærkes af en ansvarsfralæggende ledelseskultur.

”Jeg var på vej ind til et møde med en gruppe læger på et hospital, og ud af rummet trådte en midaldrende kvinde med to voksne sønner. Kvinden smågræd, mens den ene søn var rød i hovedet af raseri. Lægerne havde netop haft en samtale med dem om faderen, der var død under en operation. Da jeg kom ind i mødelokalet, talte lægerne videre indbyrdes. Den ene sagde til kollegaen: ”Godt du fik dem overbevist om, at det var et hændeligt uheld – Ja, vi havde jo faktisk glemt at sætte den maskine til”. Dialogen har fulgt mig lige siden. Hvorfor i alverden er det en sejr at overbevise en mor og to sønner om, at faderens død er et uheld, når han rent faktisk er blevet slået ihjel?”.

”De allerfleste læger og sygeplejersker gør deres bedste – det er jo ikke onde mennesker, men fagligt og menneskeligt kan vi alle blive bedre. Hvis vi ikke bestræber os på at lære af de ypperste og af egne erfaringer – både gode og dårlige – er der ikke grobund for nogen fremgang”, fastslår Kurt Damsgaard.

”Blandt læger og sygeplejersker florerer historier om kolleger, der begår alvorlige fejl, som ledelsen ignorerer. En læge fortalte mig, at han havde gjort sin sygehusledelse opmærksom på en kollega, der var skyld i flere dødsfald. ”I må stoppe ham”, lød hans

budskab, men han fik besked på at holde kaje, og notatet blev lagt i en skuffe. Lægen, der ’sladrede’, blev nødt til at søge en stilling på et andet hospital, for man kritiserer IKKE en lægekollega”.

”Man skal være bedre til at sige: ”Du er ikke så god til det her, hvordan kan vi gøre dig bedre? Hvad med efteruddannelse? Eller er der noget andet, du er bedre til?”” siger Kurt Damsgaard.

Han er ikke i tvivl om, at den ledelseskultur har alvorlige konsekvenser for kvaliteten i sundhedsvæsenet.

”Fordi vi ikke vil lære af andre, halter vi bag efter i kampen mod kræft og andre alvorlige sygdomme, for vi går og bilder os ind, at vi er de bedste. I lægeverdenen er mange uvillige til at lære af andre. Vi ønsker kun at lytte til danske forskningsresultater. I forbindelse med min prostatakræft deltog jeg i et dansk forsøg, og det var fint, men jeg undrede mig og spurgte lægen: ”I Holland har man gjort det samme i årevis og med succes, hvorfor skal vi undersøge det samme her?” Lægen svarede: ”Men vi har ingen danske undersøgelser, der understøtter det”. Mon ikke det har lige så stor positiv effekt på danske som på hollandske mænd?”.

Når vi ikke ønsker at lære af udlandet og af andre, så er det udslag af en usund kultur og fordi der ikke er en ledelse, der siger: ”Er nogle bedre, så lad os lære af dem”. Og det er ikke kun udlandet, vi ikke ønsker at lære af, mener Kurt Damsgaard.

”Det samme gør sig gældende, når vi taler København contra provins. I det københavnske sygehusvæsen oplever jeg en indgroet skepsis og uvilje mod at bruge erfaringer fra overlæge Petersen i Vejle. Derfor kan standardbehandlinger for konkrete sygdomme være forskellige fra sygehus til sygehus – der er stor forskel på ”plejer” fra Nordjylland til Falster”.

5 anbefalinger fra Kurt Damsgaard

Fokuser på det hele menneske

”Uanset hvordan systemer og processer er skruet sammen, og uanset hvor travlt og belastet systemet er, er det vigtigt, at nogle tager personligt ansvar og siger ”Du, kære patient, er mit ansvar – jeg følger dig”. Og man tager altså ikke ansvar for en hel patient, fordi man har ansvar for at operere et led, eller hvad det nu måtte være”. Der er fantastiske og også empatiske læger, understreger Kurt Damsgaard, men der er også læger, der har mest fokus på deres lille snævre speciale og dybest set mener, at forskningen er det allervigtigste, og at patienten blot er et nødvendigt vedhæng på denne. Han giver et eksempel: ”Da min hustru Maria var blevet opereret i låret, hvor kræften startede, sidder lægen, der har opereret hende, på hendes sengekant. Hele tiden kigger han på hendes lår, mens han fortæller. Som om han beundrer sit eget værk. Til sidst prikker hun ham på armen: ”Hallo, jeg er lige her oppe, det er mig, du taler med”. Hans fokus var udelukkende på, hvad netop han havde ansvar for”.

Ingen er ufejlbarlig

”En fremadrettet fejlkultur bæres først og fremmest igennem af et system og en ledelse, der fremelsker og værdsætter et solidt professionelt og menneskeligt format”.

Arbejdsglæde


”På en afdeling var der et dårligt arbejdsmiljø, og de bagtalte hinanden. ”Det skal du ikke gøre – hun ved ikke, hvad hun taler om”, sagde de om hinanden. Bagtalelse er også et ledelsesproblem, og jeg sendte et brev om oplevelsen til ledelsen. Den reagerede prompte ved at lytte og tage fat om problemet. Respekt for sådan en reaktion”, siger Kurt Damsgaard. Oplevelsen viser, hvad et dårligt arbejdsmiljø kan betyde, hvis ledelsen bare lader stå til. Han påpeger dermed, at der faktisk er rum for, at ledelsen retter op på et dårligt arbejdsmiljø, før det når at sætte sig fast som en kultur, der ignorerer eller tilside-sætter patientens behov.

For lidt helhed – for meget detalje

Kurt Damsgaard ser en tæt sammenhæng mellem en høj sundhedsfaglig kvalitet og en ledelse, der giver læger og sygeplejersker lov og pligt til at fokusere og tænke bredere end deres snævre speciale. ”Tendensen er, at vi skal effektivisere og specialisere os og være rigtig dygtige til lige det her speciale. Men det er som om, at det overordnede formål mistes i al denne specialisering. Det er lidt lige som at skrive en artikel, der er grammatisk helt korrekt, men samtidig komplet uforståelig. Der er for meget fokus på detaljen og ikke på helheden”.

Fornemmelse for mennesker

”Jeg savner denne her lidt gammeldags fornemmelse for den patient, man møder. En fornemmelse for mennesker. Og et mod til at sige: ”Jeg tager ansvar for dig. Jeg skal nok sørge for, at du får den optimale behandling. Jeg er ekspert i det her, men jeg skal sørge for, at mine kolleger også gør deres arbejde godt og i den rigtige rækkefølge”. Det er mere noget mentalt end noget strukturelt. Det handler om, at et sådant fokus også har ledelsens bevågenhed. Når ingen tager ansvar for patienten, mister patienten tilliden. De skal være dygtige til at bortoperere og behandle kræft – men mere end det. Marias håb om, at noget kunne lykkes, forsvandt jo. Når man hele tiden skal starte forfra og får forkerter journaler og fornemmer, at de overhovedet ikke ved, hvad de laver. Så mister man både tilliden og håbet”.



Dansk Sygeplejeråd

Sankt Anna Plads 30, 1250 København K

Telefon 33 15 15 45

dsr@dsr.dk www.dsr.dk