

Hjemmesygeplejerske

– mellem omsorg og effektivitet

Et kvalitativt studie af sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune

Udarbejdet af Elisabeth Lone Behrenthz Andersen

VEJLEDER: Karen Tind Nielsen

10. SEMESTER 2015 AALBORG UNIVERSITET

ANTAL ORD: 33647

30 ECTS

Titelblad

Specialerapport 10. semester. Institut for sociologi og socialt arbejde, Aalborg Universitet

Titel: Hjemmesygeplejerske – mellem omsorg og effektivitet. Et kvalitativt studie af sygeplejeklinikker i Hjørring Kommune

Engelsk titel: Home Care Nurse – between caring and efficiency. A quantitative study of nursing clinics in the Municipality of Hjørring.

Antal ord: 33647

Skrevet i foråret 2015

Vejleder: Karen Tind Nielsen

Forord

I udarbejdelse af dette studie skal der rettes en stor tak til de deltagende sygeplejersker fra de to udvalgte distrikter, som har hjulpet mig og derved muliggjort dette studie. Jeg er taknemmelig for, at I har givet mig jeres tid, lukket mig ind i jeres klinikker og stillet Jer til rådighed til mine interviews. Ligeledes skal der rettes stor tak til den faglige stab i Hjørring Kommune, der har været mig behjælpelig under hele processen.

Det er væsentligt at fremhæve, at de fund og konklusioner, som præsenteres i dette studie, udelukkende bygger på min forståelse og tolkning, hvorfor hverken de deltagende sygeplejersker, klinikker eller distrikter står til ansvar for disse.

Executive summary

Today's society and specially the Danish health care system is characterised by a strong individualism and business-like values like efficiency and productivity which have influence on all sectors of the health care system. As a result of this, tendencies of health promotion and prevention of risk factors such as unhealthy diet, smoking, no physical exercise and drinking alcohol. Earlier the traditional society was characterised by solidarity and help was giving to those who needed it, but the new and post-modern focus on health promotion and prevention request the modern individual to take responsibility of its own health.

On these ground ten nursing clinics were established in the municipality of Hjørring in the year of 2013. These clinics aim to provide home nursing service to the citizens who are well enough to transport themselves to the clinics. However not all of them have the same success in treating the citizens at the nursing clinics and this is what this study aims to examine. The study is based on the hypothesis that different cultures can be found within this nursing districts, that courses different ways of regrading if the citizens should be treated a home or at the nursing clinics.

This study is based on six ethnographical observations in selected nursing clinics in two districts, followed by phenomenological semi-structured interviews with five nurses. These will be analysed hermeneutic and supplied by sociological theories including Alfred Schutz' concept of time, along with Maiken Schultz' symbolic cultural analysis. These theories will be supported by the traditional nursing philosophy of Kari Martinsen.

The empirical findings from the analysis, shows that the nurses from the two districts have similar comprehensions on the concept of time and the way it is affecting their work, in the nursing clinics. Even though some of the nurses describe time as structuring, they all enhanced that working in the nursing clinic provides them flexibility as well. On the concept of culture and solidarity within the districts, as well on the view at good nursing, the nurses from District 1 seem to put an emphasis on professional competence and efficiency, whereas the nurses from District 2 focus on caring. All of the nurses put an emphasis on the relational part of nursing including trust, recognition and continuity in treatments.

This study concludes, based on empirical findings, that the above-mentioned differences could be the reason that the districts have different success-rates but more research is needed to confirm the hypothesis.

Indholdsfortegnelse

Forord	0
Indledning	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
1.0 Problemfelt	6
1.1 Det sundhedsfokuserede samfund.....	6
1.2 Strukturreform	7
1.2.1 Strukturreformens baggrund	8
1.2.2 Sundhedsfremme og forebyggelse	10
1.2.4 Sammenhæng mellem individualisering og den forebyggende tanke i praksis.....	10
1.3 Præsentation af sygeplejeklinikkerne	11
1.3.1 Beskrivelse af sygeplejerskerne ansvarsområder	12
1.3.2 Status på sygeplejeklinikkerne	12
1.4 Problemformulering	15
1.5 Begrebsafklaring	16
1.6 Sociologisk relevans.....	16
1.7 Afgrænsning af projektets områder.....	17
2.0 Tidligere forskning om feltet	20
2.1 <i>Det relationelle møde og relationskompetence</i>	20
2.2 Care as a Moral Attitude in Nursing	21
2.3 Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital	23
2.4. Enhancing nurse-patient communication: a critical reflection.....	Fejl! Bogmærke er ikke defineret.
3.0 Metode	26
3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser	26
3.2 Komparativt casedesign.....	28
3.3 Adaptiv teoretisk tilgang	29
3.4 Observationer.....	31
3.5 Interviews	34
3.6 Analysestrategi.....	35
3.7 Ethiske overvejelser	37
3.8 Reliabilitet og validitet	39
4.0 Teoretisk tilgang	43
4.1 Symbolsk kulturanalyse.....	43
4.2 Tidens betydning.....	45
4.3 Omsorg i sygeplejen.....	46

4.4 Opsamling på de teoretiske perspektiver	48
5.0 Analyse.....	50
5.1 Sygeplejerskerne og klinikkerne	50
5.2 Kulturanalyse.....	52
5.3 Fællesskab blandt sygeplejerskerne	53
5.4 Tidens betydning.....	58
5.5 Relationen til borgerne	62
5.6 Forståelser af god sygepleje.....	67
5.5.1 Den gode sygeplejerske	74
5.7 Sygeplejeklinikkernes udfordringer	77
5.8 Opsamling på analysen.....	82
6.0 Diskussion	84

1.0 Problemfelt

Følgende studie tager sit udgangspunkt i sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune, hvor der laves en kulturanalyse af udvalgte klinikker. Dette gøres for at belyse, hvordan kultur kan være med til at forklare, hvorfor der i de enkelte distrikter ikke kommer det samme antal borgere, på trods af en fælles vision herom fra Hjørring Kommune. Inden der tages fat på dette, bliver det relevant at belyse, hvilken samfundskontekst som klinikkerne er etableret i; nærmere hvad er det for strømninger og sundhedsrelaterede tendenser, der kan siges at være aktuelle i dag, som kan have betydning for sygeplejeklinikkerne. Endvidere vil reformpolitiske tiltag præsenteres for at klarlægge disses betydninger for primærsektoren, som den kendes i dag. Dette efterfølges af det 'nye' blik og forståelse af sundhed. Endeligt præsenteres sygeplejeklinikkerne, deres formål og den tilhørende problematik med de forskellige succesrater, hvorefter problemfeltet afsluttes med problemformuleringen samt studiets efterfølgende fokus.

1.1 Det sundhedsfokuserede samfund

At være sund og have en sund livsstil har i dagens Danmark og det resterende vestlige samfund tillægges nærmest religiøs status, og betegnes af Nanna Mik-Meyer, som værende en slags metaværdi (Mik-Meyer 2014:57). Der stræbes efter på statsligt og regionalt plan, men også på kommunalt, som det skal ses i denne opgave, at fokus skal rettes mod sundhed og ikke mindst sundhedsfremme, fordi der hersker en forestilling om, at det sunde liv også er det gode liv (Hagel 2009:54, Mik-Meyer & Obling 2012:5). Dermed skal det forstås at forestillingen, om sundhed og 'det sunde' kun er relateret til kroppe og fysiske velbefindende ikke længere er gældende, fordi begrebet sundhed nu er at finde i alle sfærer, som individer bevæger sig i. Derfor kan sundhed i dag også kan argumenteres for at være socialt, idet sundhedsvaner mv. kan argumenteres for at skabes i relationerne blandt individerne (Mik-Meyer & Obling 2012:7,8, Mik-Meyer 2014:57). Ifølge Ilona Kickbusch kan sundhedsbølgen forstås, som både en territorielt- samt en bevidsthedsudvidelse, idet at sundheden er allestedsværende, og det kræves hele tiden, at det moderne individ aktivt tager et valg eller fravalg i udbuddet af sundhedsinformation og – produkter (Mik-Meyer & Obling 2012:7). På denne måde kan det sundhedsfokuserede samfund ikke blot siges at skabes 'ovenfra' med strukturelle tiltag, love og politikker, men det sundhedsfokuserede samfund skabes også på individniveau, hvor slankekure, livsstilsændringer og øget motionsniveau er en del af manges hverdage (Mik-Meyer & Obling 2012:7).

Med andre ord kan det sundhedsfokuserede samfund også betegnes som neoliberalt, idet at der sættes et større fokus på individernes egne roller i forbindelse med styrke og bevare et sundt helbred, og værdier som personligt ansvar, selvhjælp og selvkontrol afspejles, ifølge Mik-Meyer, i den danske stats velfærdsinitiativer (Mik-Meyer 2014:60). Dette handler således om et større skifte i det danske samfunds værdiorientering, hvor individerne forventes at tage ansvar og hånd om egen sundhed.

Disse værdier kan rent praktisk omsættes til de politiske ideer om mere sundhedsfremme, forebyggelse samt rehabilitering i sundhedsvæsenet, som alle var en del af de sundhedsrelaterede opgaver, som blev kommunale efter strukturreformen fra 2007. Nedenfor vil strukturreformen og dens baggrund præsenteres for at kontekstualisere og forstå den baggrund, som sygeplejeklinikkerne er etableret i.

1.2 Strukturreform

Strukturreformen fra år 2007 er den sidste større danske reform, hvor fysiske strukturer på lokal- og regionalplan ændres. Amterne blev nedlagt til fordel for større regioner, der blandt andet fik ansvaret for sygehusdriften (Krasnik 2011:118). Dette betød således også, at betingelserne og rammerne for den primære sundhedssektor – herunder kommunerne - ændredes, idet at der skal varetages en række opgaver indenfor sundhedsfremme og forebyggelse i kommunerne, samtidigt med de også tilbyder genoptræning til borgere, der kommer hjem efter endt sygehusophold samt behandling til borgere med alkohol- eller stofmisbrug (Sundhedsstyrelsen 2005 a:3). Kommunerne får derved et større ansvar, men også mulighed for at gøre en forskel for den enkelte borger.

Kommunerne skal med de nye forebyggelsesopgaver sikre, at borgerne forbliver sunde og raske, men samtidig også hindre, at kroniske sygdomme udvikler sig samt hindre komplikationer og tilbagefald ved sygdom (Sundhedsstyrelsen 2005 a:6, Larsen 2012:30). Derfor er rehabilitering og genoptræning også en af de væsentligste opgaver, som kommunerne skal varetage efter strukturreformen, hvilket ellers tidligere var en opgave, som sekundærsektoren, altså hospitalsvæsenet, varetog (Larsen 2012: 30,32)

Med strukturreformen fra 2007 kan der argumenteres for, at der således er sket en decentralisering af sundhedsydelserne, fordi kommunerne leverer den primære ydelse, og det er først med nære sundhedstilbud (Klitgaard 2014).

Primærsektoren har foruden de ovenstående opgaver med sundhedsfremme og behandling, også en række andre sundhedsrelaterede forhold, som denne sektor sørger for. WHO definerer den primære

sundhedstjeneste¹, som den sektor/sundhedstjeneste, der varetager de basale sundhedsrelaterede forhold og vilkår, som er medvirkende til at sikre en bedre sundhed for befolkningen samt en række andre helbredsrelaterede foranstaltninger (WHO 2015, Vallgård 2011:16). Den primære sundhedstjeneste rummer almindelige praktiserende læger og fysioterapeuter, kiropraktorer, tandlæger, sundheds – og hjemmesygeplejersker, fodterapeuter, apotekere mv. (Vallgård 2011:16).

1.2.1 Strukturereformens baggrund

Struktureformen og de ændringer denne medførte for det offentlige sundhedsvæsen, blev gennemført i år 2007, kan ses som et led i en række mindre sundhedsreformer begyndende med kommunalreformen fra år 1970. Disse ændringer er det, der tilsammen udgør sundhedsvæsenet, som vi kender det i dag (Kransik 2011:130-131). Allan Krasnik argumenterer for, at struktureformen skal ses som et udtryk for et behov for større enheder, som kan sikre en vis kvalitetsstandard, ”[...]bedre omkostningseffektivitet, klarer ansvarsfordeling og sammenhæng i patientforløb” (Krasnik 2011:131). Det har ligeledes været relevant at lægge de mindre kommuner sammen til større enheder for at sikre kompetencer og kapacitet til de nye forebyggelses – og rehabiliteringsopgaver, men også for at skabe mere sammenhæng i længere patientforløb, som eksempelvis ved kronisk sygdom (Klitgaard 2014). Etablering af sundhedscentre og sygeplejeklinikker kan forstås som en netop en følge af dette.

En af de samfundsmæssige strømninger, som kan antages ligger bag ved struktureformen, kan argumenteres for at hænge sammen med det sociologiske begreb om individualisering.

Individualisering handler, ifølge Ulrich Beck, om at individerne i højere grad er henvist til sig selv, og individet har således selv ansvar for at skabe sit eget liv og identitet (Rasborg 2007:466).

Individerne i det danske samfund bliver med individualiseringstanken i højere grad overladt til sig selv og får dermed ansvaret for sin egen sundhed og helbred. Det nye fokus på forebyggelse bliver derved en håndgribelig måde for individerne at håndtere deres eget helbred på, fordi her er det muligt for individerne at sætte ind, kontra inden sygedommen er sat ind.

Det nye fokus på sundhedsfremme og forebyggelse betyder ifølge Jette Vinther Roesen, at der lægges et større pres på sygeplejerskerne i primærsektoren om at inkorporere dette i deres arbejdsgang med borgerne både i eget hjem og på plejehjem (Roesen 2012:151), men også i mange af de nyopståede sundhedscentre og sygeplejeklinikker, som kan anskues som en decentralisering af sundhedsydelserne. For sygeplejerskerne kan det, at skulle arbejde efter politiske bestemte

¹ Den primære sundhedstjeneste og primær sektoren handles i dette studie som synonymer.

retningslinjer og forventninger om forbedring af befolkningsgruppens samlede sundhed, opleves som komplekst, idet der samtidig skal ydes omsorg og pleje i overensstemmelse med den enkelte borgers ønsker (Roesen 2012:151), hvorfor sygeplejersken kan stilles i et dilemma i forhold til, hvilken type sygepleje der skal udføres; om det kan være sundhedsfremmende og forebyggende, som er i tråd med de politiske bestemte retningslinjer, eller om pleje skal udføres med henblik på patientens ønsker, som kan være modstridende med de politiske retningslinjer.

Fokus på sundhedsfremme og forebyggelse er relativt nyt, men Krasnik argumenterer for, at allerede i år 1993 anbefaledes der i en rapport fra Verdensbanken at vende blikket mod forebyggelse af sygdom og behandling af infektionssygdomme (Krasnik 2011:120). Historisk set har der, ifølge Roesen, heller ikke været tradition for forebyggelse af sygdomme, men nærmere på diagnosticering og behandling, når sygdommen er indtruffet i stedet for (Rosen 2012:152). Den danske regering satte fokus på forebyggelse allerede i år 1989 med det første danske forebyggelsesprogram (Kjøller 2007:2). Programmet udviste dog ikke samme brede forståelse af forebyggelse, som ellers kendetegner forebyggelsesprogrammer – og pakker i dag. Med dette menes der, at der i Forebyggelsesprogrammet fra 1989 således var direkte fokus på indsatser overfor ulykker, kræft og hjertekar-sygdomme, samtidigt med at muskel – og skeletsygdomme samt psykiske lidelser ligeledes blev prioriteret (Kjøller 2007:2). Først med regeringens Folkesundhedsprogram 1999 – 2008 blev der sat fokus på forebyggelse, som vi kender det i dag, uden så meget opmærksomhed til enkelte sygdomme eller behandlinger, men på sundhedsdeterminanter og indsatser for risikofaktorerne; usund kost, rygning, alkohol samt motion. Indsatserne er endvidere rettet mod forskellige aldersgrupper og arenaer, som det kan være relevant at sætte ind på. I 2002 fremsatte den daværende VK-regering endnu et forebyggelsesprogram for de nationale strategier og mål for udviklingen i befolkningens generelle sundhedstilstand i årene 2002 – 2010 (Kjøller 2007:2). Mange af disse strategier og mål byggede videre på tankerne bag Folkesundhedsprogrammet 1989, hvorfor man for alvor kan tale om, at sundhedsfremme og forebyggelse er blevet sat på dagsordenen.

Meget er sket siden da, og med Sundhedsstyrelsens 11 forebyggelsespakker fra år 2012 med anbefalinger til kommunernes indsatser på netop dette område, blive dette nye fokus yderligere skærpet, idet at de enkelte forebyggelsesområder bliver tydeliggjort (Sundhedsstyrelsen 2014). Som antydnet tidligere, har der historisk ikke været tradition for forebyggelse. Men Roesen argumenterer for, at der i løbet af de sidste årtier er sket en ændring i sygdomsmønstret, idet flere og

flere 'diagnosticeres' med sygdomme, der er direkte relateret til livsstil – og vilkår, nemlig de såkaldte livsstilssygdomme med overvægt, alkoholmisbrug, hjertekarsygdomme, diabetes samt cancer, hvoraf mange af dem kan forebygges ved tidlig indsats (Roesen 2012:152).

1.2.2 Sundhedsfremme og forebyggelse

At arbejde sundhedsfremmende og forebyggende i primærsektoren dækker over sundhedsrelaterede aktiviteter, ifølge Sundhedsstyrelsen. Sundhedsfremmende arbejde er således en aktivitet, der forsøger at fremme det enkelte individs sundhed samt en mere generel folkesundhedstilstand ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere det enkelte individs ressourcer og handlingskompetencer (Sundhedsstyrelsen 2005 b:49, Roesen 2012:155), hvorfor blikket således vendes bort fra sygdom, men mod sundhed og på de faktorer og påvirkninger, der forårsager et sundt individ.

Dette er dog ikke tilfældet for det forebyggende arbejde, som kan karakteriseres som en aktivitet, der forsøges at hindre opståen og udvikling af en sygdom, ulykker eller psykosociale problemer, og på denne måde fremme den samlede folkesundhed (Sundhedsstyrelsen 2005 b: 27.28, Roesen 2012:155).

I tillæg hertil bør begrebet rehabilitering også præsenteres, idet at dette begreb har betydning for studiets fokus samt er en væsentlig del af kommunernes nye opgaver. Sundhedsstyrelsen definerer rehabilitering som en sundhedsrelateret aktivitet, der indeholder både sundhedsfremme samt forebyggelse, der har til formål at genoprette og vedligeholde det fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau hos patienten og forhindre tilbagefald af sygdom (Sundhedsstyrelsen 2005 b:40). Rehabilitering består derved af patientundervisning, styrkelse af egenomsorg, støtte og genoptræning samt efterbehandling, hvorfor det er særligt relevant for at skabe større sammenhæng for patienter og borgere, der modtager ydelser fra både den primære og sekundære sektor.

1.2.4 Sammenhæng mellem individualisering og den forebyggende tanke i praksis

Det nye fokus på forebyggelse og de konsekvenser, der er for det enkelte individ, er med til at dels styrke individets bevidsthed om sundhed og egen krop, men også at der samtidigt lægges et større pres og ansvar over på den enkelte, idet at forebyggelsestanken fordrer, at ethvert enkelt individ i højere grad bliver sin egen "sundhedssmed", fordi individerne bliver pålagt et større ansvar. Forebyggelsens indtrængen i kommunernes sundhedstilbud ses også i Hjørring Kommune. Dette ses blandt andet i kommunes sundhedspolitik, hvor der sættes fokus på, at borgerne i højere grad selv skal kunne mestre sit eget liv, samtidig med at der også er fokus på mere sundhedsfremme i

hverdagen (Hjørring Kommune 2015:4-5). Ligeledes ses det sundhedsfremmende og forebyggende i bilag 6, som er en rapport, der har til formål at kortlægge Hjørring Kommunes seniorers helbredstilstand og efterfølgende udarbejde implementeringsforslag, der beskriver konkrete mål samt indsatser.

Nedenfor præsenteres sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune. Netop sygeplejeklinikkerne kan ses som et udtryk for dels sundhedsfremme og forebyggelse, idet at dette er den del af sygeplejerskernes funktionsbeskrivelse, men samtidig kan de også anskues som en del af Hjørring Kommunes fokus på rehabilitering samt ønsket om, at den ældre befolkningsgruppe mestrer eget liv.

1.3 Præsentation af sygeplejeklinikkerne

I år 2013 etablerede Hjørring Kommune ti sygeplejeklinikker, der alle har til formål at give sygeplejefaglige behandling til borgere i kommunen, der har behov for det. Sygeplejeklinikkerne er placeret på kommunes ældre – og aktivitetscentre, men på trods af dette er sygeplejeklinikkerne for borgere i alle aldre (Hjørring Kommune 2013:2). Sygeplejeklinikkerne drives af de kommunale hjemmesygeplejersker, men er et tilbud om sygepleje til de borgere, der er så raske og friske, at de fysisk kan bevæge sig ud fra hjemmene og hen til klinikkerne (Bilag 1:1). At modtage sygeplejedydelser i klinikken er, ifølge sagsfremstillingen fra Hjørring Kommune (Bilag 1), at foretrække af flere årsager; sygeplejerskerne i klinikken har på mange måder bedre arbejdsvilkår, idet at de har alle redskaber til rådighed, samtidig med at der er gode hygiejniske forhold i klinikkerne (Bilag 1:1). Ligeledes er der en forestilling om, at der ved konsultation i sygeplejeklinikkerne frem for i borgernes hjem, kan gennemføres et større antal konsultationer i løbet af en arbejdsdag, end når der skal afsættes tid til transport mellem de respektive borgere. Samtidig kan det også argumenteres for, at der er et rehabiliterende aspekt for borgerne ved at bede dem om at komme til klinikken. Derved får borgerne bevæget sig, og det tilføjes, at borgerne får muligheder for at skabe sociale relationer, idet at sygeplejeklinikkerne er placeret på ældre- og aktivitetscentrene, hvor der foregår aktiviteter, som borgerne kan deltage i før eller efter besøg i sygeplejeklinikken (Bilag 1: 1-2).

1½ år efter etableringen af sygeplejeklinikkerne er der foretaget en mindre evaluering, hvor en række positive erfaringer bliver fremhævet såsom, at sårbehandlinger har kortere varighed, fordi helingsprocessen er kortere i klinik end i hjemmet, og at sygeplejerskerne selv oplever en øget effektivitet med flere borgere pr. dag. Dog oplever de også, at der endnu er borgere der er skeptiske

overfor klinikkerne og stadig gerne vil modtage sygepleje i hjemmet, som de kender fra tidligere (Bilag2:2).

1.3.1 Beskrivelse af sygeplejerskerne ansvarsområder

I Hjørring Kommune dækker sygeplejerskernes ansvarsområder over forskellige facetter. Foruden naturligvis at udføre og yde sygepleje, er der også et formidlende og ledende aspekt tilknyttet, hvilket således betyder, at de skal *"[...] rådgive, vejlede og undervise borgere og pårørende med henblik på sundhedsfremme, mestring og lindring"* (Bilag 5:3). I tillæg til dette handler den ledende del om, at sygeplejerskerne skal udvikle egen faglig viden med henblik på at erhverve sig flere kompetencer, men også med blik for, at dette kan være medvirkende til at sikre kvaliteten i deres arbejde (Bilag 5:3). Det udførende arbejde består udover behandling og lindring, som kan anskues som traditionelle sygeplejepleje faglige opgaver, også i at arbejde både sundhedsfremmende – og bevarende samt forebyggende og rehabiliterende. Dette er alle aspekter af sygeplejen, som deles med tanker og ideen bag Strukturreformen fra år 2007. Her overtog primærsektoren rehabiliteringsopgaver fra sygehusene, men fik også den nye opgave med forebyggelse og sundhedsfremme. Det udførende arbejder består i, at

"[...] kortlægge borgerens sundhedsbehov og sygdomsrisici fysisk, psykisk og socialt, reagere på symptomer, på ændret sundhedstilstand, både som tidlig opsporing og i akutte- og sub akutte situationer. [...] Sikre, at borgerne forbliver mest muligt selvhjulpne gennem implementering og anvendelse af velfærdsteknologiske løsninger i hverdagen" (Bilag 5:1).

I ovenstående citat bliver det således tydeligt, at sygeplejerskerne også skal opfordre borgerne til at forblive aktive i hverdagen gennem mestring af eget liv og rehabilitering samt velfærdsteknologiske løsninger. Dette kan ligeledes anskues som forebyggelse af sygdomme og tidlig funktionsnedsættelse².

1.3.2 Status på sygeplejeklinikkerne

Ved etableringen af sygeplejeklinikkerne er der fra Hjørring Kommunes side udarbejdet en politisk målsætning om, at 25 % af de borgere, der modtager sygeplejeydelser i år 2014, skal komme i klinikkerne. I sagsfremstillingen bliver det betonet, at denne målsætning dels er styret af budgettet for årene 2011 – 2014, og dels er styret af muligheden for at sikre en vis kvalitet i ydelserne (Bilag 1:1).

² Visionerne om mestring af eget liv og rehabilitering kan også findes i Hjørring Kommunes sundhedspolitik 2015 – 2018. <http://www.hjoerring.dk/Borger/Sundhed-amp-Forebyggelse/Sundhedspolitik-20152018.aspx>

For at kunne indfri dette mål, er sygeplejeklinikkerne blevet geografisk strategisk fordelt. Foruden at have placeret dem på ældre – og aktivitetscentrene, er disse ligeledes fordelt således, at ethvert distrikt har en sygeplejeklinik i Hjørring by, mens de resterende klinikker er placeret i oplandet eller i ydrekanterne af Hjørring Kommune. Denne strategiske placering af sygeplejeklinikkerne er vurderet nødvendig, hvis målsætningen om at 25 % af borgerne, der modtager sygeplejeydelser, skal forgå i netop klinikkerne.

Som det fremgår af tabellen nedenfor er der efter det ene år, hvor klinikkerne har eksisteret, ikke nået målsætningen om, at 25 % af borgerne, der modtager sygeplejeydelser, skal komme i klinikkerne. I perioden fra august 2013 til august 2014 kom der samlet set kun 17 % af borgerne i klinikkerne. Det er dog værd at bemærke, at der er sket en stigning på 2 procentpoint i dette tidsrum. Den største stigning er sket i distrikt 4 med 4 procentpoint, mens at der i distrikt 2 ingen ændringer er sket, og dermed er længest fra kommunens politiske målsætning om at behandle 25 % af borgerne i klinikkerne.

Tabel 1.³

Distrikt	August 2013	August 2014	Udvikling
Distrikt 1	16 %	18 %	2 %
Distrikt 2	12 %	12 %	0 %
Distrikt 3	15 %	18 %	3 %
Distrikt 4	17 %	21 %	4 %
I alt	15 %	17 %	2 %

Endvidere ses det på nedenstående tabel, at det også er distrikt 2 der har det laveste antal borgere på sygeplejeklinikkerne samt det laveste samlede antal besøg. Det distrikt, hvor der er flest borgere tilknyttet er distrikt 3, mens der dog er flere besøg på klinikkerne i distrikt 1 med over dobbelt så mange besøg end i distrikt 2.

³ Kilde: Bilag 2:1

Tabel 2⁴

2014	Antal borgere heraf på sygeplejeklinik	Antal besøg heraf på sygeplejeklinik
Distrikt 1	153	5980
Distrikt 2	73	2481
Distrikt 3	161	5541
Distrikt 4	158	4807
Hjørring ialt	545	18809

Som det fremgår i Bilag 2 vurderer Hjørring Kommune, at distrikt 2 ikke har opnået de 25 % borgere i sygeplejeklinik, fordi den ene af de tre klinikker blev etableret senere end de andre, og derved ikke har fået fodfæste og er blevet implementeret på samme niveau som de øvrige klinikker (Bilag 2:2).

I denne forbindelse bør det dog bemærkes, at netop den ene klinik er etableret, selv om dette ikke var anbefaleles værdigt, og etableringen af denne er altså politikbestemt og ikke på baggrund af efterspørgsel i dette distrikt (Bilag 2:4).

Det kan dog i denne forbindelse være relevant at belyse, om der kan være andre årsager til, at distrikt 2 ikke har samme succesrate i sygeplejeklinikkerne som de resterende distrikter. På trods af, at sygeplejeklinikkerne henvender sig til borgere i alle aldersgrupper, kan der argumenteres for, at på baggrund af deres geografiske placering på ældre – og aktivitetscentre henvender sig til den ældre befolkningsgruppe, og derfor kan det være relevant at belyse, om denne befolkningsgruppe fordeler sig skævt i Hjørring Kommune. Som det ses på tabellen nedenfor, bor der færrest borgere i distrikt 3, hvor der i distrikt 1 samlet set bor flest borgere. Distrikt 2 er det næststørste beboede distrikt af borgere på + 65 år med 16.699 borgere i alt, som potentielt kan komme i klinikkerne. I Bilag 7 kan det dog ses, at der i distrikt 2 blot er tilknyttet 51 borgere (cpr.-numre), mens der i de resterende distrikter er tilknyttet næsten dobbelt så mange og benyttes mere end dobbelt så meget tid i klinikkerne end i distrikt 2, hvor der kun sættes 181 timer af til pleje i klinikkerne (Bilag 7:1)

⁴ Kilde: Bilag 4

Tabel 3⁵

DISTRIKT	Maend	Kvinder	Borgere i alt
Distrikt 1	9145	9278	18423
Distrikt 2	8468	8131	16699
Distrikt 3	7128	7131	14259
Distrikt 4	7821	8042	15863

Ligeledes kan der stilles spørgsmålstejn ved om den type opgaver og sygeplejefaglige ydelser, der behøves, varierer fra distrikt til distrikt. Med dette menes der, at de sygeplejefaglige opgaver er tungere i den forstand, at det er opgaver, der af den ene eller anden årsag, bedst løses i hjemmene og ikke i klinikkerne. Det kan være tunge palliative opgaver eller opgaver hos borgere, der ikke er mobile og som ikke har mulighed for anden kørsel⁶. Som det ses i Bilag 7, har distrikt 1 overvægt af opgaver med opfølgning, dispensering samt medicinadministration- og givning, hvilket også er samme opgaver, som distrikt 2 udfører oftest (Bilag 7:4,5).

Endeligt kan blikket vendes fra borgerne og mod hjemmesygeplejerskerne i stedet for, og der kan således undersøges, om der er forskelle i organisationen, hvis disse sammenlignes på tværs af distrikterne. Netop dette er hvad, dette studie tager udgangspunkt i. Der udarbejdes antagelser om, at etableringstidspunktet, som Hjørring Kommune selv fremhæver, har væsentlig betydning for de forskellige succesrater, men at forskellige kulturer, normer og handlemåder derimod kan være medvirkende årsag her til. Derfor vil der i følgende studie tages udgangspunkt i distrikt 2, idet at det er her at den laveste succesrate forefindes, samt distrikt 1, da dette er distriktet, der har den største succesrate.

1.4 Problemformulering

Med ovenstående forståelser og præmisser for sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune, leder dette op til nedenstående problemformulering, som studiet vil besvare.

Hvilke forskellige sygeplejekulturer er der at finde i de udvalgte sygeplejeklinikker i distrikterne i Hjørring kommune? Kan disse forskelle i kulturer være med til at forklare, hvorfor sygeplejeklinikkerne har forskellige succesrater?

I forbindelse med ovenstående arbejdes der ud fra antagelsen om, at der er kulturelle forskelle at finde, og at disse således påvirker måder at udføre sygepleje på. Det antages også, at disse

⁵ Kilde: Bilag 3

⁶ Hjørring Kommune har ikke lovhjemmel til at betale for kørsel til og fra sygeplejeklinikkerne.

forskellige kulturer i de respektive distrikter påvirker måden, hvorpå sygeplejerskerne vurderer om borgerne skal modtage sygepleje i klinikkerne eller i hjemmene.

1.5 Begrebsafklaring

Med ordet sygeplejekulturer forstås, hvilke kulturer, der er at finde blandt sygeplejerskerne i de to udvalgte distrikter, altså hvilke normer, værdier og handlemåder, der gør sig gældende for sygeplejerskerne internt, og om disse er forskellige fra hinanden i sygeplejedistrikterne. Det er altså ikke tale om kultur i en antropologisk forstand, hvor er undersøges etnicitet og forskelle her i, men nærmere forskelle i handlemåder, opfattelser, værdier, holdninger og mønstre i sygeplejen (for uddybning af kulturbegrebet se afsnit 4.1).

Med ordet succesrater menes der, hvor succesfuld og effektiv den pågældende klinik er målt på antal borgere, der modtage sygepleje i klinikkerne. Som påvist i afsnit 1.2.2 er det forskelligt, hvor stor andel af borgere, der modtager sygeplejedydelser, der kommer i klinikken.

1.6 Sociologisk relevans

Følgende afsnit redegør for, hvordan dette studie skriver sig ind i en sociologisk tradition og dermed kan argumenteres for at være sociologisk relevant. Studiet af sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune og deres succesrater i forhold til at opnå den politiske målsætning, om at 25 % af borgerne, der modtager sygeplejedydelser, kan siges både at skrive sig ind i en sundhedssociologisk tradition, men indeholder ligeledes elementer af den mere klassiske organisationssociologi.

Det sundhedssociologiske felt kan ses, idet at der arbejdes sociologisk med sundhedssektoren, altså de udvalgte sygeplejeklinikker, og derved kræves en bred indføring i sundhedssektorens opbygning. Ikke desto mindre bliver det relevant at inddrage organisationssociologien, idet problematikken med de forskellige succesrater i de forskellige distrikter betragtes som en kulturel problemstilling. Kjær & Vikkelsø beskriver organisationssociologien som værende ”[...] *et sæt af sociologisk inspirerede tilgange til studiet af organisationer og organiseringsprocesser*” (Kjær & Vikkelsø 2012:163).

Organisationer er en integreret del af det moderne individs verden, idet at *vi arbejder i, styres af, problemløser gennem og stoler på dem* (Kjær & Vikkelsø 2012:163). Det er en videnskabelig tradition, der anlægger et sociologisk blik på arbejdsprocesser, arbejdsdeling og koordination.

Organisationsociologien er dermed udviklet med det formål at undersøge de udfordringer og problemstillinger, der potentielt vil kunne opstå i det organiserede arbejde med sundhed, men også en række andre forhold, som kan argumenteres for, er organisatoriske anliggender (Kjær og Vikkelsø 2012:164).

Netop dette studie undersøger et mere moderne organisationsociologisk tema, nemlig hvad Kjær

og Vikkelsø betegner som *mening og organisation*, som sætter fokus på, hvordan organisatorisk adfærd påvirkes af kulturelle normer og forestillinger (Kjær & Vikkelsø 2012:165). Dette tema har siden 1930'erne optaget organisationsforskere, idet de her blev opmærksomme på betydningen af uformelle relationer i organisationer, altså hvorledes roller, kultur, normer og rutiner påvirker den daglige arbejdsgang og organisationens hele. Organisationssociologien 'låner' således klassiske sociologiske begreber og anvender den med arbejdsrelateret sigte.

Når dette er sagt, bliver det nu relevant at præcisere fokus i dette studie. Som antydnet ovenfor, behandler dette studie tematikken *mening og organisation*, hvorfor der således vil blive sat fokus på sygeplejerskernes normer og kultur; hvordan de i praksis udøver sygepleje, og hvorledes disse normer og kulturer afskille sig fra hinanden i de respektive distrikter. Kjær og Vikkelsø påviser, hvordan institutionelle forskere har undersøgt, hvorledes organisationer formes af strukturer og processer i det felt, som organisationen er en del af (Kjær & Vikkelsø 2012:170). Felt i denne forbindelse er en betegnelse for "*[...] den gruppe af organisationer, der er underlagt fælles meningssystemer, og som interagerer mere intenst med hinanden end med aktører uden for feltet*" (Kjær & Vikkelsø 2012:107-171). Studiet har netop til opgave at vise essensen af ovenstående citat, blot med det for øje, at det, på baggrund af de forskellige succesrater i de respektive distrikter, antages, at på trods af påvirkning fra ens strukturer, processer og politikker, stadig kan være forskelle i de distrikter og felter, fordi de er underlagt forskellige meningssystemer.

1.7 Afgrænsning af projektets områder

Ovenstående indkredsning af problemfeltet vidner om de valg, der er foretaget i løbet af processen for at skærpe fokus mod sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune og deres problematik. Med tilvalget af nogle perspektiver, betyder det også en naturlig afgrænsning fra nogle områder eller metoder, som derved ikke vil blive belyst i dette studie. Studiets tilvalg vil udfoldes senere (se afsnit 3.0 samt 4.0), men for at forstå de fravalg, som præsenteres nedenfor, vil disse kort skitseres. Følgende studie er en kvalitativ undersøgelse af tre udvalgte sygeplejeklinikker i Hjørring Kommune. Empirien er indsamlet ved hjælp af seks observationer i klinikkerne samt fem enkeltmandsinterviews. Teoriapparatet som vil blive brugt til dette studie, anvendes med afsæt i den adaptive teori, hvorfor det ikke er komplette teoretiske værker, som bliver benyttet. Derfor tager dette studie sit teoretiske udgangspunkt i udvalgte orienterende begreber nemlig en symbolsk kulturanalyse, tidens betydning samt Kari Martinsen omsorgsfilosofi.

En af de væsentligste afgrænsninger i forbindelse med dette studie, har været i forbindelse med studiets empiri. Som beskrevet under præsentationen er sygeplejeklinikkerne, findes der således ti klinikker fordelt på fire distrikter (Hjørring Kommune 2013:4). I dette studie er der valgt blot at belyse problematikken med de forskellige succesrater i forbindelse med, hvor mange borgere, der modtager sygepleje i klinikkerne, ud fra kun to af distrikterne, hvor der samlet er besøgt tre af klinikkerne. Dette valg er foretaget ud fra dels et tidsmæssigt perspektiv, i den forståelse at indsamling af både observationer samt interview i to distrikter yderligere, ville have krævet mere tid, og dels et ønske om at nå i dybden i de to udvalgte distrikter. I tillæg til dette er valget af de to distrikter og de tilhørende sygeplejeklinikker foretaget på baggrund af de præsenterede statistikker, hvor netop distrikt 1 og 2 har det hhv. største og mindste besøgsantal (se afsnit 1.2). Som det senere beskrives i afsnit 3.2 er der også metodologiske overvejelser over de udvalgte sygeplejeklinikker.

Der er ligeledes foretaget fravalg i forbindelse med empiriindsamlingen, altså studiets anvendte metoder. Der er i relation til observationerne valgt at lave deltagende observation i stedet for observationer uden deltagelse. Dette er gjort med henblik på ikke at forstyrre konsultationerne undervejs med en tavs tilstedeværelse, hvorfor jeg således har præsenteret mig selv og deltaget i samtalerne undervejs, hvis dette var nødvendigt (se afsnit 3.4 + 3.5 for uddybende refleksioner over empiriindsamlingen). Ligeledes er der gjort fravalg i relation til den anden anvendte metode nemlig interviewmetoden. Her er der således fravalgt at lave fokusgruppeinterview, på trods af denne type interview også ville kunne give brugbart og interessant empiri i forbindelse med undersøgelsen af kulturerne i de respektive distrikter, idet at kulturen kan argumenteres for at 'finde sted' blandt sygeplejerskerne. Valget af enkeltmandsinterview skal dog ses i sammenhæng med, at sygeplejerskerne i deres arbejde er alene, både når de er i sygeplejeklinikkerne, men også når de yder sygepleje i hjemmene til borgere, der ikke kommer i klinikken, hvorfor de hver medbringer rutiner, normer og handlemåder fra konsultationer, når de mødes til pauser mv. Valget af enkeltmandsinterviews hænger ligeledes sammen med, at der er en række ulemper ved anvendelse af fokusgruppeinterview – herunder at de deltagende sygeplejersker undertiden vil kunne påvirke hinandens meninger og holdninger undervej, således at nogle om muligt ikke vil udtrykke deres oprindelige holdning.

Den sidste væsentlige afgrænsning i forbindelse med dette studie, er valgt om hverken at arbejde induktivt eller deduktivt, men i stedet for at benytte den adaptive teori som forskningsstrategi. På trods af, at det øjensynligt er arbejdet induktivt i indsamlingen af observationer, bør det her nævnes,

at problemstillingen og antagelserne om årsagen til de forskellige succesrater allerede var kendt, før studiets påbegyndelse (se afsnit 3.6). Derved vil det være problematisk at argumentere for en rent induktiv tilgang. Den deduktive forskningsstrategi er ligeledes fravalgt, idet at der var et ønske om ikke at lade teoretiske forståelser og begreber præge observationerne, men derimod holde dem så fri for antagelser som muligt.

2.0 Tidligere forskning om feltet

Følgende afsnit vil præsentere, hvad der tidligere er forsket i, som har relevans for dette studie. Idet at sygeplejeklinikker som fænomen er forholdsvist nye både i dansk og udenlandsk kontekst, har det ikke være muligt at finde studier med et lignende felt som udgangspunkt. Derfor er der således udvalgt tekster på baggrund af et litteraturstudium (Bilag 8), som indeholder mere overordnede tematikker, som det forventedes at finde i bearbejdelsen af empirien, samt begreberne kultur og god sygepleje, som er omdrejningspunkter for problemformuleringen (se afsnit 1.4). Følgende afsnit har således to formål; dels at vise hvilke andre studier og felter relaterede til dette studie, og dels vil konklusionerne fra de udvalgte studier, anvendes til at diskutere dette studies fund, således at dette studies fund ikke står alene, men kan ses ind i en større samfundsmæssig kontekst.

2.1 *Det relationelle møde og relationskompetence*

Artiklen *Det relationelle møde og relationskompetence* (2007) af Helle Brøbecher & Charlotte Delmar er en del af et udviklingsprojekt, som omhandler udviklingen af relationskompetence. Artiklen har et todelt fokus, nemlig hvilke kendetegn et godt møde har set i et omsorgsperspektiv, samt hvad der kendetegner relationskompetencer (Brøbecher & Delmar 2007:62). Artiklen tager sit teoretiske afsæt i Kari Martinsens omsorgsfilosofi, idet der søges at belyse problemstilling fra to perspektiver; først patientperspektivet, hvor undersøgelser viser, at mange patienter ikke føler sig hørt og set, hvorfor ens behov overses, og dernæst et samfundsmæssigt perspektiv, hvor sundhedspersonalet er presset på grund af krav om mere ”[...]effektivitet, fleksibilitet, produktivitet samt dokumentation af sundhedsydelse og deres kvalitet (Brøbecher & Delmar 2007:62).

Brøbecher & Delmar argumenterer for, at kvaliteten i mødet mellem sundhedsprofessionel og patient har stor betydning for patientens oplevelse og reaktion på at være syg, idet at mødet ikke blot har til formål at være behandlende, men mødet indeholder også en moralsk dimension fra sygeplejerskens side. Det relationelle knytter sig, ifølge Brøbecher & Delmar, også til det moralske, og der argumenteres for, at den moralske dimension og den gode relation rækker udover den professionelle handlen (Brøbecher & Delmar 2007:62). Ved hjælp af Martinsens omsorgsbegreb udfolder Brøbecher & Delmar således den gode relation, fordi vi med Martinsens forståelse af omsorg altid er henvist til hinanden og altid indebærer mindst to parter (Brøbecher & Delmar 2007:62).

Begrebet om relationskompetence udfoldes ved hjælp af professor Bente Jensen og hendes kompetencebegreb, der er udviklet med afsæt i pædagogikken. Kompetence beskrives overordnet som færdigheder eller kapacitet som udtrykkes gennem evner eller handlinger eller som personlige

potentialer. Relationskompetence har fokus på den nære relation samt den personlige kompetence, som det kræves for at kunne indgå en sådan relation. Det handler således om først at kunne etablere en god relation, indgå, vedligeholde og sidst, men ikke mindst afslutte relationen, hvorfor det kræves at kunne være social. I tillæg beskriver Brøbecher & Delmar også, at relationskompetencen også i et sygeplejefagligt perspektiv må indeholde særlige faglige kvaliteter for at synliggøre kvaliteten og omsorgen (Brøbecher & Delmar 2007:66). Relationskompetence udspiller sig, ifølge Brøbecher & Delmar på tre forskellige niveauer; et ydre og synligt niveau, hvor konkrete handlinger overfor patienten og for denne bedste udspiller sig. Herefter følger et usynligt plan, som udfolder sig i sygeplejerskerne og deres samarbejde med andre. Hertil er der knyttet, hvad der betegnes som personlig kundskab, som dækker over refleksivitet, sansning, erfaringer, udvekslinger og faglig kompetence (Brøbecher 2007:70,71). Endeligt findes der et usynligt plan, som rummer sygeplejerskens selvopfattelse og mening. Dette betyder således, at det er evnerne til bl.a. at anerkende patienten, vise engagement og interesse over for patienten. Samtidigt skal sygeplejersken også udvise autoritet og tage ansvar for relationen (Brøbecher & Delmar 2007:70,71). Brøbecher & Delmar konkluderer således, at relationskompetencen indeholder specifikke færdigheder, præstationer samt evner til at sanse, reflektere og erfare. I tillæg omhandler denne kompetence også om at kunne fordybe sig fagligt (Brøbecher & Delmar 2007:71).

2.2 Care as a Moral Attitude in Nursing

Artiklen *Care as a Moral Attitude in Nursing* (1999) er skrevet af Gastmans og har afsat i antagelsen om, at sygeplejen indeholder flere dimensioner end blot behandlings – og omsorgsdelen, nemlig en moralsk dimension, hvorudaf omsorg udspringer. Ligeledes argumenteres der for, at omsorg er grundlæggende og normativ i sygeplejefaglig etik (Gastmans 1999:214). Artiklen søger at undersøge de moralske holdninger til omsorg, som kan spores hos sygeplejerskerne i praksis. Gastmans forklarer, at omsorg i et generelt perspektiv kan ses som en måde at relatere sig til andre på i en relationel kontekst med særlig fokus på vedligeholdelse og udvikling af relationen. Gastmans undersøger følgende underdimensioner for at kunne fastslå, hvilke andre dimensioner sygeplejen indeholder; *the place and significance of skills and attitudes in nursing, caring as a moral attitude; the (role) responsibility of the nurse* samt *the importance of the social and institutional context of nursing for the development of the moral attitude of caring*.

The place and significance of skills and attitudes in nursing beskriver sygeplejefaglige færdigheder, som skal udføres på baggrund af den bedste viden samt et normativt regelsæt. I frygt for at

sygeplejen reduceres til dette, er det vigtigt at sygeplejersken har fokus på at skabe en omsorgsfuld relation til patienten. Dette er en væsentlig del af den sygeplejefaglige praksis, fordi sygeplejen centrerer sig om menneskelige relationer, hvorfor mennesket ikke må gå tabt i viden, normer og færdigheder (Gastmans 1999:215).

Dimensionen omhandlende *care as a moral attitude in a nursing context* forklarer, om betydningen af at skabe forståelse for patienten, som menneske i netop deres livssituationer for at yde den bedste omsorg, hvorfor på denne måde bedre at kunne imødekomme patientens individuelle behov. I omsorgsprocessen bliver de vigtigste redskaber derfor kommunikation, viden og fortolkning. For at kunne løse patientens problemstilling i omsorgsgivningen, fordres det en balancegang mellem det intellektuelle og faglige overfor det abstrakte og personlige (Gastmans 1999:216). Derfor bliver det vigtigt både at have kapacitet til at bedømme korrekt, men også empati for at kunne få den bedste indlevelse i patientens problemstilling (Gastmans 1999:216).

Perspektivet omkring *Distinction between caring and emotional involvement* omhandler sondringen mellem at udøve omsorg overfor patienten og følelsesmæssigt involvere sig i denne. Omsorgen i en omsorgsrelation vil altid være objektiv og dermed rettet mod nogen, mens den følelsesmæssige involvering opstår i de smårum, hvor der ikke er plads til at yde omsorg, hvorfor den følelsesmæssige har karakter af at være ukontrollerbar (Gastmans 1999:217). Den følelsesmæssige involvering i patienten har ofte karakter af at være tidsbegrænset og være bundet til øjeblikket, hvor omsorg hverken er tidsbegrænset eller bundet op på øjeblikket. Omsorgen omtales derimod af Gastmans som et '*commitment*', hvormed sygeplejerskerne gives mulighed for at få berørt, hvad der sker for patienten. Dermed kræver det af sygeplejersken, at hun har overskud og vedvarende er forpligtet overfor patienten, fordi omsorgen kræver kontinuitet (Gastmans 1999:217).

At give og udvise omsorg er samtidig en måde at vise respekt for den menneskelige værdighed, hvilket dermed betyder at ved at indgå i en omsorgsrelation, hvor der udvises respekt, viser sygeplejerskerne også, at de anser patienten som værende betydningsfulde og vigtige personer (Gastmans 1999:218).

Med disse underdimensioner tilføjet til sygeplejerskernes rolle samt ønsket om, at sygeplejen skal være mere faglig og teknisk stærk, ændres sygeplejerskernes rolle og ansvar overfor patienterne. Gastmans argumenterer for, sygeplejerskernes ansvar ikke kun omhandler den mere behandlende del af sygeplejen, men at det, med det tidligere udfoldede omsorgsbegreb, ligeledes handler om at tage vare på mennesket og ikke kun patienten. Dette inkluderer således, at der fra sygeplejerskeren side skal være fokus på patientens personlighed og karakter samt livsholdning (Gastmans

1999:220).

Endeligt belyser Gastmans sygeplejens rolle i en social og institutionel kontekst. Han argumenterer for, at denne vinkel er væsentlig at inddrage, idet at sygeplejepraksis influeres af begge, og at samfundsmæssige værdier kan afspejles heri (Gastmans 1999:220). Gastmans opstiller her to spændingsfelter, som sygeplejen sættes i; for det første karakteriser han ikke samfundet som værende præget af omsorg, men nærmere af egoisme og individualisme, som hindrer omsorgsfulde relationer mellem mennesker. For det andet oplever sygeplejen også at være fanget mellem at skulle leve op til rolle som ansat i en organisation præget af værdier om effektivitet og produktivitet, mens de samtidig har rollen som omsorgsgiver, og i relationen til patienten skal udvise medmenneskelighed og være autentisk (Gastmans 1999:221).

2.3 Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital

Artiklen *Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital* af Bronwyn Hemsley, Susan Balandin & Linda Worrall har kommunikation mellem sygeplejerske og patient som omdrejningspunkt. Artiklen omhandler patienter med udviklingshandicap/funktionsnedsættelse (DD) samt patienter med ingen eller lidt funktionel taleevner eller med komplekse kommunikations behov (CNN) (Hemsley et. al.

2012:116), men denne inddrages alligevel, idet at tiden og kommunikation belyses, og netop disse perspektiver forventes at have betydning for dette studiets sygeplejersker.

Studiet undersøger begrebet tid, som en barriere for den gode kommunikation på baggrund af interviews med 15 sygeplejersker fra to hospitaler (Hemsley et al. 2012:116, 118). Efter analyse af disse interviews, fremstilles tiden både som en udfordring for sygeplejerskernes kommunikation med patienterne, samtidig med at denne også fungerer som facilitator (Hemsley et. al. 2012:116+124).

Tiden anskues som begrænsende for kommunikationen i forhold til patienter med CNN, da disse patienter blev tildelt ligeså meget/lidt tid som 'almindelige' patienter, og dette betød, at de ikke var i stand til at finde den samme tid til disse patienter, som var nødvendigt (Hemsley et. al. 2012:119). Sygeplejerskerne fortæller ligeledes om, at de føler sig pressede på tid, og at tiden er begrænsende i deres arbejde, hvorfor der ikke bliver tid og overskud til at tage sig af patienterne (Hemsley et al. 2012.119). Specielt i forhold til patienterne med CNN og DD oplevede nogle sygeplejerskerne, at de ikke kan kommunikere ordenligt med patienterne på grund af deres udfordringer.

Hemsley et al. beskriver ligeledes, hvordan at sygeplejerskerne i studiet også omtaler tiden som

indeholdende positive elementer (Hemsley et al. 2012:120). Eksempelvis fremhæves det i artiklen, at sygeplejerskerne oplever succes, når de tager sig tid til at kommunikere med patienterne med de særlige behov. En anden sygeplejersker fortæller, at så længe de finder den konkrete situation værdifuld, så er de også villige til at bruge ekstra tid (Hemsley et al. 2012:120). Når der bruges ekstra tid på patienterne, beskriver sygeplejerskerne, at dette har en positiv effekt, fordi dette giver dem bedre indsigt i patienterne og deres livshistorie, hvorfor den ekstra tid er særlig værdifuld (Hemsley et. al. 2012:121).

Artiklen belyser i tillæg de udfordringer, som patienten har i sin kommunikation med sygeplejerskerne, fordi de ikke kan forstå dem. Nogle af udfordringerne løses ved hjælp af specielt udstyr, der er designet til at lette netop kommunikationen mellem sundhedsprofessionel og patienter med enten DD eller CNN (Hemsley et al. 2012:121, 122).

Studiet konkluderer på baggrund af sygeplejerskerne udtalelser, at tiden bliver en barriere for dem, fordi de netop ikke tager sig tiden til at lære patienterne at kende, og derved opnå et større kendskab til deres kommunikative evner, hvorfor Hemsley et al. råder sygeplejerskerne til at arbejde på dette (Hemsley et al. 2012:124).

2.4 A Qualitative Case Study Review of Role Transition in Community Nursing

Denne sidste artikel af Joyce Zurmehly (2007) er medtaget for at eksemplificere nogle dele af de sygeplejekulturer, der forventes at findes i den indsamlede empiri. Studiet har til formål at beskrive praksisser i *community nursing* samt forskellene mellem at arbejde der og på akutte afdelinger (Zurmehly 2007:162). Studiet består af interviews med 48 sygeplejersker, som alle er ansat i hjemmeplejen, der alle har skiftet bekendtskab med akutte afdelinger tidligere i deres karriere (Zurmehly 2007:162). Dette skift, argumenterer Zurmehly for, giver udfordringer for sygeplejerskerne, idet at hjemmesygeplejen håndterer andre opgaver end på akutte afdelinger, hvorfor der i artiklen argumenteres for, at sygeplejerskerne bør forberedes bedre på dette skift (Zurmehly 2007:163). Studiet har derved to formål; først at beskrive de eksisterende praksisser i hjemmesygepleje og dernæst at undersøge de faktorer, der er i spil, i et skifte fra en akut afdeling til hjemmesygeplejen. Den første praksis, der fremhæves, er autonomi (Zurmehly 2007:165), og dette beskrives som største del af at være hjemmesygeplejerske. Autonomien hænger sammen med selvstændighed, kompetence, arbejde alene, fleksibilitet samt at have ansvaret for borgerne selv (Zurmehly 2007:165, 166). Den anden praksis, studiet præsenterer omhandler relationen til borgerne. De deltagende sygeplejersker beskriver, hvordan de udvikler tætte bånd til borgerne, modsat relationerne på de akutte afdelinger (Zurmehly 2007:166). Det sidste karakteristikum, der

fremhæves i studiet, omhandler patientundervisning samt information til borgers pårørende. Dernæst præsenteres de faktorer, der var afgørende for, at de deltagende sygeplejersker skiftede fra akutte afdelinger til hjemmesygeplejen. Flexibiliteten fremhæves, som en af de væsentligste årsager, fordi arbejdsbyrden er anderledes, og sygeplejerskerne føler sig mindre pressede både på arbejdet og i privatlivet (Zurmehly 2007:167-168). Studiet viser også, at overgangen mellem de to arbejdspladser var problematisk for nogle af sygeplejerskerne, idet arbejdsdagen er anderledes organiseret, samtidigt med dokumentationsformen er anderledes end, hvad de kender fra de akutte afdelinger (Zurmehly 2007:168). Studiet konkluderer således at ovenstående karakteristika ved hjemmesygeplejen samt fordelene ved megen fleksibilitet er væsentligt for, at et skifte fra akutte afdelinger til arbejdet i hjemmesygeplejen bliver succesfuld (Zurmehly 2007:170).

Opsamlingsvis er dette afsnit med til at skabe en forståelse af, hvilke faktorer, der kan være relevante at undersøge i dette studie. Med de udvalgte tekster rettes fokus mod andre værdier, end de der er skitseret i problemfeltet. I problemfeltet kan værdier som individualitet, effektivitet og produktivitet fremhæves, mens der med udvalgte ovenstående artikler tegner sig et billede af, at der er blødere værdier i spil, så som omsorg, relationer og moral.

3.0 Metode

Følgende afsnit vil handle om de metodologiske overvejelser og valg, som der er foretaget i undersøgelsen af sygeplejerkultur i distrikter i Hjørring Kommune. Afsnittet indeholder først videnskabsteoretiske overvejelser, som skaber forudsætningerne for de resterende metodologiske valg. Dernæst følger således refleksioner omkring undersøgelses design samt forskningsstrategi, efterfulgt af de metodiske og etiske overvejelser i forhold til indsamlingen af empirien. Afsnittet afsluttes med refleksioner over undersøgelsens reliabilitet og validitet samt analysestrategi.

3.1 Videnskabsteoretiske overvejelser

I følgende afsnit præsenteres de videnskabsteoretiske overvejelser og positioner, der benyttes i dette studie. Hertil bliver både den fænomenologiske og hermeneutiske tilgang anvendt, idet disse er grundlæggende forudsætninger for de metodiske redskaber, som senere vil blive præsenteret, og som vil benyttes i empiriindsamlingen. Fælles for disse to videnskabsteoretiske positioner er antagelsen om, at individerne er tænkende, følende, opfattende og selvstændigt handlende (Jørgensen 2008:222) Ligeledes er der fokus på meningsdannelse, forståelse og fortolkning, samt deres "[...] fælles antagelser om, at subjektivitet [...] er indlejret i en konkret social verden [...]" (Berg-Sørensen 2012:243). At anlægge en subjektivistisk vinkel betyder, at subjektet tillægges stor betydning, fordi der er en forståelse af at alt gyldig viden stammer herfra, hvorfor også subjektet bliver omdrejningspunkt for, hvordan viden produceres, og hvad der erkendes som viden (Sonne-Ragans 2012:191). Netop dette er også centralt i den måde, som de deltagende sygeplejersker og deres udtalelser anskues og behandles i analysen, hvorfor fænomenologien og hermeneutikken sammen giver det bedste udgangspunkt på at komme tæt på sygeplejerskernes livsverden.

Netop begrebet livsverden er centralt for fænomenologien, og betegner den almindelige, daglige og før-videnskabelige verden, hvor individer, ifølge fænomenologiens grundlægger Edmund Husserl, gør deres erfaringer og sansning fra, hvad der betegnes som meningsreservoir (Berg-Sørensen 2012:237). Erfaringerne samt bevidsthedsmæssige betingelser for erkendelse af sociale fænomener, som de fremstår for individerne, er de centrale elementer i forståelse af fænomenologien (Birkler 2010:103). At opnå forståelse af de deltagende sygeplejerskers livsverden giver dermed mulighed for, at opnå en bredere forståelse af deres respektive livsverdener, som de fremgår for dem, og dermed også spore, om der hersker forskellige opfattelser.

Foruden at benytte fænomenologien til forståelse af sygeplejerskerne og deres respektive livsverdener, benyttes fænomenologien også i studiets observationsteknikker (se afsnit 3.4).

Fænomenologien anskuer mennesket, som værende i besiddelse af en række grundantagelser, erfaringer og sansninger, som anvendes i mødet og i erkendelsen af fænomener. Dette kaldes også for den naturlige indstilling, som er en slags common-sense indstilling, der antager, at "[...] *verden er givet og naturlig*" (Jørgensen 2008:228). Den naturlige indstilling kan til tider være problematisk for den måde, vi anskuer verdenen på. Derved bliver det relevant at benytte sig af det fænomenologiske begreb epoché, som betyder afbrydelse. Ved hjælp af dette, bliver det således muligt for forskeren at afbryde den naturlige indstilling til verden, (Berg-Sørensen 2012:236, Birkler 2010:109,110). Anvendelsen af epoché er særlig vigtig i forbindelse med et andet centralt begreb nemlig bevidstheds intentionalitet, nemlig forståelsen af at bevidstheden altid er rettet mod en genstand eller felt (Berg-Sørensen 2012:235). At sætte sin forforståelse i parentes samt at være opmærksom på, hvad ens bevidsthed er rettet mod, er altså nyttige redskaber i empiriindsamlingen for ikke at have forudindtagede antagelser eller et snævert syn på sygeplejekultur. Dette betyder således, at den for-forståelse, der er omkring studiets problematik (se uddybende om dette i afsnit 3.7 og 3.8) ikke vil influere empiriindsamlingen, men sættes i epoché, hvorfor observationerne vil foretages med blik for sygeplejerskernes opfattelser af livsverdenerne.

Efter præsentationen af fænomenologien, følger nu hermeneutikken. Der vil tages udgangspunkt i Gadamer's moderne filosofiske hermeneutik, som vil inddrages som forståelses – og fortolkningsramme i analysen, idet dette kan give en dybere forståelse for de herskende kulturer, hvorved det bliver muligt at komme tættere på den sociale virkelighed (Jørgensen 2008:223-224). Gadamer's filosofiske hermeneutik bygger på antagelsen om, mennesket er et fortolkende væsen, og således en del af den verden, som det ønsker at forstå gennem fortolkning (Berg-Sørensen 2012:221). Ethvert individ har ifølge hermeneutikken en erfarings – eller forståelseshorisont, som er den ramme eller synsfelt, hvorfra der erfares. Når flere horisonter mødes eller overlapper, sker der en horisontsammensmeltning, hvor der opnås en ny forståelse (Jørgensen 2008:226), hvilket således er den proces, der sker i det senere fortolkningsarbejde af sygeplejerskerne livsverden, idet deres forståelse af denne sammenholdes med forskerens erfarede og teoretiske forståelse. Til at opnå en dybere forståelse benyttes den hermeneutiske cirkel, som er et redskab, der hjælper med at skabe forståelse ved hjælp af for-forståelser samt teoretisk viden, hvorved der i en vekselvirkningsproces skabes nye forståelser (Birkler 2010:98, 103). Den hermeneutiske cirkel bliver benyttet i analysen, hvor denne bruges til at opnå en bredere og mere nuanceret forståelse af sygeplejekulturerne. Denne proces bevirker, at de opnåede forståelser derfor hele tiden vil blive revurderet til nye forståelser gennem analyse af flere udsagn fra interviews eller teoretisk viden.

Denne præsentation af de udvalgte videnskabsteoretiske positioner hænger, som antydnet ovenfor, uløseligt sammen med de anvendte metodiske redskaber, som senere vil præsenteres. Inden da bliver det dog nødvendigt at belyse, hvorledes selve studiet er opbygget. Dette gøres derved med afsnittene omkring forskningsdesign og – strategi, som nu vil præsenteres.

3.2 Komparativt casedesign

Til besvarelse af specialets problemstilling bygges studiet op som et casedesign. Casedesigns er særligt anvendelige til forskning, hvor der zoomes ind på et mindre og afgrænset område af det sociale eller et fænomen, som der ønskes at studeres. At der zoomes ind på et mindre område, giver også mulighed for opnå en bredere indsigt og dybere forståelse (Bryman 2008:53). I dette studie vil der inddrages mere end en klinik, idet disse vil sammenlignes for at opnå en bredere forståelse af, hvordan sygeplejekulturer kan påvirke den udførte sygepleje og dermed påvirke succesraten. Derved kan der, ifølge Alan Bryman, opnås en bredere forståelse ved at sammenligne for at se nuancerne og forskellene for at opnå en bredere forståelse (Bryman 2008:58). Inddragelsen af mere end en sygeplejerskeklinik, altså mere end én case, bidrager endvidere til, at det empiriske grundlag bedre kan valideres teoretisk, da det empiriske grundlag er større ved inddragelse af to cases fremfor én (Bryman 2008:61).

Valget af det komparative casedesign hænger sammen med formålet om at sammenligne flere sygeplejerskeklinikker med hinanden for således at undersøge, om der findes forskellige kulturer heri. Ifølge Rasmus Antoft og Heidi H. Salomonsen kan et komparativt studie indeholde cases, der både ligner hinanden eller adskiller sig fra hinanden, alt efter hvad formålet er (Antoft & Salomonsen 2007:48). De udvalgte sygeplejeklinikker har aspekter af begge dele, nemlig både at være ens og uens. Klinikkerne ligner hinanden i den forstand, at de har ens forhold og rammer at fungere under i samme kommune, mens de samtidig adskiller sig fra hinanden målt på antallet af borgere, der bliver tilknyttet til klinikken. Som det ses på bilag 4, er der i 2014 tilknyttet 153 borgere til sygeplejeklinikken i distrikt 1, mens der i distrikt 2 blot er tilknyttet 73 borgere. Klinikkerne vil dog overvejende blive behandlet som ens cases, idet klinikkerne er ens institutioner med samme formål, men med blot forskellige succesrater og kulturer.

Casene, altså de udvalgte sygeplejeklinikker, er udvalgt på baggrund af, at de ”[...] repræsenterer eller på anden måde relaterer sig til en mere generel sammenhæng [...]” (Antoft & Salomonsen 2008:43). Klinikkerne er udvalgte på baggrund af det samlede antal af besøg i distrikterne, hvor der kommer flere borgere i det ene distrikt, mens der i det andet distrikt kommer færre (jf. bilag 4). De

enkelte distrikter og dernæst klinikker er valgt strategisk med henblik på, at de skal repræsentere to forskelle i antal borgere samt besøgstal, idet distrikt 2 har det laveste antal tilknyttede borgere, mens klinikken i distrikt 1 har dobbelt så mange tilknyttede borgere. I de to yderligere distrikter er der også et større antal borgere tilknyttet, men årsagen til valget af distrikt 1 begrundes med, at det er i dette distrikt, at der er det højeste antal besøg i sygeplejeklinikkerne (jf. bilag 4).

Der er med andre ord valgt cases, der kan betegnes som repræsentative cases (Bryman 2008:56). Casene kan siges at være repræsentative, fordi de udvalgte sygeplejeklinikker og deres tilhørende kulturer repræsenterer alle ti klinikker i Hjørring Kommune, som igen repræsenterer de sundhedsfokuserede samfund, som præsenteredes i problemfeltet.

Et komplet casedesign indeholder ligeledes overvejelser omkring metoder, empiri samt teoriens rolle. Ligesom der inddrages mere end én case i et komparativt casestudie, er der i dette studie også inddraget mere end en metode og datakilder. Som præsenteres nedenfor, er der således både benyttet observations – samt interviewteknikker, hvorfor empirien både består af observationer samt interviewudsagn (Antoft & Salomonsen 2008:32). Endeligt er det også relevant at belyse, hvordan teorien anvendes i følgende studie. Her kan der skelnes mellem fire forskellige tilgange: ateoretisk, teorifortolkende, teorigenererende og teoritestende. Idet at undersøgelsen har til formål at skabe ny empirisk viden om feltet, betyder det, at casedesignet er inspireret af både den ateoretiske og teorifortolkende tilgang. Da tilgangene skal forstås som rene typer eller fastlagte veje til det bedste casedesign, anskues disse som idealtyper, hvorfor der er benyttet mere end én tilgang. Det ateoretiske islet ses ved vægtning af det empiriske materiale i analysen samt den ikke-teoretiske tilgang til observationerne (jf. afsnit 3.4), mens et teorifortolkende element inddrages for at hjælpe med at finde mønstre i den indsamlede empiri for at strukturere denne (Antoft & Salomonsen 2008: 34-35, 38-39) Det betyder således, at undersøgelsen bærer præg af fortolkninger, der både har empirisk og teoretisk afsæt. Denne vekselvirkning vil blive udfoldet i det følgende afsnit omkring studiets forskningsstrategi.

3.3 Adaptiv teoretisk tilgang

I dette afsnit præsenteres studiets forskningsstrategi. Som antydnet ovenfor, vil teori og empiri benyttes i en vekslende proces, hvorfor der hverken arbejdes traditionelt induktivt eller deduktivt. Disse anskues som idealtyper og er besværlige at efterleve fuldstændigt i praksis, og disse benævnes i Michael Hviid Jacobsen (2007) som 'metodologiske hæmninger' (Jacobsen 2007: 253, 254). Selv om dele af empiriindsamlingen med fordel kunne være foregået induktivt, foreskriver

den fænomenologiske position, at man aldrig kan gå forudindtaget til værks, men må sætte sin forståelse i epochè (jf. afsnit 3.1), hvilket problematiserer den induktive forskningsstrategi for dette studie, fordi der forud for observationerne er udarbejdet antagelser, som om muligt vil påvirke disse. Derfor er der valgt at søge inspiration i den adaptive teoretiske tilgang, som er udviklet af professor i sociologi Derek Layder. Denne tilgang vil ikke benyttes til fulde, men der tages afsæt i tilgangens grundprincipper, som er tilpasset studiets egen problemstilling. En af årsagerne til, at der kun benyttes dele af det adaptive teoretiske apparat, er, at Layder har et kritisk realistisk udgangspunkt, som ikke stemmer overens med dette studies fænomenologiske og hermeneutiske afsæt.

Den adaptive teoretiske tilgang er, modsat hvad begrebet antyder, en metodologisk tilgang, der forsøger at overskride traditionelle dualismer og modsætninger, som struktur/aktør, induktiv/deduktiv, subjekt/objekt samt forskellen mellem at arbejde kvalitativt og kvantitativt, idet at disse sondringer kan forekomme kunstige og opstillede (Jacobsen 2007: 251-252, 254), hvorfor den adaptive teori forsøger at forene og bygge bro mellem disse. Den adaptive teori benyttes hovedsageligt i studier af sociale sammenhænge, der henviser til "*[...] objektive og reproducerede forhold, som handlinger finder sted inden for [...]*" (Jacobsen 2007: 266) samt situerede aktiviteter, som udgør subjektive og handlingsrelaterede udtryksformer (Jacobsen 2007:266). I dette studie kan det argumenteres for, at de udvalgte sygeplejeklinikker kan anskues som de sociale sammenhænge, idet de er eksempler på gentagende praksisser, mens de situerede aktiviteter kan eksemplificeres ved de forskellige opfattelser og kulturer i de forskellige klinikker. På denne måde formår studiet at forbinde og forene to niveauer, der hidtil i andre forskningsstrategier har været anset som forskellige.

Som antydnet tidligere er der ikke benyttet en ren deduktiv eller induktiv tilgang, men den adaptive tilgang kan argumenteres for at være en mellemvej af disse to, idet der ikke nødvendigvis tages udgangspunkt i teori eller empiri, men samspillet mellem disse (Jacobsen 2007:267). Selvom dette studie er opbygget først af observationer, som i princippet bør være fri for forudindtagede antagelser, er disse dog struktureret efter antagelser om, at der vil være forskel i den udøvede sygepleje, alt efter sygeplejersken og den sygeplejekultur, hun er en del af, hvorfor vekselvirkningen mellem forudindtagede antagelser, empiri og teori allerede er aktuel fra studiets begyndelse. Teorier spiller en væsentlig rolle i arbejdet med den adaptive teori, fordi disse fungerer som redskaber til at strukturere den indsamlede empiri. I denne proces bemærkes særligt

betydningen af ordet 'adaptiv', idet formålet med inddragelse af teorier ikke er at teste eller fungere som endegyldige sandheder om samfundet, men anskues netop som redskaber eller ressourcer, der i den analytiske proces hele tiden kan revideres eller tilpasses efter empirien (Jacobsen 2007:264). De udvalgte elementer af et teoretisk værk, som vil blive benyttet i studiets analyse, vil have karakter af at være orienterende begreber. Disse begreber stammer fra allerede eksisterende teorier – herunder symbolsk kulturanalyse, tidens betydning samt omsorgsfilosofi - som der arbejdes analytisk videre på. De orienterende begreber har til formål at være guidende for den indsamlede empiri, hvilket betyder, at de således får indflydelse på strukturering og tematikkerne, der vil blive berørt i interviewguiden samt efterfølgende i analysen af det indsamlede empiri, hvorved at vekselvirkningen mellem teori og empiri endnu en gang synliggøres.

Med denne forskningsstrategi om, hvordan teori, empiri og metoder forholder sig til hinanden, vil de anvendte metodiske redskaber nu præsenteres.

3.4 Observationer

Det første redskab, der er benyttet, er observationsteknikker. Disse har været taget i brug i den indledende del af dataindsamlingsprocessen, idet min viden om netop dette felt var begrænset. Observationerne har derfor fungeret som en måde til at afgrænse problemfeltet. Efterfølgende vil observationerne blive suppleret af enkeltmandsinterview for at opnå en større og mere nuanceret indsigt i, hvordan forskellige kulturer kan afspejles i den udøvede sygepleje i sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune.

Ved brug af observationer er der en række overvejelser, der bør tages, førend disse påbegyndes. Dette hænger særligt sammen med, at observationer som sociologisk metode har været udsat for en del kritik, idet observatøren har tendens til at være subjektiv og båret af forskerens egen ideologi, hvorfor den videnskabelige og objektive tilgang ifølge Søren Kristiansen & Hanne Kathrine Krogstrup kan mangle (Krogstrup & Kristiansen 1999:71). Som antydnet tidligere behøver ovenstående kritik dog ikke at være problematisk i observationerne, idet den fænomenologiske tilgang vægter sygeplejerskernes egne forståelser af deres sociale virkelighed samt de særlige menings – og relevansstrukturer for netop de sygeplejersker, der er tilknyttet de udvalgte klinikker højt, hvilket betyder, at for at forskeren kan forstå sygeplejerskerne på de respektive klinikker må deres virkelighed først forstås (Kristiansen & Krogstrup 1999:71).

Idet at der i Hjørring Kommune er ti sygeplejeklinikker, har det været nødvendigt at udvælge de distrikter, hvor besøgshallene var mest forskellige på trods af ens indbyggertal, hvorfor distrikt 1 og 2 således er udvalgt (se Bilag 3, se yderligere afsnit 1.3.2 og afsnit 3.2). I hvert af disse distrikter er der således 3 sygeplejeklinikker, hvor der er foretaget observationer på hhv. en klinik i distrikt 1 og to klinikker i distrikt 2.

I felten vil observationerne foregå som ustrukturerede observationer. Årsagen til dette er, at observationerne har til formål at være introducerende for feltet og problemstillingen, men stadigvæk er disse observationer styret af studiets problemstilling, som tidligere præsenteret – altså kategorier, som var opstillet på forhånd og som er guidende for observationerne. Observationerne i sygeplejeklinikkerne blev foretaget over seks gange, fordelt lige i alle tre distrikter. Idet at det var efterstræbelsesværdigt at følge mere end én sygeplejerske i observationerne for at opspore diversitet blandt disse, blev observationerne i distrikt 2 udvidet til to klinikker, mens der kun er foretaget observationer i en klinik i distrikt 1. Observationerne påbegyndtes om morgenen på hjemmesygeplejerskernes centrale kontor, hvorefter observationerne fandt sted i de enkelte klinikker. Observationerne havde derfor en varighed af ca. fem timer, hvilket i alt giver ca. 30 timers observationer.

Observationerne har ligeledes elementer af hvad, Raymond Madden betegner som *step-in-step-out* (Madden 2010:80). Denne måde at observere på dækker over observationer, som bliver foretaget kortvarigt i et afgrænset tidsrum, hvilket også er tilfældet for dette studie, hvor der efter endt observationsdag er nedskrevet notater herom. Med *step-in-step-out*-metoden argumenterer Madden for, at man på den måde har mulighed for at bevare en kritisk tilgang til det, der observeres, og dermed ikke opleve at identificere sig for meget med feltet og derved '*go native*' (Madden 2010:80)

Observationerne foregår i naturlige omgivelser, hvorfor forskeren træder ind i feltet som fremmed. De naturlige omgivelser er rigtige for netop dette studie at fokusere på, da der lægges vægt på, at sygeplejerskerne skal agere og handle, som om de ikke blev observeret, hvorfor relationen mellem os bliver ustruktureret (Kristiansen & Krogstrup 1999:47). Som antydnet ovenfor indtræder forskeren i rummet som hverken en del af den daglige sygeplejestaab eller borger, hvorfor den er ”fremmed” for dem. Ikke på den måde, at de ikke er bevidste om studiet og formålet med observationerne i de respektive klinikker, men som Georg Simmel beskriver det i essayet *Den fremmede* (Simmel 1998:98), så er kontakten med personerne i feltet præget af tilfældigheder i stedet for faste aftaler. Derfor bliver relationen til sygeplejerskerne i det hele taget både præget af

nærhed og distance på baggrund af tilfældighederne (Krogstrup & Kristiansen 1999:47, 73). Madden beskriver således også dette forhold mellem de observerede og forskeren som tæt, men aldrig for tæt (Madden 2010:94).

Observationerne blev i praksis lavet efter en mindre struktureret guide, som har fungeret som ledetråd for, hvad der netop skal observeres. Guiden består af tre dele; observationer af 1) det fysiske rum, inventar, indretning og omgivelser. 2) Sygeplejerskerne, der er til stede, deres aktiviteter og gøremål, og hvad de siger, og endeligt 3) forholdet sygeplejerskerne imellem, samt interaktionen mellem dem og rum, inventar og genstande (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2011:105).

Feltnotaterne blev foretaget undervejs i observationerne og er nedskrevet på papir. Ved de første observationer var fokus særligt på de sygeplejefaglige handlinger samt interaktionen mellem sygeplejersken imellem samt samtalerne med borgeren. Her blev sygeplejerskerens konkrete handlinger beskrevet til det formål at undersøge, hvilke værdier hun i sine handlinger tillægger god sygepleje. Idet studiets fokus undervejs blev udvidet med henblik på at undersøge de mulige kulturelle forskelle, var dette særligt i fokus ved de senere observationer. Med dette menes der, at det særligt var interaktionen sygeplejerskerne imellem, som blev noteret; hvad der skete i pauserne, hvordan de brugte hinanden konkret i praksis, hvordan de, før klinikken åbnedes, talte om, og hvordan de talte sammen om borgerne og ydelserne. Hertil blev det også nedskrevet, hvordan sygeplejersken agerede i borgernes nærvær.

Under observationer er der naturligvis opmærksomhed på, hvordan der trædes ind i feltet samt egen adfærd. Da de seks observationer havde til formål at give et mere introducerende billede af sygeplejeklinikkerne, vurderes det nødvendigt at tage notater undervejs, som blev renskrevet efter endt observation for at øge brugbarheden af disse. Jf. observationsguiden er der blevet taget notater omkring de fysiske forhold, sygeplejerskerne samt deres forhold i blandt. Under det første besøg i klinikkerne, er der lagt vægt på at beskrive de fysiske forhold, mens fokus under de efterfølgende observationer har været ved sygeplejerskerne og deres indbyrdes observationer. Observationerne blev undervejs suppleret med uformelle samtaler om sygepleje, borgerne samt studiet og dets sigte.

Der er taget højde for, at dette kan forstyrre den sociale handlen undervejs, og derved have betydning for denne, idet at sygeplejerskerne i klinikken kan føle sig utrygge eller ændre adfærd, fordi de bliver observeret. Ligeledes har der været opmærksomhed på under observationerne ikke at skille sig for meget ud under konsultationerne med borgere for ikke at forstyrre mere end

nødvendigt, hvorfor fremtoningen og påklædningen har været meget neutral.

Med ovenstående overvejelser præsenteret, følger nu interviewmetoden, som har fungeret som den primære metode til empiriindsamlingen.

3.5 Interviews

Interviewene med sygeplejerskerne er blevet udført som enkeltmandsinterviews. Dette valg er taget, idet at andre former for interviews ville give et andet fokus eller resultater end det ønskede. Der kan argumenteres for, at fokusgruppeinterview også kunne have været anvendt, og derved kunne give et samlet indtryk af sygeplejekulturer i de enkelte distrikter, som derved kan give en konstruktiv diskussion af sygepleje for det samlede distrikt. Dog er det vigtigt at være opmærksom på fokusgruppeinterviewene kan påvirke deltagerne i en negativ retning, hvorfor nogle af de deltagende sygeplejersker ikke har lyst til at udtrykke deres personlige holdning, eller de bliver påvirket i sådan en grad, at de således påtager sig andres holdninger. På baggrund af dette er det således valgt, at enkeltmandsinterview er den mest hensigtsmæssige måde at belyse problemstillingen på, idet der er fokus på, hvordan sygeplejerskernes individuelle syn på sygepleje og kulturer kan komme til udtryk i den pleje, der gives videre.

På baggrund af ovenstående refleksioner samt overvejelser i forhold til anvendelsen af fænomenologien vil interviewene med sygeplejerskerne på sygeplejeklinikkerne have karakter af at være et semistruktureret livsverdensinterview. Dette valg er taget, dels fordi denne interviewform giver åbne muligheder for sygeplejerskerne for at fortælle eksempelvis præcis deres forståelse af sygepleje, og hvordan de udøver denne (Kvale & Brinkmann 2009:45) Denne individuelle forståelse kan have rødder i personlige overbevisninger og opfattelser, hvorfor det bliver relevant at belyse aspekter af sygeplejerskernes livsverden for at opnå en bredere forståelse af hvilke perspektiver, der er på spil. Når et interview er semistruktureret, betyder dette, at interviewet bliver foretaget ved hjælp af en interviewguide, der som termen antyder, er en guide til, hvorledes interviewet skal forløbe. Interviewguiden er dog ikke mere struktureret, end at der er plads til, at sygeplejerskernes udsagn kan blive fulgt op på, hvis der er, tematikker der ikke berøres i interviewguiden, som kan være relevante for den samlede forståelse (Kvale & Brinkmann 2009:45-46).

Interviewguiden er udarbejdet med henblik på at sikre fokus undervejs i interviewene, og at relevante aspekter bliver belyst. Samtidig er interviewguiden med til at sikre, at de samme tematikker, bliver belyst i hvert interview og er i overensstemmelse med hinanden, således at

sammenligningsgrundlaget er bedre i den analytiske del. Endeligt er interviewguiden med til at sikre metodisk gennemsigtighed og dermed også validiteten i undersøgelsen (Bryman 2008: 376-377). Interviewguiden er dermed med til at vise, at undersøgelsen rent faktisk undersøger, hvad der påstås i det indledende kapitel.

Interviewguiden vil være opbygget omkring nogle af de tidligere observationer samt temaer derfra. Således er interviewguiden delt op i først baggrundsspørgsmål om informanten og sygeplejefaget, dernæst følger spørgsmål omkring hverdagen som sygeplejersker, hvorefter der følger spørgsmål omkring sygeplejeklinikken. Interviewguiden afsluttes med spørgsmål omkring generelle refleksioner omkring sygepleje. Samtidig er interviewguiden opbygget med både direkte og mere indirekte spørgsmål for at give sygeplejerskerne lov til at give mere reflekterende svar. Derudover findes der i interviewguiden også en række specificerede spørgsmål, som lægger op til, at sygeplejerskerne kan give mere uddybende svar med eksempler som bliver genstande for fortolkning i analysen.

Der er foretaget 5 interviews, og informanterne er rekrutteret gennem de foregående observationer, således at det er, de sygeplejersker, der er tilknyttet sygeplejeklinikkerne, der deltager.

Interviewene er foretaget på distrikternes mødelokaler, fordi dette var ønsket. Idet at interviewene er foretaget i sygeplejerskernes arbejdstid, med tilladelse fra afdelingsleder og primærsygeplejerske, var dette også at fortrække, således at sygeplejerskerne nemt kunne vende tilbage til arbejdet efter endt interview.

Afslutningsvis er alle de optagede interviews blevet transskriberet for at lette den efterfølgende bearbejdningsproces med at skabe overblik og dernæst anvende citater i analysen.

Transskriptionerne er skrevet så rent som muligt, hvilket betyder, at intet væsentligt er udeladt, men at der dog ikke er medtaget længere pauser, ord-lyde som 'øh', 'hm' og 'så det', da dette ikke vurderes at have betydning for den samlede forståelse og heller ikke vil blive medtaget i analysen, for at højne læsevenligheden (Kvale 2009: 202-203). I forbindelse med dette bør det nævnes, at den ene af de fem informanter stammer fra et andet nordisk land, hvorfor hun talte dets sprog. På grund af dette er transskriptionen nedskrevet på dansk, således at hun bibeholder sin anonymitet.

3.6 Analysestrategi

Følgende afsnit er en præsentation af dette studies analysestrategi, som vil fungere som ledetråd eller guidelines i analysen af sygeplejekulturen i sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune.

Analysestrategien skal ses i sammenhæng med de præsenterede videnskabsteoretiske overvejelser

samt anvendte metodiske redskaber. Som skrevet tidligere i forskningsstrategien (afsnit 3.3), vil analysen være opbygget omkring vekselvirkninger mellem empirien, altså observationer eller udsagn fra interviews samt de udvalgte orienterende begreber. Idet at Layder ikke beskriver, hvordan den adaptive teori skal anvendes i praksis (Jacobsen 2007:266-267, 279), vil der i stedet for tages udgangspunkt i Lisa Dahlager og Hanne Fredslund hermeneutiske analysestrategi (Dahlager & Fredslund 2011:175) for på denne måde at skabe sammenhæng mellem videnskabsteoriene og metoderne. Metoden består af vekslende proces mellem de - og rekontekstualisering, idet at brudstykker af observationsnoterne samt de transskriberede interviews trækkes ud af deres kontekst og sammenholdes på nye måder, som er med til at give en ny forståelse af sygeplejekulturerne. Denne analysestrategi er delt i fire trin, hvoraf det første trin, på trods af det hermeneutiske afsæt, er mere fænomenologisk funderet. Dette betyder således, at det første trin handler om at skabe overblik over empirien ved at gennemlæse først feltnotaterne fra observationerne og dernæst de transskriberede interviews (Dahlager & Fredslund 2011:176). Disse er printet ud for at lette dette arbejde. Det er særligt vigtigt i dette første trin at tilbageholde min forforståelse, altså at sætte denne i epoché, for ikke at påvirke gennemlæsningen med den udvalgte teori.

Det næste skridt er her, hvor empiri inddeles i mindre meningsenheder for at sortere i empiri (Dahlager & Fredslund 2011:176). Dele af det, der er blevet noteret eller sagt under interviewene vil om muligt ikke være relevant for studiet omdrejningspunkt, hvorfor det giver mening at udvælge det, der kan benyttes. Herefter tildeles meningsenhederne et tema eller en kategori. Denne lidt grovere sortering hænger tæt sammen, med det tredje trin, som Dahlager & Fredslund benævner som operationalisering og omhandler ”[...]gennemgang og nøjere operationalisering af kategorier” (Dahlager & Fredslund 2011:176). I denne del vil de udvalgte orienterende begreber inddrages, idet at struktureringsarbejdet vil centrere sig herom. Dette gøres dels for at skabe en vekselvirkning mellem teori og empiri, og dels for at arbejde empirisk videre på de teoretiske begreber.

Det fjerde og sidste trin omhandler rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning, og det er i dette trin, at den egentlige analyse påbegyndes (Dahlager & Fredslund 2011:177). Dette sker ved at sammenholde uddrag fra både feltnotaterne og de transskriberede interviews med teorierne og vigtigst af alt med problemformuleringen. I dette led inddrages det hermeneutiske redskab, den hermeneutiske cirkel, hvor fortolkninger og teori i en cirkulær proces hele tiden videreudvikles og skaber nye fortolkninger (se mere herom i afsnit 3.1). Dette betyder i praksis, at udsagn fra sygeplejerskerne eller observationer tages ud af deres kontekst, sammenholdes med empiri og andre

udsagn eller observationer for at skabe nye og bredere forståelser af sygeplejekulturene og hvordan disse påvirker de forskellige succesrater.

Med de metodologiske overvejelser præsenteret, bliver det nu relevant at belyse først studiets etiske overvejelser samt studiets reliabilitet og validitet.

3.7 Etiske overvejelser

I studiet af mennesker og sociale forhold er der naturligt en række etiske overvejelser og forhold, der bør reflekteres over, førend man påbegynder både observationer og interviews, hvorfor følgende afsnit vil være en præsentation af, hvilke refleksioner, der har fundet sted, inden empiriindsamlingen påbegyndes.

Afsnittet vil være struktureret omkring etiske principper og kodekser for at belyse overvejelserne omhandlende informeret samtykke, anonymitet og fortrolighed (Jacobsen & Kristiansen 2001:74-77), samt om der er sket ”harm to the participants” (Bryman 2008:118). Endeligt vil afsnittet afsluttes med refleksioner over synliggørelsen af de forskellige professionsopfattelser, og betydningen af, det magtforhold, der kan opstå mellem interviewer og praktiker.

Det er særligt vigtigt med disse overvejelser, da projektet har til formål at undersøge, om hvorvidt sygeplejerskernes opfattelser og forståelser kan have betydning for, hvorledes den pleje, de udøver, kommer til udtryk og udmunder i en kultur, der er fælles for distrikterne. Med andre ord bliver der derfor fokus på sygeplejerskernes faglighed, profession og forståelse af denne, men om muligt også på sygeplejerskernes personlige karakter. Derfor er vigtigt at behandle sygeplejerskerne og deres udsagn med forståelse og respekt for deres respektive opfattelser og ikke drage forkerte slutninger eller overfortolke ved brug af teori. Ligeledes kan der være kulturelle årsager, som findes i hvert enkelt distrikt, der gør, at der kan være forskelle i, hvorledes sygeplejen forstås og udøves. Disse kulturer skal behandles med samme forståelse for forskellighed som sygeplejerskernes individuelle forståelser ved ikke at lave fejltagtige ræsonnementer, når de teoretiske aspekter sammenholdes med empirien, men hele tiden være loyal over dels, hvad jeg selv har erfaret, og sygeplejerskes udtalelser.

Adgang til feltet gik gennem Hjørring Kommunes faglige stab i forbindelse med et tidligere praktikforløb. Lederen af den faglige stab arrangerede kontakten med sygeplejeklinikkernes primærsygeplejersker og afdelingsleder, som har godkendt studiet og dets formål. De resterende sygeplejersker er blevet informeret om, formålet med studiet gennem personalemøder. Alle

sygeplejerskerne er således opmærksomme på observationerne og studiet, hvormed jeg vil argumentere for, at de har givet deres samtykke til empiriindsamling og dermed også deltager frivilligt (Jacobsen & Kristiansen 2001: 74, Bryman 2008:121). Tilladelse og samtykke fra øverste leder er naturligvis ikke lig med tilladelse fra alle, der bliver involveret eller påvirket af min tilstedeværelse, hvorfor der vil være opmærksomhed på, hvis nogle af sygeplejerskerne beder mig trække mig tilbage. Derved bliver processen om informeret samtykke vedvarende gennem hele empiriindsamlingen (Tjørnhøj-Thomsen & Whyte 2007:100) Idet observationerne vil foregå under konsultationer med borgere, vil de også bemærke min tilstedeværelse, men da projektets fokus ikke omhandler borgerene, vil der ikke være en længere præsentation af forskeren. Borgerne vil til et hvert tidspunkt før eller under konsultationerne have mulighed for at sige fra og bede mig om at forlade rummet, hvilket naturligvis bliver respekteret.

Sygeplejeklinikkerne samt de deltagende sygeplejersker er i fasen med empiribearbejdelsen blevet anonymiseret for at dække for navne mv. Dette valg er taget for, at andre ikke kan opspore informanterne og institutioner eller udnytte analysens resultater uhensigtsmæssigt (Jacobsen & Kristiansen 2001:75). Valget er naturligvis også taget med henblik på ikke at skade sygeplejeklinikkernes omdømme, da dette ikke er sigtet med undersøgelsen. Disse overvejelser omkring anonymitet hænger nøje sammen med kodekset, om der er sket skade ved empiriindsamling, som kan være en af følgerne, hvis ikke undersøgelses deltagere anonymiseres (Bryman 2008:118). At anonymisere både sygeplejerskerne og klinikkerne er også med til at garantere for deres fortrolighed, og at ingen informationer videregives. Hertil bør det bemærkes, at informanterne om muligt vil kunne genkendes hinandens udsagn og holdninger, når disse anvendes i analysen. De deltagende sygeplejersker er dog bekendt med hinandens deltagelse i studiet, hvorfor dette således ikke findes problematisk. Fortroligheden sikres yderligere, idet ingen andre har adgang til observationsnoter eller transskriptioner, hvorfor direkte beskrivelser eller direkte citater hentes og videregives til andre forskere.

I observationerne under konsultationerne er dette også gældende for alt personfølsomt, som vedrører borgerne.

Afslutningsvis vil de etiske overvejelser omkring min synliggørelse af eventuelle forskelle i kulturer i sygeplejeklinikkerne præsenteres. Dette gøres, fordi nogle sygeplejersker vil kunne føle sig udfordret på sin faglighed under interviewdelen og ikke føle sig tilstrækkelige. Dette kan skyldes det magtforhold mellem informant og interviewer, der opstår i situationen, men også efterfølgende,

hvor magten til at fremhæve eller skjule elementer, som findes hos forskeren. Dele af denne problematik kan undgås i interviewguiden ved ikke at stille spørgsmål, der er for negative og kritiske, men nærmere undersøgende og positivt formuleret. Informanterne skal ikke have følelsen af, at der bliver stillet skarpt på dem eller føler sig udfordret i egen praksis. Elementer af dette kan, som nævnt, undgås i interviewguiden, men på grund af forholdet mellem informant og forsker kan det ikke udelukkes, at nogle af sygeplejerskerne vil føle sig fagligt udfordret undervejs i empiriindsamlingen.

Efter præsentationen af studiets etiske overvejelser, vil overvejelser omkring studiet reliabilitet og validitet nu udfoldes.

3.8 Reliabilitet og validitet

Følgende afsnit vil omhandle studiet reliabilitet og validitet. Idet at studiet er opbygget med kvalitative metoder, vil refleksionerne i dette afsnit afspejle de muligheder, der er for at opnå gyldigheder og sandheder samt muligheden for at generalisere i et kvalitativt studie. Netop begreberne om reliabilitet og validitet handler i en kvantitativ forstand om, studiet er pålideligt, muligt at replicere og om der måles og testes, hvad hensigten er. Dette er dog oftest ikke den bedste måde at måle videnskabeligheden i et kvalitativt studie som dette. Lincoln og Guba argumenterer for, ifølge Bryman, at der er brug for andre og mere nuancerede kriterier til at måle videnskabelighed på, fordi der ikke blot kan gives en forklaring på den sociale virkelighed og dets forklaringer. Dette begrundes af Lincoln og Guba med, at der ikke blot findes enkelt forståelser og forklaringer, men at der findes flere (Bryman 2008:377). På baggrund af dette vil følgende afsnit tage udgangspunkt i en række videnskabelige parametre, som der findes relevante i netop dette studie.

Der tages udgangspunkt i kriterierne om troværdighed, som opdeles i yderligere fire kategorier, der er udviklet af netop Lincoln & Guba. Disse kriterier vil i det efterfølgende blive suppleret med perspektiver af Kvale & Brinkmann (2009) samt Krogstrup & Kristiansen (1999).

Lincoln og Gubas første kriterium omhandlende troværdighed indeholder følgende kriterier; *credability*, *transferability*, *dependability* samt *confirmability* (Bryman 2008:377).

Det første kriterium om *credability* svarer til intern validitet og handler om, at der er overensstemmelse mellem det, der ønskes at undersøges, og det der rent faktisk undersøges. Pervin udvider, ifølge Kvale & Brinkmann, denne forståelse ved spørgsmålet om, den indsamlede empiri

”[...] i virkeligheden afspejler de fænomener [...], vi interesser os for” (Pervin i Kvale & Brinkmann 2009:272). For dette studie handler det derfor om at skabe sammenhæng mellem den indsamlede empiri samt de teoretiske grundlag. Idet den adaptive tilgang fordrer gentagende vekselvirkninger mellem empiri og teori, vil disse altid tilpasse sig hinanden, hvorfor de udvalgte teoretiske begreber også er medvirkende til at verificere de empiriske fund. Dermed ikke sagt, at problematikken er løst, fordi denne vekselvirkning også betyder, at de påvirker hinanden. Derfor handler det også om, hvorledes udsagn og udvalgt teori fortolkes både alene og i samspil, således at disse rent faktisk omhandler opfattelserne af god sygepleje i de forskellige klinikker. Fortolkningsarbejdet handler derfor om at være tro, men også kritisk overfor de udledte fortolkninger og resultater og gentagende gange i processen have sammenhængen mellem formål og fortolkning for øje.

Transferability handler om studiets eksterne validitet, og om studiet er omsætteligt for andre forskere (Bryman 2008:378). Akillesehælen ved at bedrive kvalitativ forskning er netop den manglende mulighed for at kunne omsætte metoder, ifølge Lincoln & Guba, og generalisere fund til lovmæssigheder om samfundet. Derfor er det vigtigt at have for øje, at dette nødvendigvis ikke er sigtet med kvalitative studier og casesdesigns, som netop dette studie er. Ifølge Bryman interesserer kvalitativ forskning sig mere for dybde frem for bredde i et studie, hvorfor de fundne resultater ikke nødvendigvis kan generaliseres til en større population (Bryman 2008:378). Dele af denne problemstilling kan kvalitativt modvirkes ved at sikre gennemsigtighed i bearbejdelsen af teori og empiri, således at denne blive mulig for andre forskere at følge. At sikre gennemsigtighed betyder således, at metodiske og teoretiske overvejelser og refleksioner er nedskrevet, samt at arbejdsgange og analysestrategi markerer sammenhænge mellem teori og empiri. Det fordrer således også at have observations – og interviewsguidelines for at andre forskere kan omsætte studies arbejdsgang.

Flyvbjerg imødekommer, ifølge Kvale & Brinkmann, ligeledes en del af kritikken af casestudier ved at argumentere for, på trods af kritik af casestudies manglende mulighed for at generalisere, at dette er en mulighed, hvis blot man udvælger casene strategiske, således at disse er repræsentative (Flyvbjerg i Kvale & Brinkmann 2009:291). Som beskrevet i afsnittet om komparativt casesdesign (jf. afsni 3.2), så bliver de udvalgte sygeplejeklinikker udvalgt dels på baggrund af besøgstal og dels på baggrund af en forventning om, at netop disse klinikker er repræsentative for de resterende sygeplejeklinikker i Hjørring Kommune, og derfor vil give de mest informationsrige og

repræsentative empiri. Med disse refleksioner argumenteres det for, at der er sikret omsættelighed og gennemsigtighed i dette studie.

Heine Andersen pointerer, at der mere overordnet kan tales om validitets problemer ved observationsteknikken, idet der kun belyses et enkelt og afgrænset felt, og at indsamlingen af empiri vil være præget af forskerens selektivitet (Andersen i Krogstrup & Kristiansen 1999:203). Netop dette har der været opmærksomhed på i indsamlingen af empirien, således at denne er indsamlet uden indblanding af personlige eller faglige forhold, men er blevet indsamlet med et så neutralt blik som muligt, hvor forforståelser og erfaringer er blevet sat i epoché (jf. afsnit 3.1 og 3.4). Krogstrup & Kristiansen anskuer ikke nødvendigvis dette som ulemper, men som udfordringer ved at arbejde kvalitativt (Krogstrup & Kristiansen 1999:203).

Som tidligere nævnt, så er adgangen og den introducerende viden erhvervet gennem et tidligere praktikforløb i den faglige stab i Hjørring Kommune, hvorfor jeg på forhånd var bekendt med de problemstillinger samt forskellighederne, der undersøges i nærværende studiet. Med denne viden i rygsækken, kan der argumenteres for, at ovenstående kritik af observationsteknikker (jf. afsnit 3.4) er berettigede i den forstand, at hvis den omtalte eksisterende viden vil påvirke observationerne, risikeres manglende objektivitet. Der argumenteres dog for ved hjælp af det fænomenologiske redskab epoché, at dette problem til dels kan afhjælpes, idet den eksisterende viden sættes i parentes for at belyse felten som umiddelbart fremtræder.

Det kvalitative modstykke til det videnskabelige kriterium om reliabilitet, benævner Guba & Lincoln, ifølge Bryman, som *dependability* (Bryman 2008:378-379). Dette handler om, hvorvidt studiets arbejdsgang og ikke mindst resultater er pålidelige, således at disse kan generaliseres (Kvale & Brinkmann 2009:288), men som diskuteret kort ovenfor, er dette ikke nødvendigvis sigtet med kvalitativ forskning. Pålideligheden sikres ved, at alt indsamlet empiri er dokumenteret, altså at der er taget fyldestgørende notater under alle observationer, som efterfølgende er skrevet rent, samt at de efterfølgende interviews er blevet transskriberet. Empirien vil ikke blive bearbejdet, før præsentationen og analysen af denne, hvorfor det i princippet bliver muligt for andre at få det sammen indtryk, som da empirien blev indsamlet. Dog kan der stadig være problemer for andre forskere at efterprøve studiets arbejdsgang, idet den sociale virkelighed hele tiden er foranderlig, hvorfor de udvalgte cases også hele tiden vil forandres, og de samme resultater vil derved være svære at genskabe (Bryman 2008:376).

I tillæg til dette, bør det kvalitative begreb om analytisk generaliserbarhed introduceres, idet at dette er en måde, hvorpå man kan generalisere sine fund, når der arbejdes kvalitativt. Her anvendes tidligere udviklet teori som en skabelon eller ledetråde for empirien, således at der dannes slutninger, ved at sammenkæde enkelte tilfælde med teoretiske forestillinger (Maaløe i Antoft & Salomonsen 2007:49). Dette er netop, hvad den adaptive teori benyttes til i dette studie, idet at denne fordrer vekselvirkninger mellem teori og empiri (se afsnit 3.3 samt afsnit om credibility). Vekselvirkningerne og sammenholdningerne mellem teori og empiri er derfor medvirkende til at skabe strukturer og gennemsigtighed i fortolkningerne.

I forbindelse med dette bør det kort belyses, hvordan de udvalgte teoretiske begreber også er medvirkende til at afgrænse feltet, idet at begreberne er medvirkende til at styre empirien i en bestemt retning, hvilket også betyder, at de leder på afveje. Med dette menes der også, at med valget af den anvendte teori, er der fravalgt andet teoretisk input, som kunne have bibragt andre mønstre og tendenser i analysen.

Det sidste kriterium, der inddrages for at vurdere den videnskabelige kvalitet af dette studie er *confirmability*, som svarer til objektivitet (Bryman 2008: 377, 379). Idet at der i den analytiske del vil blive inddraget teori, som hjælp til at opnå en bredere forståelse af empiri, kan det i denne forbindelse være besværligt at sikre sig fuldstændig objektivitet, da der fortolkes på handlinger og udsagn i en retning, der kan afvige fra informanternes hensigt.

Der kan dog stilles spørgsmålstegn ved nyttigheden af at fortolke informanternes udsagn objektivt, idet de er indlejret i subjektive meningsstrukturer, hvorfor de kan miste en del af deres mening og betydning, hvis de tages ud af deres kontekst. Dette argument er en del af Alfred Schutz' logiske og konsistente begrebsdannelse, hvor han, ifølge Krogstrup & Kristiansen, stiller spørgsmålstegn ved, "[...] om det er muligt at bedrive objektiv videnskab, når "genstanden" er subjektiv fortolkning" (Krogstrup & Kristiansen 1999:208). Denne position og syn på objektivitet skal naturligvis ikke retfærdiggøre problematikken ved manglende objektivitet i kvalitativ forskning, men derimod være med at til skabe forståelse og accept af, at forskernes påvirkning på genstandsfeltet er en naturlig følge og vilkår ved at bruge observation som empiriindsamlingsmetode.

4.0 Teoretisk tilgang

Til at belyse studiets problemstilling teoretisk er der udvalgt teori, der i analysen kan være med at klarlægge dels de elementer, der omhandler sygeplejedistrikterne i Hjørring Kommune som et organisatorisk anlæggende og dels de elementer, der mere konkret omhandler sygepleje. De udvalgte teoretiske begreber er medtaget på baggrund af den indledende fase i bearbejdningen af empirien, hvorfor de teoretiske begreber er nært beslægtet med de empiriske fund. Det første teoretiske begreb, der introduceres er en fortolkning af den symbolske kulturanalyse, som anvendes som et mere bredt og overordnet begreb i analysen. Herefter belyses tidens betydning ved hjælp af Alfred Schutz tidsbegreb. Disse efterfølges af mere Kari Martinsens omsorgsfilosofi for at kunne vurdere, hvilke forskelle der måtte findes i opfattelserne af disse. Disse anvendes som orienterende begreber, hvorfor der ikke tages afsæt i et fuldt teoriapparat, men udvalgte begreber, der som tidligere skrevet, er fundet i den indledende fase af empiribearbejdningen.

4.1 Symbolsk kulturanalyse

Til at analysere kulturerne i de udvalgte sygeplejedistrikter i Hjørring Kommune tages der udgangspunkt i en symbolsk kulturanalyse. Med dette menes der, at modellen for denne ikke følges stringent, men der anvendes grundantagelser herfra, som inspiration til udvælgelse af empiriske eksempler på kulturer. Efter præsentationen af den symbolske kulturanalyse præsenteres, udfoldes mere generelle antagelser omkring organisationskulturer, som ligeledes vil anvendes i analysen. At studere kulturer i organisationer hænger sammen med antagelsen om, at kulturen, altså måden tingene gøres på, hænger sammen, hvor succesfuld organisationen er. Derfor er dette et relevant perspektiv at inddrage i henhold til dette studiets problemstilling, der netop søger at forklare forskelle i succesrater.

Den symbolske kulturanalyse har ikke et specifikt teoretisk ophav eller grundlægger, hvorfor der tages udgangspunkt i Maiken Schultz' præsentation af denne i *Kultur i organisationer – funktion eller symbol* (2006). En symbolsk kulturanalyse tager sit udgangspunkt i symbolismen, hvor organisationer betragtes som menneskesystemer frem for systemer, der er skabt af maskiner (Bakka & Fivelsdal 2014:144). Som Bakka & Fivelsdal fremlægger det, så betyder det;

”[...]at de sociale forestillinger bliver vigtige, herunder at handlinger opfattes symbolsk og derfor kan udlægges, fortolkes og tillægges betydning og mening [...]Symbolismen fortolker organisationers hverdagsliv og kulturen fremtræder som det fortolkningsmønster, der

binder organisationsmedlemmerne sammen og skaber en fælles forståelsesramme” (Bakka & Fivelsdal 2014:114).

Centralt for en symbolsk kulturanalyse bliver altså forståelsen og fortolkningen af de symboler, der findes inden for den pågældende kultur. Ligeledes er det centralt, at den symbolske kulturanalyse antager, at alle mennesker er en aktiv skaber af deres egen virkelighed, hvorfor fænomener derved bliver sociale definitioner og er resultater af kollektive meningsdannelser (Schultz 2006:70). En kultur betragtes med symbolismes øjne som et selvstændigt og sammenvævet system og indeholder sin egen forståelse af virkeligheden. Schultz udfoldes kulturbegrebet senere med;

”Et netværk af lokal mening og betydning, imellem organisationsmedlemmerne, som kan danne forskellige mønstre i form af verdensbilleder og etos [...] Organisationskultur er organisationsmedlemmernes socialt skabte og meningsfulde virkelighed(er), der sammenfatter organisationens særlige levemåde” (Schultz 2006:73).

I en symbolsk kulturanalyse handler det om at forsøge at genskabe og rekonstruere organisationsmedlemmernes meningsdannelser og opfattelser. Schultz beskriver kulturen, som noget, der *”[...]skal indkredses og skabes i en serie af fortolkninger”* (Schultz 2006:72). At analysere symboler i en organisation betyder, at der undersøges forskellige tegn, som tillægges betydninger. Ifølge Schultz kan det være genstande, handlinger, begivenheder, ytringer eller billeder, som kan erfares, ses, høres eller opleves. De enkelte symboler forener tegn og tilhørende associationer i en samlet og meningsfyldt helhed, men det er dog ikke givet at medlemmerne af organisationen oplever de samme symboler, fordi der ikke forudsættes enighed i fortolkningerne af fænomenerne og symbolerne (Schultz 2006:74).

I den symbolske kulturanalyse opdeles symbolerne i tre forskellige typer; fysiske symboler, handlingssymboler og verbale symboler. I den senere analyse vil der primært fokuseres på symboler relaterede til handlingssymboler og verbale symboler. Handlingssymboler dækker over handlinger, som tillægges betydninger ud over det egentlige indhold. Her fremhæver Schultz særligt ritualer som handlingssymboler, idet at disse beskriver traditionsbundne regler for, hvordan der ageres i forskellige situationer, samt hvilken mening andres handlinger skal tillægges (Schultz 2006:75). Endeligt er der verbale symboler, som ikke blot omhandler sprog, men nærmere om det sproglige indhold og de symboler, der måtte være heri. Her fremhæver Schultz hovedsageligt myter som verbale symboler. Myter dækker over standardforklaringer, som trækker på organisationens historie for at strukturere og forklare nogle af de tidligere erfaringer, som findes i organisationen (Schultz

2006:76). Det er hverdagsforklaringer, som har karakter af at være ureflekterede og har til formål at legitimere handlingsvalg.

Tilsammen danner disse tre typer af symboler, hvad der udgør organisationens verdensbillede og etos. Verdensbilledet udtrykker, hvordan organisationens medlemmer anskuer virkeligheden, men etos betegner organisationskulturens værdier på et højere moralsk niveau (Schultz 2006:78). De er komplekse og omfattende begreber, som ikke kan beskrives uden først at have belyst organisationens symboler.

Som supplement til dette inddrages perspektiver på organisationskultur fra Dag Ingvar Jacobsen & Jan Thorsvik (Jacobsen & Thorsvik 2013:115). De fremhæver således fem generelle effekter, som organisationskulturen har på dets medlemmer, hvoraf de væsentligst for dette studie omhandler *tilhørsforhold og fællesskab* samt *samarbejde og koordinering*.

Tilhørsforhold og fællesskaber kan findes i organisationskulturer, fordi disse er medvirkende til at skabe sociale fællesskaber "[...]og give den enkelte en følelse af at høre til (Jacobsen & Thorsvik 2013:116). At være en del af et fællesskab er med til at give sikkerhed og tryghed, fordi man i gruppen er overvejende ens og derved handler og tænker ens. Det andet væsentlige karakteristikum, som fremhæves af Jacobsen og Thorsvik, omkring samarbejde og koordinering kan forstås i forlængelse af betydningen af tilhørsforhold og fællesskab. Disse er nemlig medvirkende til at skabe tillid blandt medarbejderne, og at man føler sig gensidigt afhængige af hinanden samt ønsker at arbejde for fællesskabet frem for sig selv (Jacobsen & Thorsvik 2013:117). Samarbejdet og koordineringen mellem medarbejderne lettes derved, når der er et større tillidsforhold blandt medarbejderne, hvilket ligeledes kan føre til mere effektivitet i arbejdet.

Den symbolske kulturanalyse skal i dette studie hjælpe med at belyse først og fremmest de kulturelle forskelle, der må være i distrikterne, som eksemplificeres ved forskellige holdninger, handlinger, normer og værdier. Kulturen bliver derved belyst gennem hele analysen med henblik på at tydeliggøre forskellene i tidsforståelsen, fællesskabet blandt sygeplejerskerne samt i relationerne og omsorgen.

4.2 Tidens betydning

I forlængelse af den symbolske kulturanalyse inddrages forståelsen af tid af Alfred Schutz som et orienterende begreb, idet at tiden beskrives af sygeplejerskerne som havende væsentlig betydning for deres arbejde i klinikkerne. Schutz forståelse af tid inddrages derfor som orienterende begreb for at opnå forståelse af, hvordan tiden influerer på sygeplejerskerne arbejde og forskellige kulturer.

Alfred Schutz (1899-1959) er østrigsk fænomenologisk sociologi og har arbejdet med det sociologiske hverdagsliv, hvorfra tidsbegrebet også stammer fra (Bech-Jørgensen 2006:209).

Tidsbegrebet er hos Schutz et komplekst sociologiske begreb. Det handler ikke blot om en kontinuerlig strukturering af handlinger og forløb i fortiden, nutiden og fremtiden, men også om hvad han benævner som indre og ydre tid, som angiver forskellige lag af tidsmæssighed (Schutz 2005:15). Den indre tid dækker over tidsmæssig vedvarende og beskriver forskellige strømninger af tanker og indre oplevelser, ”[...]som griber ind i hinanden og forbinder sig med hinanden” (Schutz 2005:15). Denne tid opleves ikke kronologisk, hvorfor fortiden, nutiden og fremtiden alle forbindes med hinanden, hvorfor Schutz forklarer den indre tid som subjektiv tidsmæssighed, idet at den opleves spontant og ureflekteret (Schutz 2005:16).

Den ydre tid dækker over den mere strukturerende klokke tid, hvor oplevelser og begivenheder tillægges betydninger og mening i den rækkefølge, som de opleves i (Schutz 2005:16). Den ydre tid eller klokke tid betegnes af Schutz som en social tid, idet at den er ens for alle og dermed har karakter af at være objektiv og upåvirket af social struktur (Schutz 2005:16). Klokke tiden er yderligere [...] *uundværlig som en mere eller mindre upåagtet symbolsk magt i et foranderligt samfund som det moderne* (Schutz 2005:16). Når tiden opleves i fællesskab, argumenterer Schutz for, at man tager del i hinandens liv, og man deler hinandens forventning til fremtiden (Schutz 2005:14). Begge tidsformer – og forståelser vil være relevante at belyse i analysen, idet at disse kan have betydning for sygeplejekulturene i de udvalgte distrikter.

4.3 Omsorg i sygeplejen

Det næste orienterende begreb, som vil inddrages i det samlede teoriapparat, er Kari Martinsens omsorgsbegreb. Martinsen (f.1943) er norsk sygeplejerske og filosof med et kritisk og fænomenologisk udgangspunkt (Alvsvåg 2011:202). Martinsen er særligt optaget af omsorgsbegrebet ikke blot i relation til sygepleje, men i forhold til alle mellem menneskelige relationer, fordi omsorgen er grundlæggende for sygepleje såvel som for andre former for omsorgsarbejde (Alvsvåg 2011:195).

Omsorg anvendes derfor som orienterende begreb i analysen af sygeplejeklinikkerne i Hjørring kommune med henblik på at belyse forståelserne af den gode sygepleje samt relationerne mellem sygeplejersken og borgeren. Der inddrages også begreberne svag paternalisme og autonomi samt forståelsen af den fagligt dygtige sygeplejerske.

Omsorgsbegrebet er, ifølge Martinsen, tredelt og rummer over en moralsk, praktisk og en relationel dimension. Martinsen argumenterer for, at den moralske dimension er den overordnede, fordi denne viser sig i måden, som arbejdet udføres på (Martinsen 2005:144). At arbejde moralsk kommer til udtryk i fornuftige handlinger, hvor overvejelserne er både rationelle og følelsesmæssigt funderet, således at der er taget højde for situationen. Den praktiske del kommer til udtryk i sygeplejerskerne's handlinger i forhold til patienten, mens den relationelle del kommer til udtryk ved, at omsorg sker i en relation. Relationer er særligt vigtige for Martinsen, idet hun argumenterer for, at *"[...] relationer og afhængighed er noget fundamentalt, hvor kollektivet sættes i centrum og ikke det nøgne individ"* (Martinsen 2005:144). Hun udfolder dette og argumenterer for, at mennesket på denne måde er *"[...] henvist til hinanden [...]"* (Martinsen 2005:144), hvorfor tillid bliver noget fundamentalt og bærende i konkrete situationer. Tillid er, ifølge Martinsen, også et interaktivt og etisk fænomen. Hun argumenterer ligeledes for, at tillid og omsorg hænger uløseligt sammen, idet at tillid er bærende i omsorgen. Omsorg handler derfor om tillid, men også om engagement og indlevelse. Det handler om at udlevere sig selv og turde vove sig frem og blive imødekommet af den anden, hvorfor det bliver elementært i enhver relation (Martinsen 2005:151). Omsorg handler om at knytte bånd og indgå i relationer, hvorved at mennesker bliver afhængige af hinanden (Martinsen 2005:145). Ved at indgå i en relation som sygeplejerske bør der, ifølge Martinsen, altid være, hvad hun betegner, som svag paternalisme tilstede. Svag paternalisme er betegnende for den situation, hvor patienten bibeholder sin autoritet og selvstændighed, fordi sygeplejerskens magt over ham/hende er minimal (Martinsen 2005:153). I en situation, der er præget af stærk paternalisme, skriver Martinsen, bliver sygeplejersken distanceret og objektiveret gennem netop den paternalistiske adfærd. Svag paternalisme er derfor nødvendig i en situation, hvor sygeplejerskerne ønsker at udtrykke sårbarhed, sensitivitet og oprigtighed for netop at skabe en tillidsfuld relation til borgeren (Martinsen 2005:154).

Martinsen argumenterer for, at vejen til at blive en god sygeplejerske sker gennem mester-elevforholdet. Dette forhold indebærer, at sygeplejemester oplærer eleven i de aspekter af sygepleje, som ikke kan læres på skolebænken, men som læres i det kliniske område nemlig ved sygesengen (Martinsen 2005:160). Dette handler således om at tillære sig gode holdninger og drømmekraft, som betyder, at eleven danner sig erfaring og bliver kompetent til at vurdere skønsomt. Sygeplejemesteren fungerer derved som forbillede for eleven, og hun/han bliver taget med på råd af eleven.

Hvad sygeplejeeleven skal oplæres i, betegner Martinsen, som det faglige skøn. Det faglige skøn

karakteriseres som en fornuftig handling, som anvendes uden at være bundet af regler, men på baggrund af erfaringer, således at den udførte sygepleje bliver situationel og individualiseret. Det faglige skøn er stærkt knyttet til Martinsens forestilling om den faglige dygtige sygeplejerske. Den faglige dygtige sygeplejerske handler således ud fra det faglige skøn, men også ud fra intuition som en del af det faglige skøn (Martinsen 2005:161). Den faglige dygtige sygeplejerske beskrives som velovervejnet, fleksibel med en situationsbunden fornuft. Hun/han udviser moral i sine handlinger, som betyder, at hun/han kan skabe tillid i en relation mellem hende og patienten.

Et sidste begreb, der anvendes fra Martinsens teori, er sansernes betydning, som ligeledes er nært beslægtet med det faglige skøn. Martinsen betegner, ifølge Alvsvåg, den viden, som erfares gennem sanserne, som en af den grundlæggende og vigtigste form for viden (Alvsvåg 2011:197). Det er gennem sanserne, at mennesket erfarer fænomener, hvorfor det bliver særligt vigtigt for sygeplejersken at være opmærksom på at have alle sine sanser med sig i behandlingssituationen.

4.4 Opsamling på de teoretiske perspektiver

Ovenstående orienterende begreber udgør således det teoriapparat, som vil anvendes i analysen, idet de tilsammen vurderes at give de bedste muligheder for at besvare på studiets problemformulering. Som skrevet tidligere vil de orienterende begreber symbolsk kulturanalyse samt tid anvendes til besvarelse af problemformuleringens første del, om hvilke forskellige sygeplejekulturer der er at finde i de udvalgte distrikter i Hjørring Kommune, mens omsorgsfilosofien samt begreberne tilknyttet den interaktionelle sygeplejepraksis vil anvendes i analyse af, om de fundne kulturer har betydning for, hvordan sygeplejen udføres i de forskellige distrikter, hvorfor de udvalgte orienterende begreber supplerer hinanden.

De udvalgte begreber supplerer hinanden særligt godt, idet at de alle har samme syn på individet. Som det bliver tydeligt i både den symbolske kulturanalyse og Martinsen anlægger de et subjektivistisk syn på mennesket; både i den symbolske kulturanalyse såvel som Schutz forståelse af tid lægges der vægt på, hvorledes dette opleves og fremtræder for individet, og i den symbolske kulturanalyse særligt på, hvordan der for det enkelte individ skabes mening.

Den symbolske kulturanalyse samt tidsbegrebet belyser begge strukturer, som er med til at sætte rammerne for sygeplejedistrikter og sygeplejen. Som beskrevet er disse ikke standardiserede og faste størrelser, men dimensioner der hele tiden er åben for fortolkning og forskellige opfattelser fra sygeplejerskerne.

Ligesom at der er ligheder mellem de udvalgte teoretiske begreber, kan der fra disse trækkes linjer til metodologiske overvejelser i dette studie. Der er således ligheder mellem det symbolske grundlag i kulturanalysen og dette studies anvendte videnskabsteoretiske position. Dette kommer til udtryk ved fokus på subjektivistiske menneskesyn og forestillingen om, at individer er fortolkende væsener, som er indlejret i en social virkelighed.

Martinsen anlægger i tillæg også et fænomenologisk udgangspunkt, hvilket kommer til udtryk ved hendes forståelse af fænomener, som helheder og ikke enkelte dele. Samtidigt har Martinsen samme fokus på sanser og betydningen af anvendelsen af disse, som der forefindes i dette studium.

5.0 Analyse

Følgende analyse vil indledes med en præsentation af de deltagende informanter samt de udvalgte klinikker, hvorefter at analysen vil tage udgangspunkt i den symbolske kulturanalyses handlings – og verbale symboler. Derudover vil dele af empirien, som ikke underbygges af teoretiske begreber, præsenteres, idet de ligeledes medvirker til at opnå en forståelse af sygeplejekulturerne samt deres betydning for den udførte sygepleje. Analysen vil derved med baggrund i den adaptive teoretiske tilgang være et samspil mellem empiri og teori i besvarelsen af følgende problemformulering;

Hvilke forskellige sygeplejekulturer er der at finde i de udvalgte sygeplejeklinikker i distrikterne i Hjørring kommune? Kan disse forskelligheder i kulturer være med at forklare til, hvorfor sygeplejeklinikkerne har forskellige succesrater?

I den fænomenologiske bearbejdning af den indsamlede empiri er der fundet følgende temaer, som vil blive berørt i analysen; *kultur* som vil analyseres med afsæt i en inspiration af den symbolske kulturanalyse. Kulturen berøres løbende, men først med afsæt i handlinger, hvorfor der først analyseres på *fællesskab* som det første handlingssymbol i sygeplejedistrikterne med henblik på at undersøge, hvilke forskellige fællesskabskulturer, der findes i distrikterne. Derefter følger *tiden*, der analyseres ved hjælp fra *Schutz' forståelse af indre og ydre tid*, hvor særlig den ydre tid blive tydelig i sygeplejerskerne arbejde. Dernæst analyserer der på *relationen mellem sygeplejerske og borger*, hvor *Martinsens omsorgsbegreb* anvendes til at fremhæve den relationelle praksis og det tillidsforhold, der er mellem borger og sygeplejerske.

Herefter følger en analyse af, hvad der med den symbolske kulturanalyse betegnes som verbale symboler, hvorfor der analyses på kulturen med afsæt i det verbale, hvorfor opfattelser af *den gode sygepleje og sygeplejersker* præsenteres. Denne del af analysen anvendes ligeledes, som hvad den symbolske kulturanalyse benævner som verdensbillede, idet at distrikternes sygeplejeforståelse og filosofi kan forstås som værende grundlæggende for deres selvbillede (se afsnit 4.1). Analysen afsluttes med sygeplejerskens syn til *sygeplejeklinikkernes udfordringer* for at opnå den politiske målsætning om, at 25 % af borgerne, der modtager sygeplejeydelser, modtager disse i klinikkerne.

5.1 Sygeplejerskerne og klinikkerne

Inden analysen påbegyndes, præsenteres respondenterne. De deltagende sygeplejersker er fordelt på to udvalgte distrikter, hvoraf tre af dem kommer fra distrikt 1 og de resterende to fra distrikt 2. Fælles for alle sygeplejerskerne er, at de alle har været tilknyttet sygeplejeklinikkerne i de respektive distrikter, siden etablering af disse i år 2013.

Informanten Anne er den yngste deltagende sygeplejerske, og jobbet som hjemmesygeplejersker er hendes første som sygeplejerske. Hun har tidligere arbejdet med andet omsorgsarbejde, som hun fortæller, var blandt årsagerne til, at hun blev sygeplejerske (Interview 1:1). Hun fortæller ligeledes at valget for hende om at blive sygeplejersker var logisk, idet hun gerne ville arbejde med mennesker, og hun omtaler sygeplejerskeuddannelse som en uddannelse med mange muligheder bagefter (Interview 1:1).

Den næste informant er Bente er midaldrende og har været i hjemmesygeplejen i forskellige funktioner siden slutningen af 1990'erne. Foruden hjemmesygeplejen har hun tidligere arbejdet som sygeplejersker i psykiatrien og på en medicinsk afdeling. Hun fortæller, at hun var vidst, at hun ville være sygeplejerske, siden den dag hun trådte ind på skolen og også, at hun ville arbejde i hjemmesygeplejen, men at dette krævede erfaring (Interview 2:1). Hun har arbejdet i et andet omsorgsarbejde, før hun blev uddannet sygeplejerske.

Informant Charlotte er knap 50 år gammel og har været hjemmesygeplejerske i snart 20 år. Forinden dette har hun arbejdet på forskellige hospitalsafdelinger. Hun fortæller, at hun ligesom Bente altid var vidst, at hun ville arbejde i hjemmesygeplejen, men at der skulle mere erfaring til, hvorfor hun valgte at begynde på hospitalsafdelinger. Hun beskriver sygeplejen som et spændende fag med store udviklingsmuligheder og et godt håndværksmæssigt fag, hvilket var en af årsagerne til, at hun valgte at blive sygeplejerske (Interview 3:1).

Informant Dorthe er jævnaldrende med Bente og Charlotte og har været uddannet sygeplejerske siden begyndelsen af 2000. Forinden har hun taget en anden mellemlangvideregående uddannelse til et arbejde, som hun har været ansat ved i 15 år. Hun har altid haft en drøm om at blive sygeplejerske, men valgte af andre årsager den anden uddannelse først. Hun har heller aldrig været i tvivl om, at hun skulle være i hjemmesygeplejen, da hun ikke vil betegne sig selv, som en 'sygehus-sygeplejerske' (Interview 4:1). Hun har således ingen anden erfaring med sygepleje end hendes nuværende job.

Den sidste informant er Ellen også er jævnaldrende med Dorthe og er dermed først i 50'erne. Hun har været hjemmesygeplejerske i Hjørring Kommune siden først i 2000'erne, og inden da har hun arbejdet på en medicinsk afdeling. Ellen fortæller, at hun som barn har været patient af flere omgange, og at dette var en af de væsentlige årsager til, at hun selv er blevet sygeplejerske i dag.

Hun har tidligere arbejdet på hospitalsafdelinger, men havde lyst til at opleve sygeplejen på andre måder, hvorfor hun skiftede til hjemmesygeplejen.

Anne, Bente og Charlotte er alle tre tilknyttet distrikt 1, hvor der er blevet foretaget observationer i en klinik. Denne klinik er placeret i det distrikt, hvor der er flest borgerbesøg i sygeplejeklinikkerne. Klinikken i Bakkeby ligger på et ældre – og aktivitetscenter og er placeret i ældre lokaler. Før etableringen af sygeplejeklinikkerne i år 2013, har der nogle år forinden været sygeplejeklinik i Bakkeby, hvorfor nogle af sygeplejerskerne havde erfaring med dette. Den daværende klinik havde dog ikke så stor succes som den nuværende sygeplejeklinik, hvorfor initiativet lukkede ned igen (observation 2:4).

Dorthe og Ellen kommer begge fra distrikt 2, hvor Dorthe er tilknyttet klinikken i Lilleby, og Ellen er tilknyttet de to resterende klinikker i dette distrikt. Under observationerne var det klinikkerne i Lilleby og Dalby, som blev besøgt. I Lilleby har der tidligere været en lille klinik i dette distrikt, men efter den politiske bestemmelse om etablering af sygeplejeklinikker i år 2013, fik klinikken sit nuværende lokale. Klinikken i Dalby er den nyeste og mest moderne, idet der på dette ældre – og aktivitetscenter ikke tidligere har været en sygeplejeklinik.

5.2 Kulturanalyse

Om end det kan være problematisk at antage, at sygeplejerskerne er en del af en kultur, idet deres arbejde hovedsageligt foregår alene, antages det alligevel, at sygeplejerskerne deler nogle fælles holdninger, værdier og normer for god sygepleje og omsorg, som eksisterer og udvikles, når sygeplejerskerne mødes i distriktskontorerne eller i klinikkerne. Denne antagelse bakkes op af Bente fra Distrikt 1, der fortæller, hvorfor hun tror, at der er forskel i succesraterne i distrikterne; *”Kultur. [...] Jamen, det har noget at gøre med de sygeplejersker, der kører i Lilleby, de er måske ikke lige så firkantede og hårdhuedede, som os i Bakkeby”* (Interview 2:8-9). Bente fortæller hermed, at der er forskel på sygeplejetyper, og årsagen henviser hun til kulturer. På trods af at sygeplejerskerne er opmærksomme på det, fortæller Bente videre:

”Men der er kulturforskellene, stadigvæk og vi prøver alt, hvad vi kan for at prøve at ensrette os, for faktisk har vi, og den er jeg også med i, nedsat en gruppe, hvor vi prøver, når vi oplever noget ting, der bliver gjort forskellige, så har vi skrevet dem ned, og så har vi prøvet at lave nogle retningslinjer til, hvordan er det så, at vi fælles gør det her” (Interview 2:11).

Kulturerne argumenteres dermed for at skulle findes i det mindre rum, som sygeplejerskerne deler med hinanden, og det er også her, at der i Distrikt 1 forsøges at arbejde med, for at ensrette den sygepleje, der gives til borgerne. Derfor vil der først analyseres på fællesskabet blandt sygeplejerskerne, dernæst tidens betydning samt relationerne til borgerne, som alle fortolkes som værende handlingssymboler jf. den symbolske kulturanalyse (se afsnit 4.1).

5.3 Fællesskab blandt sygeplejerskerne

Fællesskabet og hvordan dette anvendes blandt sygeplejerskerne bliver i denne analyse væsentlig for at få indblik i dennes betydning for kulturen i sygeplejedistrikterne. Denne antagelse bygger på de første bearbejdnings af den indsamlede empiri, hvor det således blev tydeligt under de indledende observationer, at på trods af, at sygeplejerskernes arbejde primært udføres alene, eksisterer der et fællesskab blandt sygeplejerskerne. Hvordan dette ses, og hvilken betydning dette har, udfoldes nedenfor.

Hver morgen forinden sygeplejerskerne tager afsted til klinikkerne eller køre ud som hjemmesygeplejerske til borgerne, mødes de alle sammen fra hele distriktet (se eksempelvis observation 1:1, Observation 4:1). Dette gør de for at udnytte tiden til forberedelse af dagens borgere, faglig sparring, ekstra koordinering af opgaver, eller hvis de har små opgaver, som medicin til dosering, der senere skal leveres ud. Som tidligere skrevet arbejder sygeplejerskerne alene i løbet af en arbejdsdag, hvilket betyder, at møderne om morgen med kollegaer får stor værdi. Dette fortæller Dorthe om;

”[...]at jeg har større tilhørsforhold til mine kollegaer end måske dem, der kører ruter her. Fordi jeg er her, og jeg bliver tit et samlingspunkt, fordi jeg kommer op og drikker kaffe [...]der er vi altså rigtig godt connected her i vores lille distrikt, ved at vi er på samme kontor. Vi møder ind alle sammen om morgen på samme sted, og vi slutter alle på samme sted, så på den måde så har alle en fornemmelse af, hvad hinanden laver” (Interview 4:4-5).

At begynde og afslutte dagen sammen, giver ifølge Dorthe fornemmelser for, hvad ens kollegaer laver. Dette er vigtigt, hvis de skal overtage overgaver fra hinanden. Ellen fra samme distrikt bakker op om Dorthes udtalelse og fortæller, at det at have fornemmelse for, hvad hinanden laver, også er vigtigt, fordi sygeplejerskerne kan blive nødt til at overtage hinandens opgaver, fordi dette giver dem et bedre udgangspunkt for at løse dem, fordi de er mere forberedt på det (Interview 5:3). Dorthe fortæller ligeledes om, at det giver et større tilhørsforhold, specielt for hendes vedkommende, da hun er i klinikken samme sted, som distriktet har fælleskontor. Det at

organisationskulturen er medvirkende til at skabe et tilhørsforhold mellem sygeplejerskerne, beskrives ligeledes af Jacobsen & Thorsvik (se afsnit 4.1). Som det også beskrives, så kommer kulturen til udtryk gennem tilhørsforholdet til gruppen, men som Dorthe ligeledes beskriver, så er sygeplejerskerne *rigtig godt connected* i Distrikt, hvilket kan give dem en følelse af fællesskab og have et sted at høre til. Netop dette fortæller Ellen om samt fordelene ved, at sygeplejerskerne mødes på fælleskontoret, før de kører til klinikkerne eller borgeren;

”[...]det giver jo en oplevelse af et fag fællesskab, og også sådan et almindeligt kollegialt fællesskab. Og det betyder også, at når man er alene om den enkelte opgave, så den fællesskabsoplevelse, der er først og sidst på dagen er jo med til [...]at ophæve den der 'alenehed', mens man udfører sit arbejde. Og du har mulighed for faglig sparring” (Interview 5:3).

Ellen fremhæver således, at mødet før og efter arbejdet i klinikkerne og i hjemmene er med til at give hende og de andre sygeplejersker et fagligt fællesskab, hvor de deler og overleverer faglige spørgsmål og undren med hinanden. Ellen fremhæver også, at fællesskabet er med til *at ophæve den 'alenehed'*, som sygeplejerskerne kan opleve undervejs i deres arbejde.

Det at mødes om morgenen bliver derfor en mulighed for sygeplejerskerne i Distrikt 2 for at dele sygepleje, hvorfor deres fællesskab i høj grad har karakter af at være fagligt. Dorthe fortæller dog om, at de i distriktet også deler andet end faglighed, eksempelvis når de mødes til formiddagskaffe.;

”[...] der kan godt blive snakket arbejdsrelaterede ting, og der kan godt blive snakket kaffeslabaras og noget, der skete i weekenden, men [...]der kan snakkes lidt af det hele der oppe. Så der kan man også godt mødes og drøfte noget”(Interview 4:5). På den måde udvides det faglige fællesskab med sociale aspekter på samme måde, som Jacobsen & Thorsvik fremhæver, at det faglige fællesskab kan føre til sociale fællesskaber (se afsnit 4.1)

Hos sygeplejerskerne i Distrikt 2 er der altså kultur for, at det fælles er medvirkende til at binde sygeplejerskerne sammen både fagligt og socialt. Det giver sygeplejerskerne en følelse af at have et sted at høre til.

Det faglige fællesskab kan også spores hos sygeplejerskerne i Distrikt 1. Her fortæller Bente om vigtigheden af det faglige fællesskab. I distrikt 1 er der ikke en fast klinisygeplejerske, hvilket betyder, at den faglige overlevering i tillæg får betydning for kontinuiteten hos borgerne;

”Der er jo en meget meget høj grad af faglig sparring og en overlevering, fordi det kan jo godt være, at hende, der sidder ved siden af mig, det var hende, der var i klinikken i går. Så

vi får kommunikeret, og jeg kan spørger ind til, og jeg læser måske et eller andet i journalen, og så kan jeg stille uddybende spørgsmål. Og så sidder der jo nogle, der er eksperter på noget [...] og så kan vi spørger ind til, og jeg kan ikke lade være, fordi nu [sygeplejefaglig speciale red.] er mit område ikke, hov så hører jeg noget, og så kan jeg ikke lade være med at blande mig måske. Så på den måde så synes jeg, at det er en meget høj grad af faglig sparring, og vi får også hjulpet hinanden”(Interview 2:4).

Den faglige sparring mellem sygeplejerskerne får betydning for borgeren på den måde, at sygeplejerskerne kan dele erfaring eller stille uddybende spørgsmål, hvorfor behandlingen kan optimeres. Bente kan, som en af sygeplejerskerne med specialer, derudover dele hendes uddybende viden om hendes felt til gavn for de resterende sygeplejersker i situationer med relaterede problematikker. Der kan her drages paralleller til Martinsens begreb om mester-elev-forhold, som blandt andet handler om overlevering af viden, oplæring af gode holdninger og god dømmekraft (se afsnit 4.3). Når Bente deler hendes viden og erfaring med et bestemt sygeplejefagligt speciale, kan det argumenteres for, at hun får rollen som sygeplejemester, som Martinsen benævner det, hvor hun fungerer som et faglig forbillede og bliver spurgt til råds, fordi hun har mere erfaring.

Charlotte og Anne fortæller om samme oplevelse af det faglige fællesskab og sparringen (Interview 1:3), men pointerer også, at det faglige fællesskab er med til at udvikle sygeplejen i Distrikt 1;

”Jamen, det betyder jo, at man føler sig som en del af et team, at man har nogle kollegaer, som man kan spare med. [...] at det ikke er den samme sygeplejerske, der er i klinikken hver dag, så får vi lige vente, er der noget specielt, at du skal være opmærksom på i dag med de borgere, der kommer i dag. Så det giver en utrolig stor arbejdsglæde, det giver faglig stor udvikling [...]” (Interview 3:2).

Det faglige fællesskab og tilliden til hinanden kommer til udtryk i muligheden for at søge hjælp hos sine kolleger. Charlotte betoner også udviklingen af det sygeplejefaglige som en del af fællesskabet i Distrikt 1. Sparring kan med andre ord også argumenteres for at udvikle, hvad Martinsen betegner som det faglige skøn. Det sygeplejefaglige skøn trækker på både erfaring, faglig viden samt indsigt i situationen (se afsnit 4.3), fordi overleveringen af informationen både indeholder det sygeplejefaglige, men også hvis der er informationer vedrørende borgeren, der skal videregives. Det samme er gældende, når sygeplejerskerne i Distrikt 1 overleverer informationer omkring hele borgeren.

Bente fortæller om, hvordan hun oplever, at hendes kollager kan ringe til hende undervejs i en behandling, hvis hun eksempelvis har tilset patienten tidligere., fordi [...] *der vil jeg sige, at der er stor tillid i personalegruppe og stor åbenhed, og man spørger, og man bruger hinanden, [...]*” (Interview 2:4). Overleveringen af informationer samt sparringen blandt sygeplejerskerne, som alle sygeplejerskerne fra Distrikt 1 betoner, kan anskues ud fra Jacobsen & Thorsviks begreb om samarbejde og koordinering. På grund af den store tillid i personalegruppen bliver det legitimt at spørge sine kolleger til råds, og sygeplejerskerne i Distrikt 1 bliver derved gensidigt afhængige af hinanden. Tillid kommer på baggrund af et godt kendskab til hinanden, hvilket også medfører en høj grad af samarbejde. Sygeplejerskerne fra Distrikt 1 beskriver den daglige udskiftning af sygeplejersker i klinikkerne, som værende uproblematisk, hvilket kan være forårsaget af et stærkt fællesskab, som betyder at samarbejdet og koordineringen mellem sygeplejerskerne forløber uden problemer (se afsnit 4.1). Samtidigt kan der argumenteres for, at der er stor tillid i personalegruppe, idet at alle sygeplejerskerne er trygge ved at overlade morgendagens opgaver til en kolleger ved vidende, at dette bliver løst uden problemer.

Dorthe fra Distrikt 2 beretter om samme mulighed for at bruge hinanden, hvis der er behov for det;

”[...] man kan få drøftet et eller andet, hvis man er gået i stå, man kan i hvert fald få det vendt. Det kan man, altså det er jo en kunst som sygeplejerske at søge hjælp hos andre, det er jo ikke fordi, at man er blevet sygeplejerske og har fået sin autorisation, så skal man kunne det hele, altså og det er jo også derfor, at vi har vores, vi har vores fagsygeplejerske [...] så man kan altid søge noget hjælp hos hinanden” (Interview 4:5)

Dorthe understreger samtidig, at ingen sygeplejerske skal praktisere alene, og at det er vigtigt, at man søger hjælp hos andre. Hun betegner det som en *kunst* at mestre balancegangen mellem at praktisere selv og søge hjælp hos andre eksempelvis med specialer og udvidet viden om problemstillingen. Jacobsen & Thorsvik begreb om koordinering og samarbejde tydeliggøres også i Dorthes udtalelse, idet at hun pointerer vigtigheden i at kunne søge hjælp og derigennem samarbejde, men dette er dog på andre præmisser end i Distrikt 1, fordi samarbejdet her kan anskues som en nødvendighed for at sikre borgeren god sygepleje samt kontinuitet i behandlingen. Hos sygeplejerskerne i Distrikt 2 bliver samarbejdet ikke en nødvendighed på samme måde, fordi de ikke har dagligt skiftende sygeplejersker i klinikken.

Fælleskabet har i Distrikt 1 særlig karakter af faglighed med særligt fokus på overlevering af information omkring borgerne. Dette ses ved betoning af, at der ikke er fast klinisygeplejerske,

hvorfor overleveringen af information får en central rolle i fællesskabet. Det kan også anskues som en nødvendighed, at overleveringen af information – og derved samarbejdet og koordineringen mellem sygeplejerskerne – fungerer uden problemer, idet at den sygepleje, der gives til borgeren, mister kontinuitet og sammenhæng, hvis der opstår misforståelser eller problemer i overleveringen.

Foruden den faglige sparring, som tydeliggjort ovenfor, handler fællesskabet i begge sygeplejedistrikterne også om at hjælpe hinanden, hvis der er brug for det. Dorthes fortæller her om, at de i Distrikt 2 er en meget homogen gruppe (Interview 4:6), hvilket giver meget fleksibilitet. At sygeplejegruppen beskrives som homogen, kan forstås ud fra Jacobsen & Thorsviks forståelse af tilhørsforhold og fællesskaber, som medvirkende til at give tryghed og sikkerhed, og derigennem 'ensliggøre' organisationens medlemmer (se afsnit 4.1). 'Ensiggørelsen' har ligheder med Dorthes beskrives af Distrikt 2 som en homogen gruppe, som kan anskues som et resultat af et stærkt fællesskab i distriktet. Flexibiliteten, som nævnes ovenfor, er medvirkende til, at ingen af sygeplejerskerne lader deres kolleger stå med for mange opgaver.

[...]altså vi kan ikke sidde og overhøre, at der er en, der har rigtig travlt over ved bord 3 [...], så derfor er der altid en, der siger et eller andet.[...] vi har ikke så meget i dag, hvad kan vi hjælpe med [...]Har ikke så skrappe grænser, og det giver utrolig meget på en arbejdsplads, at man har den fleksibilitet, at der ikke bare er nogle, der lukker øjnene for, at andre løber rigtig rigtig stærkt. Så løber vi andre rigtig rigtig stærkt”(Interview 4:6).

Det tolkes, at på trods af at der er planlagte ruter og køresedler, som skal følges i løbet af en dag, så anskues dette som et fælles mål at løse disse, hvorfor ingen af sygeplejerskerne er overladt til sig selv. Samme holdning deles af sygeplejerskerne fra Distrikt 1, hvor både Bente og Charlotte fortæller om, hvordan de tilbyder deres hjælp efter endt arbejdsdag (Interview 2:3, 3:6). Charlotte fortæller om, at der er en fælles forståelse af, at ingen er færdige med deres opgaver, før alle opgaver er løst;

”Og så har vi jo en holdning på kontoret, at der ikke er nogle, der kommer ind, før.. vi er alle med, der er ikke nogle, der har for travlt. At den der hjælpsomhed, som man har i gruppen også, gør også, at jeg ved, at det kan godt være, at jeg kommer til at stå og bruge nogle ekstra tid her, men så kan jeg hente noget hjælp et eller andet sted” (Interview 3:6).

Der kan derved spores samme holdning som hos Distrikt 2, hvor Dorthes fortalte, at hvis en løb stærkt, så var alle nødt til at løbe stærkt. Fællesskabet i begge distrikter er derved med til at løfte

opgaverne for individet, fordi ingen skal stå med en række opgaver, som de ikke kan løse selv. Dette kan således forstås i forbindelse med Jacobsen & Thorsviks forståelse af tillid, fordi tilliden betyder, at når man stoler på hinanden, der gennem arbejdet bliver afhængige af hinanden, betyder det også, at man i sin opgaveløsning hellere vil arbejde for fællesskabet eller løse de fælles opgaver, end blot at fokusere på sine egne (se afsnit 4.1). Fællesskabet i både Distrikt 1 og Distrikt 2 handler i den grad om at hjælpe hinanden, således at opgaverne løses i fællesskabet. Dette betyder også, at hvis der er behov for hjælp fra kollegaer midt under behandling af borgeren, så kommer de ind og hjælper hinanden. Bente fortæller herom;

”Men jeg ved det jo også, at hvis jeg arbejder ude, og jeg så bliver ringet op, jamen så kører jeg jo også ind og hjælper [...]det er jo tit nogle yngre kollegaer, der er måske lidt usikre, og der er der nogle, der har ringet sådan og sagt sådan og sådan [...], hvor jeg så har sagt, skal jeg ikke lige komme ind til dig. Jo tak, det var måske det, der blev fisket efter ja, og så er jeg kørt ind” (Interview 2:5).

Hjælpen er altså ikke kun til stede i form af, at sygeplejerskerne sparrer med hinanden og overleverer informationer og erfaringer, men der også mulighed for at hente hjælp i den konkrete situation. Fællesskabet bliver dermed også en måde at give sygeplejerskerne sikkerhed på, hvis de føler sig usikre i en behandlingssituation. Sikkerhed beskrives også af Jacobsen & Thorsvik som værende en væsentlig del af hvad, et fællesskab i en organisation kan give (se afsnit 4.1).

Fællesskaberne i de to udvalgte distrikter har altså en fællesnævner, nemlig fleksibiliteten og ønsket eller forståelsen af nødvendigheden af at hjælpe hinanden. Der kan dermed argumenteres for, at der er kultur for fleksibilitet i begge distrikter, mens fællesskabet i Distrikt 1 i høj grad har til formål at bruges til faglig overlevering på grund af, at der ingen fast klinisygeplejerske er. I Distrikt 2 anvendes fællesskabet til at knytte sygeplejerskerne sammen både fagligt, men også fællesskabet har ligeledes betydning socialt for sygeplejerskerne.

5.4 Tidens betydning

Tiden og hvordan denne opfattes og forstås blandt sygeplejerskerne bliver i denne analyse væsentlig for at få indblik i dennes betydning for kulturen, og hvordan tiden har betydning for sygeplejen. Denne antagelse bygger på de første fænomenologiske og naive bearbejdnings af den indsamlede empiri. Her bliver det tydeligt, at tid har betydning for organisationen og hos de deltagende sygeplejersker, hvorfor tiden vil analyseres ved hjælp af Schutz' tidsforståelse. Tiden i

sygeplejeklinikkerne kommer til udtryk i temaerne forberedelse, strukturer, fleksibilitet samt planlægning. Tiden anskues med den symbolske kulturanalyse terminologi som et handlingssymbol, idet at der til forståelsen af tid er knyttet bestemte handlinger, hvoraf nogle af dem har rituel karakter (se afsnit 4.1).

Sygeplejerskernes arbejdsdag er planlagt i tidsinddelte køreplaner, som de hver morgen læser, og som dagen struktureres efter. Både i Distrikt 1 og Distrikt 2 sås det, at inden sygeplejerskerne tog afsted til sygeplejeklinikkerne, begyndes dagen med forberedelsestid for at danne overblik over dagens borgere (Observation 1:1, Observation 4:1). Sygeplejersken Ellen fortæller, at hvis hun har arbejdet flere dage i træk, så begynder hendes forberedelsestid allerede dagen forinden, fordi mange af borgerne er faste klienter og hyppigt kommer i klinikken, hvorfor der hele tiden arbejdes med den pågældende borgers problematik. Enten rent praktisk i sygeplejeklinikken eller også ved sparring med andre sygeplejersker eller dokumentation af den afprøvede behandling (Interview 5:4). På denne måde bliver tid udnyttet, og tiden bliver rationel. Rationel i den forstand, at tiden skal anvendes effektivt og ikke spildes. Bente fra Distrikt 1 fortæller, at hun bruger den første tid i klinikken til at forberede sig til de første borgere. Hun fortæller, at *"[...] altså det er skønt lige at være en fodslængde foran. [...]og nogle gange så kommer de jo sådan i en lind strøm efter hinanden, at du ikke helt når at dykke ned i det, så det er faktisk meget vigtigt at være forberedt"* (Interview 2:3). Bente fortæller, at hun *ikke helt når at dykke ned i det*, hvis der for mange borgere eller for travlt i klinikken. Der kan med andre ord argumenteres for, at forberedelsen til borgeren er en essentiel del af sygepleje og kulturen i begge distrikter, og Bente stiller sig skeptisk overfor at nå i dybden i en behandling, hvis ikke hun har forberedt sig tilstrækkeligt. Forståelse og anvendelsen af tiden til forberedelse kan argumenteres for at have rituel karakter, fordi det er en tilbagevendende 'tradition' i sygeplejerskernes arbejdsdag.

Tiden har også en strukturerende funktion for sygeplejerskerne. Med dette menes der, at deres arbejdsdag er bygget op omkring de besøg, de har i klinikken eller hos borgere. Her kan Schutz' begreb om den ydre tid anvendes, idet at denne tidsforståelse der er ens for alle, hvorfor planlægningen af tiden er mulig (Schutz 2005:16). Klokketiden bliver på mange måder styrende for, hvordan arbejdsdagen i sygeplejeklinikkerne. Ellen fortæller om dette;

"[...] så ser jeg dagens program og kigger på planlægningen af det, og ser om det hænger sammen i forhold til tider og sådan nogle ting, eller om der er nogle, jeg skal nået ringe til i forhold til at dagen kan afvikles bedst muligt. Og så er det simpelthen klinikkens dagsprogram, der

styrer min dag. Nogle gange så er det sådan, at det bare er det, der står på kørelisten, der er opgaven, og andre gange så kommer der jo andre opgaver med ind over” (Interview 5:1-2).

På trods af en arbejdsdag, der er struktureret på forhold, fortæller Ellen, at der er dage, hvor sygeplejersken i klinikken også må varetage flere opgaver, end der er planlagt. Det oplevedes ligeledes under observationerne i Bakkeby, hvor en borger var faldet i træningsafdelingen, og Bente målte borgerens blodtryk, uden at denne borger havde aftalt en tid (Observation 2:6). Det oplevedes ligeledes i Lilleby, at en borger, der glemte sin tid dagen for inden, blev tilsted uden for klinikkens åbningstider, fordi dette var ønsket (Observation 5:1). På denne måde kan der argumenteres for, at selv om sygeplejerskernes arbejdsdag er tilrettelagt og struktureres efter deres respektive dagsprogrammer, er der eksempler fra både Distrikt 1 og Distrikt 2 på, at tiden ikke er en fast dimension, men at der hele tiden er plads til at være fleksibel.

Fleksibiliteten fremhæves også af sygeplejerskerne fra både Distrikt 1 og Distrikt 2 på trods af, at der er afsat standardtider af til de bestemte konsultationer kan disse godt forlænges, hvis dette vurderes nødvendigt. Således beskriver både Dorthe og Ellen fra Distrikt 2, at konsultationerne gennemsnitligt varer mellem 10 minutter og op mod en time, hvis behandlingen er meget krævende, men at konsultationerne godt kan trække ud enten på grund af behandlingen eller andre ting relateret til borgernes helbred (Interview 4:8, Interview 5:6). Ellen fortæller om sin bevidsthed om tiden;

”[...] at når jeg er i klinikken, så er jeg mere bundet op på tid, og jeg er bevidst om, at jeg er bundet op på tid. Fordi jeg kan jo ikke bare fordybe mig i hvad som helst, så går det jo ud over de næste, der kommer. Men hvis det er et eller andet akut opstået fagligt problem, så tager jeg mig af det og ser stort på den der ventetid, som kan blive for de næste” (Interview 5:6).

Ellen forklarer i ovenstående citat, hvordan tiden kan sætte begrænsninger for hende, fordi hun med den afsatte tid til hver konsultation ikke har mulighed for at *fordybe sig i hvad som helst*, fordi det kan skabe problemer for de næste borgere. Hun betoner dog, at hvis det er et fagligt problem, så håndterer hun dette. I Distrikt 1 fortæller både Anne og Bente, at disse fastlagte standardtider til konsultationerne kan være svære at overholde, hvis opgaven er større eller mere omfangsrig end som så (Interview 1:3, Interview 2:7). Her fremhæver Bente således faglige problemer for udfordringen for at overholde tiden, og fortæller; *[...] der kan jeg jo heller ikke bare sige, at jeg bruger så og så mange minutter, fordi den margen har vi jo også i vores arbejdsdag, at man kan*

lægge til og trække fra ikke. Og det er vi nødt til (Interview 2:7). Her fremhæver Bente igen fleksibiliteten som en nødvendighed i arbejdet som hjemmesygeplejerske, fordi opgaverne både kan tage kortere eller længere tid, end der er afsat.

Anne fra samme distrikt gør ligeledes brug af fleksibilitet i arbejdet som sygeplejerske. Hun fortæller, hvordan hun, ved borgere kender, kan rykke deres konsultation i klinikken, hvis borgeren forinden eksempelvis er blevet alene.

"[...]hvis jeg ved, at jeg får en medicindosering ind med en, som lige er blevet enke eller enkemand, så kan det godt være, at jeg ringer til den næste på listen og siger hej, vil du lige komme 20 minutter eller 10 minutter senere? Fordi, hvis man så kender borgeren, så kan man godt regne ud, at de lige har behov for lige 10 minutter ekstra" (Interview 1:8).

Tiden kommer igen til udtryk som en fleksibel dimension, som ikke sætter grænser for sygeplejen eller omsorgen i Distrikt 1, fordi der med Annes udtalelse kan argumenteres for, at hun forsøger at tage højde for de problematikker eller udfordringer, der kan være i borgerens liv udover. Det kan således argumenteres for, at på trods af at sygeplejerskerne både i Distrikt 1 og Distrikt 2 er bevidste om tiden og i nogen grad styret af den, findes der alligevel et frirum, hvor sygeplejerskerne kan løsrive sig fra den egentlige opgave og prioriterer ud fra deres sygeplejefaglige vurdering, og dermed have blik for den samlede borger. Anne og Bente løsriver sig på denne måde fra den ydre tids rammer, og tiden bliver for sygeplejerskerne ukontrollerbar, fordi konsultationen nu foregår på borgernes præmisser.

Fleksibiliteten hos sygeplejerskerne i sygeplejeklinikkerne både Distrikt 1 og Distrikt 2 kommer ligeledes udtryk ved, at sygeplejerskerne efter endt dagsprogram ringer rundt til de andre hjemmesygeplejersker for at tilbyde deres hjælp. Dette sås under observationerne, hvor Anne og Charlotte begge tilbyder deres hjælp til andre, hvis der er behov for det (Observation 1:7, Observation 3:7). Dette kan forklares med Schutz' begreb omkring social tid (Schutz 2005:16), idet at tiden her deles mellem sygeplejerskerne. De er fælles om den overskydende tid, som bruges til at dele de resterende opgaver.

Idet tiden kan siges at sætte rammerne for sygeplejerskernes arbejdsdag, fortæller Bente fra Distrikt 1, at en god udnyttelse af tiden og planlægning af dagens arbejde er med til at gøre en arbejdsdag god. *"En god og vellykket arbejdsdag det er, når ruterne er godt planlagt. Det vil sige, at de er fordelt sådan, at i forhold til den arbejdstid, at man er der, også kan nå det, man skal. [...] men en*

god planlægning, det er altså alfa og omega”. (Interview 2:9). Bente fortæller videre om, hvordan en dårlig planlagt dag kan påvirke hende; “[...]og så sad man bare om morgenen og tænkte, det her det når jeg ikke i dag, og så var stressen der allerede. [...] det (god planlægning red.) gør altså, at man kan nå sit arbejde, og det er en god dag, når tingene stemmer overens” (Interview 2:11). Ellen fra Distrikt 2 bakker op omkring dette og betoner, at klinikken skal være rationel i den forstand, at tiden skal udnyttes så hensigtsmæssigt som muligt. Det betyder således, at Ellen fortrækker, at borgerne i klinikken kommer i en lind strøm, således at der ikke er større pauser mellem disse (Interview 5:4). Dorthe fra samme distrikt er af samme opfattelser og fortæller;

”Jeg skal helst ikke have en masse akutte ting i min klinik [...] jeg skal helst have en køreseddel, og så kommer de alle sammen. Jeg skal ikke lige pludselig have en akut ting, hvor hun (borgeren red.) kan blive dårlig i dag, og så skal jeg ud og køre, eller at hun skal have nogle ting omkring sig med noget hjemmehjælp eller.. så synes jeg, at de skal være i de kørerlister til de sygeplejersker, der kører ude [...]” (Interview 4:3-4).

Med Dorthes udtalelse kan det argumenteres for, at hun foretrækker en dag, der ikke byder på uforventede hændelser i klinikken, men helst ser, at konsultationerne foregår som planlagt. Ellen fra samme distrikt deler samme opfattelse og fortæller, at når man som sygeplejerske har vagten i klinikken, så er man låst fast, og derved ikke så fleksibel i sin opgaveløsning (Interview 5:12).

Opsamlende kan det overordnet udledes om tiden, at denne er rammesættende for sygeplejerskerne og deres arbejde i klinikkerne. Årsagen til dette er, at denne er med til at definere de muligheder sygeplejerskerne i Distrikt 1 og Distrikt 2 har for at udøve sygepleje og omsorg. Sygeplejersker fra begge distrikter fremhæver forberedelsestiden, som vigtig for den sygepleje de udøver, fordi der ikke altid er mulighed for at nå i dybden med alle borgerne. Den kulturelle forståelse af tiden som forberedelse som ritual findes dermed i begge distrikter. Sygeplejerskerne fra begge distrikter er ligeledes enig om, at tiden har en strukturerende og bestemmende funktion, som er rammesættende for deres arbejdsdage.

Tiden kan hos sygeplejerskerne i klinikkerne beskrives ikke som en begrænsning for at praktisere sygepleje og omsorg. Tiden beskrives derimod som dyrebare, hvis ikke denne er rationel og planlægges optimalt.

5.5 Relationen til borgerne

Martinsen argumenterer for, at der i omsorgsbegrebet findes en relationel dimension. Det er i relationerne, at omsorgen gives, hvorfor en god relation og et godt tillidsforhold mellem

sygeplejerske og borger er grundstenen i sygeplejen. Sygeplejerskerne omtaler alle relationer og det at skabe en god kontakt til borgerne i klinikkerne som en væsentlig og meget vigtig del af sygeplejen, og at dette er vigtigt som sygeplejerske. Relationerne til borgerne anskues som et sidste handlingssymbol, idet disse dækker over handlinger, som tillægges betydninger ud over det egentlige indhold (se afsnit 4.1). Dette skal forstås i sammenhæng med Martinsens omsorgsbegreb og så indeholder en praksis dimension, hvorfor følgende afsnit omhandler praktiske handling med henblik på at skabe en god og omsorgsfuld relation.

Ellen fra Distrikt 2 fortæller; *"[...] og så skal man have.. man skal være godt til at skabe kontakt, man skal være god til det relationelle"* (Interview 5:4). Sygeplejerskerne fra Distrikt 2 benævner ligeledes relationer som værende i en bærende del i god sygepleje, hvorfor det tolkes, med Martinsens forståelse in mente, at god sygepleje, relationer og omsorg hænger uløseligt sammen og er forudsætningerne for hinanden (se afsnit 4.3).

At forsøge at skabe en god kontakt til borgerne kan gøres på forskellige måder. Nogle af sygeplejerskerne kalder undervejs i konsultationerne borgerne ved navn for at skabe en relation mellem dem (Observation 1:5, 3:7, 5:3, 6:2). Sygeplejersken er naturligvis bekendt med borgerens navn på forhånd, idet disse figurerer på deres individuelle kørelister, men det tolkes, at det giver borgerne en form for tryghed, idet de møder en sygeplejerske i klinikken, som genkender dem og ikke blot fungerer som en anden i rækken. Enkelte sygeplejersker bruger også deres krop i forsøget på at opnå en omsorgsfuld relation, hvor de lægger hånden på borgerens arm eller aer borgeren (Observation 3:7, 5:3).

Den gode relation er afhængig af flere forhold, som Bente beskriver nedenfor:

"Og det har også noget med, hvad er det lige for en kommunikation, man får i gang med borgeren, og det er også noget med, hvor godt kender man dem. Tit skal man jo lige opbygge et tillidsforhold, men det er jo korttidsbesøg, så man skal også være meget konkret på, hvad er det lige det her, det skal handle om"(Interview 2:3).

Bente fremhæver således en god kommunikation samt kendskab til borgeren. At opnå et grundigt bekendtskab med borgerne kan være besværligt eller udfordrende, fordi konsultationerne i sygeplejeklinikkerne er kortere, end hvis borgeren var 'visiteret' til et hjemmebesøg i stedet for, hvor der er et større tidsrum til konsultationerne, og dermed mulighed for at opnå et bredere kendskab og tættere relation til borgeren. I forbindelse med dette, bliver det relevant at inddrage

Martinsen omsorgsbegreb, som omhandler at vise interesse for den syge, fordi det at vise interesse eller engagere sig i borgeren, kan være medvirkende til at skabe en god relation (se afsnit 4.3). For sygeplejerskerne i begge distrikter gælder det, at de bruger tid under konsultationen på at snakke med borgeren. Ellen fortæller her om;

”Hvis det nu er folk, der kommer til medicindosering, så er det jo naturligt, at man får snakket med dem om, hvordan de har det. Og om der har været nogle forandringer, siden sidste dosering, eller om vi følger op på noget medicin, som vi er ved at trappe op eller ned og sådan nogle ting. Men der er jo også nogle, der bruger den der kontakt med fagpersonalet til at dele nogle svære ting i livet, så det er jo sådan meget forskelligt. Men for mig har det værdi, at de bliver mødt, men at det primært er det faglige, der er det styrende. Derfor kan man jo godt snakke om, hvad de har oplevet i påsken eller et eller andet. Eller hvis der er nogle, der har fået en ny grill, eller hvis de fortæller mig noget. Og det er jo også en del af det at have en god relation” (Interview 5:6).

Ellen fortæller her, hvordan hun forsøger at skabe en god relation mellem hende og borgeren. Hun fortæller, at på grund af hendes funktion som sygeplejerske er det vigtigt, at samtalen under konsultationen har et overvejende fagligt sigte for hende, hvorfor det også skal være det styrende element. Ellen fortæller dog, at hun også har oplevet, at nogle af borgerne deler andre og mere personlige ting med hende, hvilket hun også synes, at der skal være plads til. Hun bakkes her op af Dorthe fra samme distrikt, der fortæller om en borger, der skulle gennemgå en større undersøgelse, som hun var nervøs for, hvorfor Dorthe forklarede hende om undersøgelsen og planlagde et hjemmebesøg af en sygeplejerske til de sidste forberedelser inden undersøgelsen (Interview 4:3). På den måde brugte Dorthe og borgeren også konsultationen til at snakke om andre ting end blot den konkrete behandling, men som alligevel er fagligt relaterede; *”[...] Der er altså.. oftest er noget, der ikke er relateret til.. der er altid noget, der ikke er relateret til deres situation. Sådan small-talk snak skal vi sige ikke”*(Interview 4:8).

Begge sygeplejersker fra Distrikt 2 pointerer altså vigtigheden og betydning af en god relation til de borgere, der behandler i klinikkerne. De vægter dog, at den gode relation har et sygeplejefagligt udgangspunkt, fordi det endnu en gang er årsagen til, at borgerne kommer i klinikkerne, men de forstår også begge vigtigheden af at have kendskab til borgeren udover dette.

Bente fra Distrikt 1 fortæller også om lignende oplevelser med borgere i klinikkerne. For borgerens vedkommende handler det om, at borgeren ikke er blevet hørt, og derfor har brug for at få afløb for

noget, der fylder meget for borgeren netop i dag, hvad enten det er andre eller personlige oplevelser, der ikke er relaterede til den konkrete behandling. (Interview 2:7). Andre gange er samtalerne med at til aflede borgere, hvis behandlingen er ubehagelig.

”[...] men jeg mener jo ikke, at det snak, jeg kommer med, at det er unødigt. Det har et formål. Jeg snakker jo ikke bare for at snakke, det er jo for at borgeren skal føle sig tryk, og det er måske en ubehagelig behandling, jeg skal i gang med eller et eller andet, og så er det nogle gange at det afleder opmærksomheden ved at snakke om den hund, de har der hjemme og et eller andet ikke også. Så jeg mener jo, at det har sin berettigelse”(Interview 2:7).

Uanset formålet og hensigten med at begynde en samtale og derigennem skabe en relation til borgeren, så mener Bente altid, at samtalen har en værdi. Bente *snakker jo ikke bare for at snakke*, men fordi det har det formål, at borgeren skal føle sig tryk i hendes nærværd, og dermed også tryk hos sygeplejerskerne og ved at blive behandlet i klinikkerne. I Bentes udtalelse kan der også spores elementer af Martinsens skøn, idet at skønnet også handler om det relationelle, fordi skønnet fungerer som hindring for, at sygeplejersken involvere sig emotionelt i relationen med borgeren. Charlotte fortæller om, det at vise interesse, omsorg og forsøge at skabe en relation til borgeren også har til formål at skabe sig et helhedsindtryk af borgeren;

”Meget, fordi for mig at se, så er det det, der gør, at man får en fornemmelse af, hvor har du den her borger henne. Altså når nu jeg ikke kommer ud og ser hjemmene og alle de der ting, så er jeg nødt til at skulle have det i min snak med borgeren. Så jeg bruger meget samtalen, og jeg bruger meget.. ja at se” (Interview 3:5).

Charlotte fortæller, at efter klinikken blev etableret som mulighed for hjemmesygepleje, er der dele af borgerens liv, man ikke får indblik i, hvorfor det er nødvendigt med samtalerne under konsultationerne, der omhandler andet end den konkrete behandling. Charlotte udtrykker, at dette er noget af det væsentligste, der mistes, når borgeren bliver ’visiteret’ til at modtage sygepleje i klinikken i stedet for i hjemmet, og at det kan være svært at danne sig et helhedsindtryk af borgeren, *”[...] fordi folk de har.. det er den der med, når man skal ud af huset, så har man gjort lidt mere ud af det, end hvis man bare skal være hjemme, og der kommer en på besøg* (Interview 3:2). Det kan derved være medvirkende til, at der ikke opnås et fyldestgørende indtryk af borgerne, fordi problemstillingerne skjules. Derved bruger Charlotte sine andre sanser, som Martinsen argumenterer for, og en tæt relation til borgeren til at opspore mulige problematikker.

Sygeplejerskerne fra Distrikt 1 har fokus på, at den gode relation og det, at borgerne kan bruge sygeplejerskerne til at dele andet end sygdom, samt at sygeplejerskerne får mulighed for at 'holde øje' med borgeren, er vigtigt, når borgerne ikke modtager hjemmesygepleje. En god relation gør det derved nemmere for sygeplejerskerne at opspore eventuelle kommende problematikker tidligere i forløbet.

Til tider oplever sygeplejerskerne også, at relationen mellem dem og borgerne ikke er nemt at påbegynde. Dorthe fortæller om, at der skan være forskellige måder at skabe en god kontakt og tillid på, og at hun ikke altid har haft heldet med sig, når hun som hjemmesygeplejerske har besøgt borgere i hjemmet.

"Nå men nogle så siger jeg, det er jo ikke mig, at det drejer sig om her, jeg skal skabe en god kontakt, og jeg skal skabe tillid i det, jeg nu kommer ind i. Det kan godt ske, at jeg synes, at det kan skabes på mange andre måder, men jeg skal gøre det på [...] klientens præmisser, så må jeg se, hvordan jeg altså.. nogle gange som jeg siger, [...] ved du hvad, nu går jeg ud igen, og så banker jeg på igen, og så kommer jeg ind igen, og så prøve vi en gang mere, skal vi ikke det? Altså i bogstaveligste forstand, så kan man godt gøre det sådan nogle gange. Det er svært, når vedkommende har brug for hjælpen, og vi skal yde den og få en god oplevelse af den" (Interview 4:6-7).

Dorthe har med andre ord fokus på at sætte borgeren i centrum for behandlingen, ligesom Martinsen forskriver, hvorfor Dorthe også tvinges til at gå på kompromis med hendes indgangsvinkel til en god relation. Som hun selv pointerer, er dette svært for hende, men hun er nødsaget til at handle, som hun gør, fordi borgeren har brug for hjælpen, hvorfor hun forsøger at få det bedste ud af situationen. Dorthe fortæller, at hun med nogle borgerer har behov for at forberede sig på dem, således at konsultationen bliver en god oplevelse for både hende og borgeren.

"[...] i dag der har vi en god snak. Og jeg prøver også at beherske mig, jeg vil være lyttende i dag [...] Altså han er sådan en, der løber rundt om hjørner med mig med medicin [...] og alt andet [...] og jeg har aller mest lyst til at give ham et spark og så ud igen. Altså misforstå mig ikke, men jeg kan da godt bygge op den dag, [...] der vil jeg så høre på ham (Interview 4:7).

Dorthes udtalelse kan anskues som et eksempel på situationer, hvor det ikke er nemt for sygeplejerskeren at skabe en god relation mellem hende selv og borgeren, og hun forklarer, at dette hænger sammen med, at hun ikke har tillid til borgeren, fordi hun oplever, at han *løber om hjørner*

med hende. Bente fra Distrikt 1 fortæller om samme nødvendighed af at forberede sig på borgere, fordi nogle af dem går efter hendes personlighed;

”Der skal man nogle gange lige ruste sig lidt, og lige tage en dyb indånding ikke også.. og måske tælle til tre nogle gange, selv om man nogle gange bliver ramt, også på ens personlighed, fordi det er det, han går efter. Men det lærer man, altså når man lærer den borger at kende ikke, at han er nødt til at have tilbage af samme skuffe ikke. Altså det er sådan nogle ting, som man lærer hen af vejen, altså lærer borgerne at kende” (Interview 2:6).

Med Bentes udtalelse kan det tolkes, at hun søger et ligeværdigt forhold mellem hende selv og borgeren, der skal behandles, idet hun siger, *at han er nødt til at have tilbage af samme skuffe*. Relationen ville ikke være ligeværdig, hvis Bente ikke selv havde mulighed for at udtrykke sine følelser i relationen.

En god relation til borgerne i sygeplejeklinikkerne bliver derfor med ovenstående analyse essentielt for at udføre god sygepleje. En god relation handler for sygeplejerskerne om at få mulighed for at yde den bedste sygepleje, hvilket ser gennem et bedre kendskab til borgerne samt tillid fra borgerne. Sygeplejerskerne fra Distrikt 2 fortæller om, hvordan de gerne vil holde relationen mellem dem og borgerne så faglig som muligt, mens sygeplejerskerne fra Distrikt 1 er opmærksomme på, at ved at de viser omsorg og interesse i borgerne foruden det, der omhandler den konkrete problemstilling, giver det sygeplejerskerne et bedre helhedsindtryk af borgerne, som de mener gavner dem i behandlingssituationerne. Med den symbolske kulturanalyses handlingssymboler in mente, kan det argumenteres for, at de præsenterede relationelle handlinger har til formål for sygeplejerskerne at skabe et bedre kendskab til borgerne, idet dette er grundlæggende for at kunne yde om god og omsorgsfuld sygepleje ydelse.

5.6 Forståelser af god sygepleje

Det følgende tema omhandler, hvordan sygeplejerskerne forståelser af god sygepleje samt hvilke karakteristika, der hører til en god sygeplejerske. Disse kan med den symbolske kulturanalyses begreber, forstås som verbale symboler, idet temaer omhandler hvordan de omtaler samt hvilke værdier og egenskaber god sygepleje samt en god sygeplejerske tillægges (se afsnit 4.1).

Hos sygeplejerskerne er det ikke muligt at finde en ens og fælles forståelse af, hvad god sygepleje indeholder, samt hvilke karakteristika den gode sygeplejerske har. Fælles for sygeplejerskerne i Distrikt 2 kan det dog udledes, at de forstår god sygepleje som situationel, hvorfor de på sammen måde, som Martinsen antager, at sygeplejen skal tilpasses til den enkelte borger (se afsnit 4.3).

Dorthe fortæller her om; *"I den sidste ende, der er det jo borgerens ve og vel, det er det, der er kerneydelsen"* (Interview 4:14). Dorthe uddyber med *"[...] fleksibilitet også for klienten. De kan sådan set selv være med til at bestemme, hvornår de skal komme her. Ja, det synes jeg er god sygepleje i klinikken"* (Interview 4:13). I en udtalelse fra Ellen fra samme distrikt kan der ligeledes spores en situationel tilgang til sygeplejen; *"Men god sygepleje den starter med en god relation, og det starter med en god kommunikation, og så handler det om høj faglighed, og så handler det om samarbejde [...]"* (Interview 5:8). Foruden at betone god sygepleje som situationel, kan der i Ellens beskrivelse også ses fokus på det relationelle, som Martinsen beskriver som en del af omsorgsbegrebet (se afsnit 4.3). Martinsen beskriver relationer som en fundamental værdi, der gør mennesker afhængig af hinanden på samme måde, som borgerne er afhængige af sygeplejerskerne i klinikken til at behandle dem. Ellen benævner endeligt samarbejdet, som et af de væsentlige elementer i den gode sygepleje. Her ligger hun sig op ad Martinsens grundantagelser i begrebet det sygeplejefaglige skøn, fordi Ellen understreger vigtigheden i, at borgeren inddrages i beslutningen om at komme i klinikken, således at denne beslutning ikke blot er baseret på en ren sygeplejefaglig og behandlingsorienteret vurdering, men også er vurderet på baggrund af etisk overvejelser, hvor borgeren er i centrum.

Dorthe pointerer ligeledes i forbindelse med Ellens udtalelse, at det er vigtigt at skabe kontinuitet hos personalet, således at borgeren møder den samme eller ganske få forskellige sygeplejersker, for at det bliver muligt at skabe en relation mellem sygeplejerske og borger (Interview 4:13). Ellen uddyber med at fortælle at hun oplever at de sygeplejersker som kommer fast hos en borger har en tættere relation til denne (Interview 5:7). For Ellen og Dorthe handler det altså om, at den gode sygepleje er en tilpasset sygepleje. På trods af, at Dorthe taler om, at de behandlinger, der tilbydes, kan findes i et 'ydelseskatalog' (Interview 4:3), kan det argumenteres for, at hun med ovenstående udtalelse er opmærksom på, at behandlingerne og plejen skal tilpasses og gøres individuel. Her kan Martinsens menneskesyn inddrages, idet der er ligheder her i mellem. Med forståelsen af god sygepleje, som situationel og tilpasset, kan det argumenteres for, at sygeplejerskerne i Distrikt 2 anser borgerne som individuelle og unikke. Dorthe eksemplificerer dette med en historie om en ældre mand, hvor sygeplejerskerne i Distrikt 2 havde diskuteret, hvorvidt han skulle modtage disse i hjemme, i klinikken eller hos sin praktiserende læge.

"Altså når vi kommer som den første, så er det vigtig, at vi får kigget på nogle flere ting. At det ikke bare er medicinadministration af de her to piller, [...], fordi det kan vi jo hurtigt lave om, de her to piller, eller det kan vi lave om til noget dosis-dispensering gennem lægen, så

behøves vi ikke at komme der mere. Men det er måske vigtigt, at vi bliver ved med at komme der den ene gang om måneden for at hælde de to piller op i æskerne, for at følge lidt med ham og give ham.. vi har ikke noget, der hedder tryghedsbesøg, [...] vi kommer kun en gang om måneden og dosere medicin op. Så det er måske meget godt, når man er 93 år, at vi kan blive ved med at komme og holde styr på ham og give ham lidt muligheder og se, hvad der sker omkring ham (Interview 4:13).

For Dorthe bliver det her tydeligt, at det ikke handler om at yde standardydelser, men her viser hun, at god sygepleje også handler om at have øje for det hele menneske, og de forhold, der er omkring denne ældre mand. Her kan Martinsens begreb om sansning betydning anvendes (se afsnit 4.3), fordi Dorthe i ovenstående udtalelse anvender hendes sanser og blik for, hvad der er aktuelt for borgeren. Hun behandler ham ikke blot for hans helbredsrelaterede problemstilling, men forsøger at se udover dette og andre potentielle problemstillinger.

Samtidigt bliver det også tydeligt i Dorthes udtalelse, at hun indtænker forebyggelse som en del af den gode sygepleje, og hun understreger senere, at det er vigtigt at gå forebyggende til en hver opgave (Interview 4:13). Dette bakkes op af Ellen, der fortæller;

”[...]den forebyggende del den synes jeg, er meget væsentlig i hjemmeplejen. [...] når jeg sådan sammenligner med min sygehustid med min hjemmesygeplejetid, så er det ingen tvivl om, at den forebyggende del den er mest synlig, og den er mest aktuel i hjemmesygeplejen, og det er jo fordi, at det er tit sygepleje over lang tid”(Interview 5:8).

Hos sygeplejerskerne i Distrikt 1 er der nogle af de samme tematikker, der gør sig gældende, men samtidig tilføjer flere af sygeplejerskerne her den håndværksmæssige og faglige dimension. Charlotte fortæller om hendes opfattelse af god sygepleje.

”[...] men mig som god sygeplejerske, jeg er god håndværksmæssigt og omhyggelig. Jeg er rolig, man er god til sin kommunikation. Man ser borgerne, der hvor de er, uanset hvor forskellige de er. Ja.. det er jo altid en vekselvirkning, men jeg har jo mine teori med mig, [...] men som jeg siger på den måde, så er det håndværksmæssige, det er rigtig vigtigt”(Interview 3:6).

Hun pointerer således nogle af de samme aspekter, som både Dorthe og Ellen fra Distrikt 2 med fokus på kommunikation og det situationelle ved en hver borger, idet hun fortæller, at hun ser borgerne uanset, hvor forskellige de er. Charlotte vægter altså høj faglighed som udgangspunktet for at udøve god sygepleje, og hun taler om, at håndværket skal være godt. Til den gode sygeplejen tilføjes der således en mere praktisk og faglige dimension i Distrikt 1, fordi der lægges vægt på, at

sygepleje også må have en praktisk funktion. Fokus på det mere handlingsorienterede ses også i kollegaen Annes udtalelser om god sygepleje, hvor hun ligeledes fortæller om aspekter, der er knyttet til konkrete handlinger og behandlinger. Ifølge Anne indeholder god sygepleje også at følge de standardprocedurer, der er for sygepleje i klinikken;

”I klinikken så er det jo en individualiseret sygepleje, hvor vi jo følger de procedurer, [...] og de planer, [...] og hvor man ser en forbedring i tingene, og hvor borgerne er tilfredse med det arbejde, som vi udfører og virker til at være glade for at komme her [...] hjælpe dem med at finde ting, der kan fremme sårhelingsprocessen i stedet for at bremse den. Og samtidigt udfører den korrekte sårpleje (Interview 1:6).

Anne inddrager således borgernes tilfredshed samt fremskridt i behandlingen, som nogle af kriterierne for god sygepleje. Anne pointerer samtidigt vigtigheden af, at det er en korrekte behandling, der gives, førend der kan være tale om god sygepleje. Hun fortæller videre om den praktiske funktion, som sygeplejerskerne har;

”Hun har styr på mange ting, ja det er vel lidt som en tovholder. Det er nok den funktion, vi ofte får med at ringe og bestille tider, give tiderne videre og skrive til egen læge, og følge op på mange af de ting, som borgerne ikke selv magter at følge op på. Hjælpe dem på vej til at få et sundere liv” (Interview 1:6).

Anne betegner sygeplejerskerne i Distrikt 1 som ’tovholder’, fordi de fungerer som bindeled mellem forskellige led i sundhedsvæsenet. På denne måde bliver sygeplejersken givet funktioner udover den rent praktiske og behandlede del af sygepleje, fordi hun således skal fungerer som hjælper eller koordinator for de borgere, der ikke selv magter opgave. Anne fortæller senere, at der i klinikken er bedre mulighed for at yde fysisk såvel som psykisk omsorg end på eksempelvis en operationsstue (Interview 1:6). Med beskrivelsen af sygeplejersken som en tovholder, koordination og omsorgsgiver opsummerer Anne med, at sygeplejerskeren er en, *”[...] som ved, hvad hun laver og viser overskud, medmenneskelighed og er åben og rummelig og ikke laver fatale fejl, som får nogle trælse følger for borgerne”* (Interview 1:6). Hermed tillægges sygeplejerskeren, foruden de praktiske funktioner, også værdier som medmenneskelighed og åbenhed samt overskud og rummelighed. Disse karakteristika går igen hos Bente, der fortæller;

”[...] men god sygepleje det er, når man er forberedt, at man møder den, man skal møde, der hvor vedkommende er, og ikke svæver her oppe på et unødigt plan. Men at man er nede

på jorden og også stikker en finger i jorden, det er også god sygepleje, og lige som prøver at finde ud af, hvad drejer det her sig om, og prøve at stille nogle løsninger op, hvis det er det, der skal til. Og så er det noget med at være omsorgsfuld, det er igen noget med at møde vedkommende, der hvor man er. Ja, og det siger næsten sig selv i ordet syge-pleje, at pleje den syge altså” (Interview 2:9.10).

Bente inddrager således også det situationelle aspekt, som sås hos sygeplejerskerne i Distrikt 2. hun fortæller, at det er nødvendigt, *at man stikker en finger i jorden*, og vurderer og tilpasser sig selv og sygeplejen efter den enkelte situation. Hertil kan Martinsens begreb om det faglige skøn anvendes (se afsnit 4.3), fordi som Bente beskriver, så handler det om at aflæse situationen og dernæst kigge på de mulige løsninger på problemet. Der kan således argumenteres for, at hun både anvender faglig viden om forskellige løsninger, indsigt i situationen samt forståelse ved *at møde vedkommende, der hvor man er*. Der er altså også tale om en tilpasset og situationel pleje som grundlag for en god sygepleje.

I tillæg til dette beskriver Bente og Charlotte også erfaringen som en væsentlig del af god sygepleje, og at de ikke ville være ude den erfaring, de har gjort i andre stillinger, før deres nuværende. Charlotte fortæller; *”Jamen, jeg tror altid, at jeg har vist, at jeg skulle være hjemmesygeplejerske, men har tænkt, at der skulle noget mere erfaring til”* (Interview 3:1). Der tolkes dermed, at Charlotte vurderer, at der skal erfaring til for at være en god og kompetent sygeplejerske i hjemmesygeplejen. Bente bakker op omkring Charlottes vurdering;

”Men jeg vidste godt, at jeg var nødt til skulle have noget erfaring med i rygsækken, og jeg var nødt til at have lidt forskellige specialer, det kunne jo ikke hjælpe noget, at jeg bare havde arbejdet på [anden afdeling, red.] for eksempel, så derfor havde jeg også [psykiatrisk afdeling, red.] med mig. Og det vil jeg så ikke have undværet for noget” (Interview 2:1-2).

På trods af forskelligheder i forståelsen og opfattelsen af god sygepleje, er der dog en tendens til, at sygeplejerskerne fra begge distrikter betoner en mere situationel pleje, der er tilpasset hver enkelt borger, som grundlæggende for en god sygepleje. Dermed bliver ingen af borgerne i klinikkerne tildelt standardydelse, men vurderes og skønnes fagligt, hvilke behandlingsmuligheder og løsninger er de bedste for den enkelte borger. Den gode sygeplejerske beskrives i begge distrikter som omsorgsfuld, rummelig og medmenneskelig.

I Distrikt 2 fortæller sygeplejerskerne om vigtigheden om at have øje for den forebyggende pleje og

omsorg, mens sygeplejerskerne i Distrikt 1 har mere fokus på sygeplejerskerne rent praktisk har deres håndværk med sig i plejen.

På trods af de både fælles og forskellige antagelser om god sygepleje, fortæller alle de deltagende sygeplejersker, at de har fundet det nødvendigt at gå på kompromis med deres forestillinger om god sygepleje i praksis i klinikkerne. Mange af sygeplejerskerne fortæller om kompromisset som værende, når borgeren vælger en anden behandlingsmulighed, end den de selv havde foretrukket. Bente fortæller herom;

”[...]det er sådan noget med, at borgeren gør noget, som jeg med min faglige viden, ved ikke er det rigtige. Så på den måde ja, må jeg tit gå på kompromis, og at borgeren mod bedre vidende gør sådan og sådan, men det er jo borgerens valg. Og borgeren er ikke under tvang eller noget som helst, så det er borgerens valg. Så på den måde ja, så synes jeg faktisk rimelig tit, at jeg må gå på kompromis. Og nogle gange må man accepterer noget løsninger, som ikke er optimale, men som fungerer for borgeren alligevel. Og der må man også tit meget tit gå på kompromis”
(Interview 2:10).

Bente fortæller, at hun tit går på kompromis, fordi hun med sin sygeplejefaglige baggrund er mere vidende, men der er situationer, hvor behandlinger bliver afslået af borgerne, fordi disse ikke passer borgerne. Bente fortæller, at disse nye og andre løsninger accepteres, fordi de, på trods af de ikke er de bedste, stadig hjælper i behandlingsforløbet. Anne fra samme distrikt har haft lignede oplevelser, hvor borgere eksempelvis tager kompressionsforbindinger af eller slet ikke får benene forbundet, fordi forbindingen generer (Interview 1:6);

”Og så på den måde, går man jo på kompromis, og så må man jo sige, at så må du hjem og lægge benene over hjertehøjde og hvile bene og lave øvelser, hvis ikke du vil have kompressionsbindene på [...]Men man ved jo stadig, at det andet ville være 10 gange bedre
(Interview 1:7).

Annes udtalelse ovenfor er et eksempel på, hvad Martinsen betegner som svag paternalisme (se afsnit 4.3), som er betegnende for en situation, hvor borgeren beholder sin autoritet, og sygeplejerskens rolle og bestemmelse over borgerne er minimal. Anne forsøger at handle fagligt korrekt og etisk ved at forslå andre forbindinger og øvelser for at få det bedste ud af situationen og behandlingen for borgeren.

Charlotte har ligeledes oplevet samme situation, men stiller spørgsmålstejn ved, hvem det er,

kompromis har betydning for. Hun sonder mellem sygeplejerskens faglige mål og borgerens personlige mål for behandlingen, idet der kan være forskellig sigte med behandlingerne. Hvorfor det kan tolkes, at det for sygeplejersken kan være forskellige årsager til, at det i behandlingen er nødvendigt at gå på kompromis.

Sygeplejersken Ellen fortæller om, at kompromis ikke nødvendigvis hænger sammen med borgerens eller sygeplejerskens ønsker eller målsætninger for behandlingen, men at der også er andre årsager her til. Hun fremhæver foruden borgeren også rammerne og forholdene omkring en behandling. Hun anser det at gå på kompromis som en del af sygeplejen.

”Nej, men det der med at gå på kompromis, [...] det er jo en del af den ramme, og de vilkår, der er tilstede, enten på grund af systemet eller på grund af borgeren eller på grund af et eller andet praktisk, og et eller andet sted så er det også vigtigt at kan gå på kompromis. Og så man jo.. hvis man efterfølgende kan justere igen [...] Men jeg tænker det at gå på kompromis, det er en del af sygeplejen (Interview 5:9).

Samme udfordringer med forhold og rammer har sygeplejerskerne fra Distrikt 1 oplevet. Charlotte fortæller, at en sjælden gang har oplevet, at tiden har begrænset hende, fordi hun er blevet presset, at hun har gået på kompromis med sin behandling (Interview 3:6), mens Anne fortæller, hvordan hun må gå på kompromis, hvis hun mangler forbindinger eller andre artikler eller redskaber og anvende andet;

”Og så gøre det bedste med det, vi har. Men det er selvfølgelig ikke noget, hvor det går helt galt, fordi man gør det på den måde, man skal jo vide at det går uanset. Ellers må vi jo hente det et andet sted eller skaffe det på en anden måde” (Interview 1:7).

Til trods for gode intentioner om at yde individualiseret og tilpasset sygepleje, står sygeplejerskerne også i situationer, hvor det bliver nødvendigt at gå på kompromis enten i forhold til borgernes ønsker eller på grund af de rammer og forhold, der er sat op omkring sygepleje i klinikkerne. Alle sygeplejerskerne er dog opmærksomme på ikke at gå så meget på kompromis, at behandlingen og plejen ikke bliver udført korrekt eller uetisk, men på en måde, hvor de stadig kan så inde for deres arbejde.

Overordnet kan trækkes to ligheder mellem forståelse af god sygepleje i både Distrikt 1 og Distrikt 2, nemlig at sygeplejen omtales jf. de verbale symboler som være situationel, altså taget udgangspunkt i den enkelte borgers behov. Ligeledes omtales det, at den gode sygepleje ofte går ud

over det egentligt sygeplejefaglige felt, som eksemplificeres ved at sygeplejersken får rolle som tovholder eller skal lave opsporende arbejde. Herefter adskiller sygeplejerskernes forståelser af god sygepleje; i Distrikt 1 fremhæver sygeplejerskerne, at god sygepleje handler om god faglighed og erfaring, mens det hos sygeplejerskerne i Distrikt 2 er særlig vægt på kontinuiteten i behandlinger.

5.5.1 Den gode sygeplejerske

I forbindelse med de karakteristika, som sygeplejerskerne fremhæver ved den gode sygepleje, fortæller de ligeledes om egenskaber, der er særligt gode at besidde, når man arbejder som hjemmesygeplejerske i sygeplejeklinikkerne.

Mange af egenskaberne relaterer sig til forståelser af den gode sygepleje, hvorfor aspekterne af sygeplejen, der omhandler det relationelle mellem sygeplejerske og borger fremhæves af sygeplejersker fra begge distrikter (Interview 2:5), og samtidig fremhæver sygeplejerskerne fra Distrikt 2, at det er nødvendigt med sociale kompetencer, fordi det er vigtigt at kunne skabe sig en god relation til borgerne (se afsnit 5.5 for mere); ”[...] at man har brug for meget store sociale kompetencer, når man kommer ud hos mange forskellige mennesker, bare at gebærde sig og komme ind i et andet menneskes hjem, respekt for menneskets hjem og komme ud i det” (Interview 4:6). Foruden at kunne skabe en god kontakt til borgeren, nævner Dorthe også vigtighed ved at kunne gebærde sig i et fremmed hjem og pointerer vigtigheden af at have respekt for borgeren. I forlængelse af dette fortæller Anne fra Distrikt 1, at rummeligheden er noget af det vigtigste: ”Men man skal være rummelig og åben for alle typer af mennesker,[...] og at man både kan have en samtale med en eksnarkoman og en hypokonderkone på 70 år [...]. At man har forståelse og kan drage omsorg for begge typer mennesker (Interview 1:3). De sociale kompetencer handler, ifølge Anne også om at kunne rumme flere typer af borgere og særlig dem, der kræver lidt ekstra omsorg. I forbindelse med dette fortæller sygeplejersker fra både Distrikt 1 og Distrikt 2, at det kræver en speciel personlighed, hvoraf Bente og Dorthe fremhæver, at det er vigtigt at have humoren med sig; ”Men altså noget der kendetegner en god sygeplejersker, det er hun har en god humor, hun har en god indgangsvinkel, når hun møder mennesker, borgere og kollegaer.”(Interview 4:12). Bente fortæller om, at ved at give noget af sig selv, af hendes personlighed, så får hun også noget igen af borgeren;

”[...] jeg bruger sådan noget som humor, fordi det synes jeg, at man kommer rigtig langt med. Og det der med at bruge ens egen personlighed. Det kan jeg i hvert fald mærke, at så får jeg tit noget igen. Jamen, man skal jo også have det, der hedder pli, man kan jo ikke bare komme

brasende ind, og man banker pænt på, og råber 'Hallo, er der nogle hjemme?' og så videre. Man braser jo ikke bare ind til folk."(Interview 2:5).

På denne måde skaber Bente kontakt og relation til borgerne ved at bruge sig selv og hendes personlighed, idet at hun forsøger at skabe en ligevægtig relation mellem dem. Ligevægten mellem sygeplejerske og borger eksemplificeres også i Bente udtalelse, hvor hun fortæller om, hvordan hun træder ind i et hjem. Hun fortæller, at man ikke bare braser ind i et hjem, men at man banker på døren. Dette tolkes at handle om Martinsens moralske dimension af omsorgsbegrebet. Dette omhandler at forholde sig fornuftigt samt at tage hensyn i situationen til borgeren og familiemedlemmer, hvilket eksemplificeres ved, at Bente fortæller, at hun *banker pænt på* og spørger til, om nogle er hjemme.

I relation til dette inddrager Bente værdighed, og det at give borgerne en sygepleje, der er etisk korrekt, som væsentligt for at arbejde som hjemmesygeplejerske;

"Jamen sådan noget med, hvordan man behandler et andet menneske med værdighed. Selv om der sidder en der, der er pilskaldet og på kemokur og ligner, jeg ved ikke hvad ikke, så stadigvæk komme ind og se personen [...]. For nylig var jeg ude sammen med en studerende, og der kommer vi ind i et hjem, hvor der bor to meget meget demente mennesker [...] og så kommer vi ind i stuen til manden, og han sidder så i en lyserød morgenkåbe. Det fik vi en meget stor etisk diskussion ud af, fordi helt nede på det lavpraktiske plan, at man finde på at give en mand, der er dement, der ikke kan forsvare sig selv, en lyserød morgenkåbe på, som jo bestemt ikke er hans, og så sætte ham inde i stuen og så sidder han bare [...]der er min grænse nået. For andre betyder det måske ikke noget [...] men jeg synes bare, at det var uværdigt"(Interview 2:5-6).

Bente fortæller her om, hvordan hun oplevede, at hjemmehjælperene handlede uetisk overfor borgeren, fordi han i relationen er forsvarsløs, da han er dement. Hun fortæller, at hun fandt situationen uværdigt, hvilket tolkes er fordi, borgeren ikke blev behandlet med respekt og retfærdighed, som hun selv gerne ville behandles (se afsnit 4.3) Med dette menes der, at hun med Martinsens ord, engagerer sig i borgerens situation med sensitivitet i relationen. Bente fremstår således også som, hvad Martinsen betegner som en kritisk sygeplejerske, fordi hun stiller sig kritisk overfor hjemmehjælpernes arbejde (se afsnit 4.3).

Derved kan det ses, at sygeplejerskerne fra begge distrikter er enige om, at sociale kompetencer og evnen til at behandle borgerne etisk korrekt.

I afsnittet om den gode sygepleje fremhævede sygeplejerskerne fra Distrikt 1, at den faglige erfaring var særligt vigtig, men de fremhæver ligeledes den personlige erfaring til håndtering af svære situationer. Charlotte fortæller om, at det kræver erfaring at møde borgeren i deres eget tøj og ikke eksempelvis i patientklæder, fordi det er en anden rolle, borgerne får. Dette er særligt gældende for borgerne i klinikken, fordi de her er sundere og raskere end de borger, der modtager hjemmesygepleje i hjemmene. Bente fortæller, at den faglige erfaring kommer med tiden som hjemmesygeplejerske, mens den personlige erfaring derimod ikke kommer så let;

”Men det der med at have noget med i rygsækken, der gør, at man selv har nogle redskaber til, hvordan man så klarer den her situation, det mener jeg også er vigtigt. Og at det ikke kun er den faglige rygsæk, der er fyldt i. Fordi mange af de faglige ting, dem mener jeg jo godt, at man kan lære hen ad vejen. Men det personlige det kommer ikke bare sådan lige, altså.. det er jo så dannet hen af vejen ikke.. altså der er man også nødt til at have noget med” (Interview 2:6)

Sygeplejerskerne fra Distrikt 1 betoner alle betydningen af et stort videnslager at trække på. Bente betegner hjemmesygeplejerskerne som ’tusinde-kunstnere’, fordi *”[...] du skal kunne mange specialer, det er ikke sikkert, at du kan dem i dybden, noget har du selvfølgelig kun snust til overfladisk, men det du ikke ved noget om, det er du bare nødt til at sætte dig ind”* (Interview 2:2). At skulle vide meget kræver ifølge Charlotte, at man er omstillingsparat, fordi man aldrig ved, hvad der som hjemmesygeplejerske venter en (Interview 3:3). Både Charlotte og Anne betoner, at hjemmesygeplejen ikke er lige som en hospitalsafdeling, idet at ingen af dem er specialister eller eksperter, men ved lidt om alting, idet opgaverne varierer meget fra hinanden (Interview 1:3, 3:3). At være specialist på mange områder er særligt vigtigt i forhold til det næste karakteristikum, som sygeplejersker fra både Distrikt 1 og Distrikt 2 fremhæver, nemlig arbejdsformen. Idet at sygeplejerskernes arbejde som hovedsag forgår alene enten i klinikkerne eller i hjemmene. Ellen fortæller, at *”[...]man skal tåle at være alene i situationerne, enten de er lidt eller meget komplekse, og man skal også være bevidst om at sørge sparring, når man har brug for det* (Interview 5:4). Det tolkes, at Ellen anser det som værende vigtigt, at sygeplejerskerne er bevidste om balancegangen mellem at skulle stå alene med opgaverne, men også at være bevidst om, hvornår man skal søge faglig sparring for at optimere behandlingen, hvilken Dorthe bakker hende op i (Interview 4:12). Samtidigt kan det tolkes, at balancegangen også handler om at erkende sine egne grænser for viden. Charlotte fra Distrikt 1 fortæller ligeledes om samme balancegang;

”Så skal man kunne lide at arbejde alene som hjemmesygeplejerske, det er nok det vigtigste. Man skal kunne lide det der med at stå alene, velvidende at man godt kan kalde hjælp, men du står alene med det, det er dig, der træffer beslutningerne [...] Så selvstændigheden, selvstændigheden.” (Interview 3:3)

Opsamlede kan det udledes, at sygeplejerskerne fra begge distrikter er enige i, at den gode sygeplejerske besidder gode sociale kompetencer samt en speciel personlighed for at kunne skabe sig en god relation til borgerne, men også for at kunne rumme forskellige typer borgere. Særligt for sygeplejerskerne fra Distrikt 1 fremhæver de, at en god sygeplejerske handler etisk korrekt i behandlinger, således at borgeren bliver behandlet med værdighed og respekt i relationen. Endeligt fremhæver sygeplejerskerne fra Distrikt 1 også, at det kræver et stort videnslager for at kunne arbejde som hjemmesygeplejerske samt personlig erfaring for at kunne håndtere svære situationer.

5.7 Sygeplejeklinikkernes udfordringer

Som berørt ovenfor giver sygeplejeklinikkerne udfordringer i forhold til sygeplejerskernes relationer til borgerne. Bente fortalte om, hvordan konsultationerne i klinikkerne kan betegnes som korttidsbesøg, hvorfor det er vigtigt at være skarp og konkret, når behandlingen står på, mens Charlotte fokuserede på, hvordan det er muligt at opnå et fyldestgørende indtryk af borgerne, når man ikke ser hele rammen omkring dem. Charlotte eksemplificerer dette;

”[...] at jeg ikke ser, at opvasken står, jeg ser ikke, at skraldespanden ikke er tømt, altså de der begyndende tegn på, at tingene er ikke helt, som de skal være. Vi reagerer selvfølgelig på, hvis de er anderledes mentalt, når de kommer ind i klinikken, hvis de er lidt mere nussede, end de plejer at være, [...] det der blik, du har ude i hjemmene med alle dine sanser, det får du ikke i klinikken. Du får [...] en effektiv udførelse af de opgaver, der egner sig til klinikken, men du får ikke det andet der. [...] Jamen det betyder.. vi snakker så meget om, at vi skal lave tidlig opsporing, og vi skal være obs på, hvornår det begynder at skride, og det er det, du får med, når du kommer ude i borgerens hjem. Men på den anden side, så er det også rigtig fint.. man snakker også om, at man skal rehabiliteres, og man skal være aktiv i sit eget liv, og det er jo det, du gør med det andet, du stiller krav om, at de skal bevæge sig ind til os.. men det er at se, for mig at se, er det på bekostning af noget andet” (Interview 3:4).

Med Charlottes ovenstående udtalelse kan det udledes, at hun både ser fordele og ulemper ved sygeplejeklinikkerne. Som tidligere beskrevet mister sygeplejerskerne, ifølge Charlotte, muligheden for at skabe sig et helhedsbillede af borgerne, men samtidig pointerer hun også en væsentlig fordel ved klinikkerne, nemlig at der stilles krav til borgerne om at være mobile. Der kan altså spores en rehabiliterende og mulig forbyggende tanke bag sygeplejeklinikkerne. Dorthe fra Distrikt 2 fortæller om de forskelle, hun oplever, når hun er i klinikken, og når hun kører som hjemmesygeplejerske;

”Så det er faktisk en stor forskel på at være udekørende og så være her. Fordi vi arbejder jo hele tiden forebyggende, når vi kører ude i hjemmene. Altså det er jo ikke fordi, at vi kommer ud til Hr. Poulsen, og så bor han som lort der ude, at vi så laver det hele om til revolution, og han får nogle fine hvide vægge og rent bord og sådan noget ting, fordi sådan kan vi jo ikke lave om på alle mennesker, men vi kommer jo ud og overvejer sådan nogle ting, det gør man jo ikke her i klinikken. Jeg ved godt, at jeg har haft nogle stykker i klinikken, som jeg ikke ret gerne vil ud til, men.. vi har også været ude ved en, hvor vi sagde, at vi synes, at det er bedst, at du kommer i klinikken fremadrettet rent hygiejnemæssigt, og der er forskellen, vi ser ikke hele rammen omkring borgeren, når vi ikke kommer i vedkommendes hjem” (Interview 4:4).

Dorthe bakker op om Charlottes udtalelser omkring det manglende helhedsindtryk af borgeren, hvilket kan føre til mindre forebyggende sygepleje, idet at sygeplejerskerne ikke har mulighed for at se de mulige kommende problematikker. Dorthe fremhæver omvendt klinikkerne hygiejnemæssige rammer, som en af styrkerne herved, hvilket Bente fra Distrikt 1 er enig i. Hun pointerer samtidigt, at klinikkerne ofte byder hende en bedre arbejdsstilling og et større udvalg af redskaber under behandlingerne (Interview 2:4).

Et andet aspekt, som sygeplejersker diskuterer på tværs af distrikterne, er kontinuiteten i behandlingen i klinikkerne. I Distrikt 1 er der en ny sygeplejerske i klinikkerne hverdag, mens de i Distrikt 2 tillæg det stor betydning, at det er den samme eller kun ganske få sygeplejersker, der er tilknyttet klinikkerne. Ellen fortæller om, hvilken værdi de i Distrikt 2 tillæg dette;

”jamen, den kontinuitet som er i sygeplejen, den har jo stor værdi,[...] og det skyldes simpelthen den indsigt, som du får i det menneske eller den familie eller den problemstilling, og den kontinuitet den er med til at.. jeg tror på, og jeg synes også, at jeg kan se, at den er med til, at man kommer hurtigere i mål. Og jo mere kontinuitet, der er i forhold til eksempel sårpleje, jo hurtigere opheling. Fordi der har man mulighed for at følge forandringen over tid og også fra gang til gang,

og det har stor betydning. Og det kan vi se, når vi sådan er ramt af sygdom eller ferieperioder, hvor vi så må gå lidt på kompromis med vores værdi i forhold til kontinuiteten, og der kan vi se med det samme, at der sker der nogle skred fagligt, fordi den observation, som den enkelte sygeplejerske har, den er hun mere usikker på, fordi hun kun er der den ene dag. Fordi hun har ikke noget sammenligningsgrundlag. [...] det laver en bedre en bedre problemløsning, at man har kontinuitet i sin sygepleje” (Interview 5:6–7).

Ellen fremhæver således ikke blot fordelen for den enkelte borger, der ved at møde et kendt ansigt hver gang, føler sig tryk ved sygeplejerskerne, der omvendt også opnår et bredere kendskab til borgeren som individ og dets problemstilling, men fremhæver også betydningen for behandlingen. Når det er den samme sygeplejerske, der over tid følger en behandling, giver det hende, ifølge Ellen, muligheden for at give mere kvalificeret behandling, fordi hun ser både frem- og tilbagegang. Hos sygeplejerskerne i Distrikt 1 er de alle overvejende af anden opfattelse, om end de er opmærksomme på, at de skiftende sygeplejersker kan have betydning for borgernes behandlinger. Anne fortæller;

”Det er jo kontinuiteten, at den ikke altid er helt i top. Men de, der kommer i klinikken, oftest så kender de os jo godt efterhånden alle sammen. Eller alle sammen, nu ved jeg ikke, hvor mange, det er, som er i klinikken. Det er som regel 3-4, som plejer i hverdagen, og så har vi en eller to ekstra, som lige hopper ind en gang i mellem” (Interview 1:4).

Anne bakkes op af både Bente og Charlotte, der ikke tillæg dette større betydning. Charlotte fortæller, at høj faglighed i gruppen samt god faglig kvalitet af behandlingerne er vigtigere for borgerene end at blive mødt af den samme sygeplejerske (Interview 3:8). Det tolkes således, at det behandlingsmæssige er i fokus på bekostning af det relationelle og opnåelse af et indgående kendskab til borgerene. Bente fremhæver, at de skiftende sygeplejersker også betyder, at der hele tiden kommer nye øjne på problemstillingen, hvorfor behandlingen ikke risikere at gå i stå undervejs. Bente fremhæver ligeledes, at der forefindes sygeplejefaglige retningslinjer, som følges i klinikkerne, hvorfor store udslag i behandlinger kan undgås (Interview 2:8).

Den største og mere overordnet udfordring for sygeplejeklinikkerne er at opnå den politiske målsætning om, at 25 % af borgerne, der modtager sygepleje ydelser, skal ske i klinikkerne. Hverken Distrikt 1 eller Distrikt 2 har nået den politiske målsætning endnu (jf. afsnit 1.3.2). På trods af dette, mener Charlotte og Bente, at de i klinikken i Bakkeby har nået det antal borgere, de

kan, men udfordringen for distrikter er de resterende to klinikker (Interview 3:5). Bente fortæller; *“[...] Og især i Lilleby. For jeg tror, uden at vide det, at i Bakkeby, der tror jeg, at vi har max inde af dem, vi kan vælge ud, som vi ellers ville køre ud til. Det tror jeg altså (Interview 2:8).* Bente fortæller om, at årsagen til dette handler om den kultur, der er specielt hos sygeplejerskerne, der er tilknyttet klinikken og køre som hjemmesygeplejerske i Bakkeby;

”Vi er meget (slår hænderne sammen), hvad skal vi kalde os, strikse og sige, at du skal komme i klinikken [...], og der er ikke så meget skalten og valten, det er sådan, at det er.[...] de sygeplejersker, der kører i Lilleby, de er måske ikke lige så firkantede og hårdhudede, som os i Bakkeby, fordi vi har jo også prøvet det før. Det har de jo ikke“ (Interview 2:8).

Erfaring med at drive sygeplejeklinikker tilskrive Bente en stor værdi, fordi det har rustet dem til at hive flere borgere i klinikkerne end i andre byer og distrikter.

At opnå den politiske målsætning om, at 25 % af borgerne, der modtager sygepleje ydelser, modtager disse i sygeplejeklinikkerne handler dog ikke kun om erfaring og ressourcer. Fælles for begge distrikter er, at beliggenheden samt transporten til klinikken er en af de væsentligste udfordringer (Interview 4:10). Anne og Bente fra Distrikt 1 fortæller herom;

“Det er nok lidt sådan i forhold til beliggenheden af dem. Vi ser jo, at klinikken i Bakkeby den ligger jo nede i byen, og at det er sådan et sted, hvor mange mennesker kommer forbi i forhold til klinikken i Lilleby, hvor der ikke kommer lige mange mennesker forbi“ (Interview 1:5).

[...] geografi. Det er meget svært at komme her ud til Lilleby-centeret, hvis ikke man er selvkørende. Altså det ville være en halvdagsvandring for nogle, enten at skulle med en bus og så en anden bus, og så her ind og så videre. [...] det tror jeg faktisk, at der er mange mennesker, der ikke magter. Så det er i hvert fald en udfordring, som ikke bare lige er løst (Interview 2:8).

Geografien og den fysiske placering af sygeplejeklinikkerne bliver altså en af udfordringerne for at opnå den politiske målsætning, fordi borgerne ikke har nemt ved at komme der hen, eller fordi det er afsides placeret. I Bentes udtalelse kan der således spores en faglig vurdering af, at transporten til klinikken er en belastning for borgerne, hvorfor disse borgere tilbydes sygepleje i hjemmet.

Problematikken forstærkes yderligere af, at borgerne selv skal transportere sig til klinikkerne, fortæller Charlotte (Interview 3:5). Anne fortæller om en borger, som skulle modtage sygepleje i klinikkerne, men brugte 20 minutter på at gå fra parkeringspladsen ind til klinikken, hvilket endnu er et eksempel på, at transporten til klinikkerne kan være en udfordring for nogle af borgerne.

(Interview 1:5). Ellen fortæller om samme problemstilling for borgerne i Distrikt 2, fordi den afsides placering om muligt tvinger borgerne til at køre til steder, hvor de ikke er trygge;

.[...] de ældre borgere, de ser meget på afstand, og de ser meget på, hvor er de vant til at køre hen. Og det handler måske også om, hvor meget de kører bil altså. Fordi nogle af dem, de er kun vant til at køre til lægen eller købmanden, men det at de skal til at køre et nyt sted hen, så bliver de måske utrygge“ (Interview 5:7).

Sygeplejersker fra begge distrikter er enige om, at det først møde mellem klinikken og borgeren er afgørende for, hvordan resten af forløbet udspiller sig. Anne fortæller, at det handler om at præsentere sygeplejeklinikken som et alternativ tidligt i behandlingen samt at præsentere det på en måde, så det også virker fordelagtigt for dem og ikke kun for sygeplejerskerne (Interview 1:5).

Ellen deler samme holdning som Anne, at den første kontakt er afgørende for, om borgerne indvilliger i at modtage sygeplejen i klinikkerne. Hun pointerer dog, at de gerne ser behandlingerne ske i et samarbejde (Interview 5:11). Hvor end vigtigt både tryghed og samarbejde er, så argumenterer Ellen ligeledes for, at sygeplejerskerne ikke skal føle så megen medlidenhed med borgerne, at de ikke forslår dem at modtage sygepleje i klinikken;

“Ja, men det tror jeg.. eftersom at klinikken er blevet en del af vores hverdag, så så det der med, at det er synd for.. det er det ikke. Der tror jeg, at vi alle i sygeplejegruppen har fået øje på, at det er vi nødt til, hvis vi selv skal overleve som faggruppe i den opgavemængde og de ressourcer, vi har. Det tror jeg altså. Der er ikke sådan den medlidenheds altså...” (Interview 5:11).

Ellen påpeger, ligesom Dorthe, at manglen på ressourcer er en af de væsentligste årsager til, at sygeplejeklinikkerne ikke har fået rodfæste. Efter den politiske beslutning om etablering af sygeplejeklinikkerne, fortæller Dorthe, at hjemmesygeplejerskerne ikke er blevet givet ekstra ressourcer, hvorfor det har været en udfordring for Distrikt 2 at holde klinikkerne åbne i hele dage, fordi de ikke har ressourcerne til det, og hun argumenterer således for, at dette er en af årsagerne til, at de i Distrikt 2 ikke har opnået den politiske målsætning.

Overordnet kan det tolkes, at sygeplejerskerne fra distrikter oplever nogle af de samme udfordringer ved at drive sygeplejeklinikken. Sygeplejersker fra begge distrikter vægter særligt det første møde med borgerne i klinikkerne, fordi det er vigtigt, at der gives et godt første håndsindtryk. På trods af at sygeplejerskerne fra Distrikt 1 ikke mener, at de kan trække flere borgere i klinikken i

Bakkeby, ser de stadig forhold, som spiller ind på succesraten i de resterende klinikker, hvor de fremhæver placeringen af klinikkerne samt det, at borgerne selv skal transportere sig til klinikkerne. Samme forhold oplever sygeplejerskerne i Distrikt 2, men de fremhæver ligeledes, at de ikke har mulighed for at have klinikkerne åbne i en eksempelvis en hel dag, idet at de mangler ressourcer til at dække de resterende borgere.

5.8 Opsamling på analysen

Følgende opsamling har til formål at fremhæve de væsentligste fund fra analysen, hvor de udvalgte distrikter har ens opfattelser og forståelser, men også der hvor de adskiller sig fra hinanden. Dette vil udmunde i distrikternes overordnede sygeplejefilosofi eller verdensbillede jf. den symbolske kulturanalyse, som sygeplejerskerne praktiserer og handler efter. Det antages således, at forskelle i sygeplejefilosofien herunder værdier, holdninger og normer kan give udslag i forskellige sygeplejekulturer, fordi disse bygger på forskellige grundantagelser. Nedenfor præsenteres de forskellige karakteristika for distrikterne.

Kulturen i Distrikt 1 kan på baggrund af ovenstående analyse udledes først og fremmest at have fokus på faglighed og effektivitet, efterfulgt af et fokus på det relationelle. Dette kommer til udtryk i fællesskabskulturen, som har faglig karakter, idet der ikke er en fast klinik sygeplejerske fylder faglig sparring og overlevering af viden og informationer i fælleskabet. Samarbejdet som ligeledes fremhæves, får andre præmisser, fordi det er nødvendigt for at sikre kontinuiteten i behandlingerne. Tiden er også karakteriseret af effektivitet, fordi denne bliver anvendt til forberedelse eller til fleksibel opgaveløsning. Idet at tiden er styrende for sygeplejerskernes arbejdsdag, foretrækker sygeplejerskerne i Distrikt 1, at tiden er godt planlagt, således at ingen tid spildes. Fokus på fagligheden ses også i sygeplejerskernes opfattelse af den gode sygeplejerske. Hun er fagligt dygtig, omstillingsparat, tusindekunstner som kan lide at arbejde alene. I tillæg er hun også rummelig og har humor og arbejder på at skabe tryghed og tillid i hendes relationer.

Kulturen i Distrikt 2 har med ovenstående analyse in mente karakter af at være omsorgsfuld og relationel. Dette ses både i forhold til det interpersonelle, hvor der mellem kollegaerne foruden det faglige, også er plads til at være sociale i pauserne. Fællesskabet er med til at ophæve 'aleneheden' og give dem et tilhørsforhold. Tiden tillægges også en social funktion, idet at denne deles med hinanden. I forhold til borgerne er der særlig fokus på at yde mere end blot den sygeplejefaglige behandling, men også vise ekstra interesse og lave opsporende arbejde, hvis der er mistanke om yderligere problemstillinger. Samtidig vægter sygeplejerskerne det højt at skabe kontinuitet i

behandlingerne, fordi at de oplever borgene er mere trygge og har mere tillid til de sygeplejersker, de er bekendt med. Fokus på omsorg og det relationelle kan også ses i sygeplejerskernes syn på den gode sygeplejerske; hun har gode sociale kompetencer og er godt til at indgå i relationer.

Ses disse to kulturer i lyset af dette studies problemformulering kan det antages, at der er en sammenhæng mellem at have en kultur, der er præget af effektivitet og høj faglighed samt at have et højt antal borgere tilknyttet, samtidig med at der kan argumenteres for at være en sammenhæng mellem at have en kultur, der er præget af omsorg og relationer og antal tilknyttede borgere.

6.0 Diskussion

Følgende diskussion vil omhandle analysen fund samt validiteten af disse. Disse vil blive diskuteret i forhold til de artikler og studier, som er blevet præsenteret i afsnittet omhandlende tidligere relevant forskning (se afsnit 2.0), fordi der argumenteres for, at dette er relevant for at kunne sammenholde, diskutere og validere studiets empiriske fund.

6.1 Tiden som ven og fjende

Både i tidligere forskning og dette studie spiller tiden en central rolle for sygeplejerskerne og deres arbejde. I artiklen *Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital* af Hemsley et al. præsenteres sygeplejerskers syn på tiden i forbindelse med pleje og omsorg af patienter med handicap og nedsat talefunktion. Sygeplejerskerne beskriver tiden som både en ulempe og en fordel; arbejdet med tiden bliver en udfordring, fordi der ikke er nok af den (Hemsley et al. 2012:119). Sygeplejerskerne er pressede i deres arbejde på grund af en stor arbejdsbyrde, og dette går udover patienterne, fordi sygeplejerskerne ikke har den nødvendige tid til at tage hånd om disse (Hemsley et al. 2012:119). Hemsley et al. beskriver omvendt også, hvordan tiden ikke nødvendigvis bør anses som en barriere, fordi den så at sige kan 'genvindes' ved, at sygeplejerskerne investerer tiden til at lære patienterne at kende. Dette argumenterer Hemsley et al for, at vil lette kommunikationen i længden (Hemsley et al. 2012:121).

Tiden beskrives af de deltagende sygeplejersker i nærværende studie også for samme tidsmæssige perspektiv, altså hvor tiden både bliver betragtet som en ven og fjende. Studiet har Hemsley et al adskiller sig fra nærværende studie, idet at der er andre strukturelle forhold, idet sygeplejerskerne er ansat på sygehuset, hvorved præmisserne for tiden kan argumenteres for at være anderledes end i hjemmesygeplejen.

Om end tiden måles på andre parametre end i Hemsley et al. (2012), argumenteres der alligevel for, at forståelsen og anvendelsen af tid i de to studier har visse ligheder. Om end nogle af sygeplejerskerne fortæller, at tiden er styrende for deres hverdag (Interview 5:1-2), blev der ligeledes fortalt om, at tiden også var fleksibel. Tiden kan argumenteres for at være sygeplejerskerne fjende, når den er styrende for dem og deres arbejdsdag. Ellen fortæller om, at hun er bundet op på tid, når hun er i klinikkerne, og Dorthe fortæller, at hun ikke skal have nogle akutte borgere, eller borgere, der er ustabile og pludseligt kan få brug for ekstra sygepleje (Interview 5:6, Interview 4:3-4), hvorfor tiden bliver en begrænsning for hende på samme måde, som

sygeplejerskerne i Hemsley et al. Når tiden bliver en begrænsning, betyder det, at sygeplejerskerne ikke kan nå at give den sygepleje og omsorg, som de gerne ville. For sygeplejerskerne i Hemsley et al. betyder det, at de ikke når at få talt og opnået forståelse for alle patienterne, mens det for sygeplejerskerne i nærværende studiet betyder, at de ikke kan fordybe sig i problematikker, der ikke er faglige (Interview 5:6). Anne og Bente fra Distrikt 1 fortæller også om standardtiderne, der er afsat til hver behandlingstype, og at disse kan tit og ofte være svære at overholde, idet at opgaver kan trække ud eller have et større tidsmæssigt omfang, end der er afsat (Interview 1:3, 2:7). Omvendt kan tiden i sygeplejeklinikkerne på samme måde, som sygeplejerskerne i Hemsley et al., anskues som noget positivt, idet at tiden er fleksibel. Dette kommer eksempelvis til udtryk ved, at Anne fortæller, at hun har mulighed for at rykke på nogle af borgernes aftaler, hvis der kommer en kendt borger, der eksempelvis er blevet enke eller enkemand, som har behov for ekstra tid (Interview 1:8). Ligeledes kommer fleksibiliteten til udtryk ved, at sygeplejerskerne efter endt arbejdsdag, forhører sig hos kollegaerne, om de mangler hjælp til resten af deres køreliste (Observation 1:7, 3:7).

Tiden sætter dermed sine begrænsninger, men den giver i høj grad også muligheder for sygeplejerskerne i nærværende projekt, ligesom i *Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital* af Hemsley et al. Om end det kan diskuteres at være i forhold til forskellige parametre, at tiden hhv. giver udfordringer og giver plads til ekstra opmærksomhed, kan der alligevel argumenteres for, at tiden spiller en central rolle i sygeplejen.

6.2 Relationer og moral i sygeplejen

I nærværende studiets analyse fremhæves relationerne til borgerne, og der argumenteres det for, at relationen mellem sygeplejerske og borgere er en vigtig del af sygeplejen, samtidigt med at det har betydning for om, hvor vidt borgerne ønsker at komme i klinikkerne og modtage sygepleje der i stedet for i hjemmene. At der skabes en god relation har dermed også betydning for, hvor mange borgere der kommer i klinikken. Anne fra Distrikt 1 fortæller om, at det første indtryk af klinikkerne har væsentlig betydning for, om borgerne ønsker at komme der igen (Interview 1:3), men der argumenteres samtidigt for at etablering af en god kontakt mellem sygeplejerske og borger også har en væsentlig betydning.

Artiklen *Det relationelle møde og relationskompetence* (2007) af Helle Brøbecher & Charlotte Delmar beskriver, hvorledes evnen eller kompetencen til at skabe en god relation til patienten er en

vigtig del af sygeplejen. Brøbecher & Delmar udfolder relationskompetencen med afsæt i Kari Martinsen, og der inddrages således en moralsk dimension, idet Martinsens omsorgsbegreb både indeholder en relation og moral (Brøbecher & Delmar 2007:62). Relationskompetencen dækker således over evnen til at kunne etablere, indgå, vedligeholde og afslutte en relation (Brøbecher & Delmar 2007:66). I tillæg beskriver Brøbecher & Delma, at kompetencen også indeholder et sygeplejefagligt perspektiv med særlig faglige kvaliteter for at synliggøre kvaliteten og omsorgen.

I forbindelse med nærværende studie betoner alle sygeplejerskerne således også i det relationelle i sygeplejen, og Ellen fortæller om, at dette er den bærende del af at udføre en god sygepleje (Interview 5:4). Bente fra Distrikt 1 fortæller om, at det hele begynder med en god kommunikation mellem sygeplejerske og borger, men at det også handler om at have et godt kendskab til borgerne (Interview 2:3). Idet at mange af borgerne kommer i klinikkerne har oftere længevarende behandlingsforløb, dog er besøgene meget korte, bliver det muligt for sygeplejerskerne at opnå et godt kendskab til dem.

Sygeplejerskerne i nærværende studie fortæller om, at de generelt bruger samtale meget til at skabe en god relation, mens at Charlotte i tillæg fremhæver, at hun mere overordnet har alle sanser i spil hos borgerne i klinikkerne, fordi hun argumenterer for, at det er svært at se hele rammen om borgeren i klinikkerne (Interview 3:2). Samtalen bliver derfor et vigtigt redskab til at opnå en god relation mellem sygeplejerske og borger. På trods af at sygeplejerskerne fra Distrikt 2 vægter faglighed først under konsultationer, fortæller alle sygeplejerskerne, at de vægter at tale med borgerne om, hvad der er aktuelt for ham/hende. På denne måde kan der argumenteres for at sygeplejerskerne har øje for borgeren som et helt menneske, hvorfor der her kan trækkes ligheder mellem sygeplejerskernes relationer til borgerne samt den moralske dimension af omsorgen, som Brøbecher & Delmar ligeledes udfolder i artiklen. Ønsket om at sygeplejen skal være moralsk ses også ved, at sygeplejerskerne fra Distrikt 2 opfatter den gode sygepleje, som en sygepleje, der rækker udover det faglige. Dette afspejles i Dorthes eksempel med borgeren på 93 år, som havde været til debat på sygeplejekontoret, om hvorvidt han skulle modtage sygepleje ydelser i hjemmet eller i klinikkerne (Interview 4:13). På trods af at denne borger ikke har flere sygeplejefaglige problemstillinger end medicindosering, kan der argumenteres for, at Dorthe ikke finder det moralsk ansvarligt, at der ikke bliver holdt øje med ham, fordi hun udviser bekymring for ham.

Disse tanker omkring moralsk sygepleje ses også i Gastmans, idet han argumenterer for, at sygeplejersker i deres omsorgsgivning er medvirkende til at vise, at de respekterer patienterne som

mennesker og behandler dem med værdighed (Gastmans 1999:218). Dorthes argument for, at den ældre borger således skal modtage sygepleje i hjemmet, for derved at holde øje med ham (Interview 4:13), bliver dermed et udtryk for, at hun ønsker at behandle ham med værdighed. Endnu et eksempel på, at sygeplejerskerne ønsker at behandle borgerne med værdighed, kan findes hos Bente, der beskriver, hvordan hun blev mødt af en dement borger, der var klædt i en lyserød morgenkåbe (Interview 2:5-6). Hun fortæller, at hun blev meget oprevet over denne episode, fordi hun fandt dette uværdigt for borgeren, idet han på grund af sin demens ikke havde mulighed for at forsvare sig selv.

I Gastmans (1999) præsenteres de moralske holdninger til omsorg, som kan spores i sygeplejerskerne praksis. Omsorg er ifølge Gastmans en måde, hvorpå man forholder sig til sine medmennesker på, hvorfor der kan trækkes ligheder med antagelserne i Brøbecher & Delmar samt Martinsens omsorgsfilosofi (se afsnit 2.1 samt 4.3). Vægtningen af det relationelle af nærværende studiets sygeplejersker er præsenteret ovenfor, hvorfor der nu gives opmærksomhed til de underdimensioner, som Gastmans bruger til at skabe en samlet forståelse af, hvad sygeplejerskens genstandsfelt er. Her er særligt dimension *the place and significance of skills and attitudes in nursing* med dette studies fund. Som det konkluderes på baggrund af analysen, at sygeplejerskerne i Distrikt 1 har et todelt fokus på 1) faglighed, sparring mellem klinisygeplejerskerne, overlevering af viden, erfaring og information, fordi de dagligt har skiftende sygeplejersker i klinikkerne, og endeligt 2) omsorgs – og relationsdelen. Dette er modsat sygeplejerskerne i Distrikt 2, hvor der lægges vægt på omsorg og kontinuitet, hvorfor der kun er tilknyttet 1-2 sygeplejersker pr. klinik. Gastmans betoner i underdimensionen *the place and significance of skills and attitudes in nursing* fagligheden, men pointerer, at det er risikabelt, hvis sygeplejen reduceres til dette (Gastmans 1999:215). Sygeplejen må dermed ikke kun bestå af faglighed, hvorfor det også er vigtigt at have øje for det relationelle. Det argumenteres for, at sygeplejerskerne fra Distrikt 1 i høj grad har øje for denne balancegang, mens sygeplejerskerne i Distrikt 2 overvejende kan argumenteres for at have øje for omsorgen (se afsnit 5.5 og 5.6).

6.3 Arbejdet som hjemmesygeplejerske

I artiklen A Qualitative Case Study Review of Role Transition in Community Nursing af Joyce Zurmehly (2007) beskrives karakteristika ved hjemmesygeplejerskers arbejde i praksis og i tillæg fremhæves en høj grad af fleksibilitet som en af goderne ved dette arbejde. I forhold til nærværende studies fund, er der her sammenhæng mellem karakteristikaet om autonomi og Charlottes syn på en

god hjemmesygepleje. Charlotte fortæller, at man som hjemmesygeplejerske skal kunne lide at arbejde alene, og at dette er et meget selvstændigt job (Interview 3:3). Sygeplejerskerne i nærværende studie arbejder hovedsageligt alene både i klinikkerne, og når de kører ud til borgerne, og det sås kun få mange i løbet af observationerne, at der var mere end en sygeplejerske tilstedet i klinikkernes åbningstider (Observation 1, 2, 3, 5,6). I artiklen beskrives det ligeledes, at de yngste af sygeplejerskerne har oplevet at føle sig utrygge ved at have ansvaret alene for patienten. Sygeplejerskerne i nærværende studie beretter ikke om denne oplevelse og fortæller om, at de altid kan hente hjælp, hvis behovet opstår, og at de grundet høj faglig sparring, altid er opdateret på borgernes sygdomsforløb (Interview 5:3, Interview 2:4, Interview 1:3). Dette argumenteres for at hænge sammen med de respektive kulturer, som findes i distrikterne. Som det udfoldedes i analysen, beskriver sygeplejersker fra begge distrikter, hvordan det er mulighed at hente hjælp, hvis behovet er det, fordi der på grund af de tætte samarbejdere i distrikterne søges mod at løse opgaver i fællesskab fremfor at løse den individuelt.

I artiklen fremhæves fleksibiliteten som en af de væsentligste goder ved arbejdet som hjemmesygeplejerske, idet at dette giver fordele for sygeplejerskernes privatliv (Zurmehly 2007:167-168). Flexibilitet er også væsentligt for sygeplejerskerne i nærværende studie, men dette berører kun i forbindelse med arbejdsrelationer, hvor sygeplejerskerne fortæller om mulighederne for at hjælpe hinanden, hvis de er pressede eller har ekstra arbejdsopgaver (Interview 4:6, Interview 2:3, Interview 3:6).

På baggrund af ovenstående sammenligning og diskussion af egen empiri sammenholdt med eksisterende forskning relateret hertil argumenteres der for at være visse ligheder. Først sammenholdes tidsforståelses, der både i dette studie og i Hemsley et al. anses som en barriere og facilitator i sygeplejen; den sætter begrænsninger, men samtidig åbner den døre og giver muligheder. Dernæst sammenholdes relationer og deres betydning, hvor både Brøbecher & Delmar, Gastmans samt sygeplejerskerne i dette studie udviser en stor forståelse af dettes betydning for at udføre en moralsk korrekt sygepleje. Endeligt sammenholdes dette studies fund af fleksibilitet og selvstændighed som væsentligt karakteristika for arbejdet i hjemmesygeplejen med Zurmehly resultater.

7.0 Konklusion

Følgende vil være en besvarelse af studiets fund, der tager udgangspunkt i nedenstående problemformulering

Hvilke forskellige sygeplejekulturer er der at finde i de udvalgte sygeplejeklinikker i distrikterne i Hjørring kommune? Kan disse forskelle i kulturer være med til at forklare, hvorfor sygeplejeklinikkerne har forskellige succesrater?

Når sundhed og sygepleje betragtes ud fra strømninger og tendenser i samfundet, tegner der sig et billede af et moderne samfund med stærke individer, der kan tage hånd om sig selv og egen sundhed. Omvendt er det også individer, der i høj grad er nødsagede til at klare sig selv og være sin egen sundhedslykkes smed, fordi det moderne samfund fordrer effektivitet og produktivitet i behandlinger. Dette betyder for hjemmesygeplejen, at de får nye og andre sundheds- og sygeplejefaglige opgaver stillet.

Betragtes sundhed og særligt sygepleje ud fra videnskabelige og akademisk forskning, viser det sig, at der her er andre blødere værdier på spil som omsorg, relationer og nærvær, og sygeplejerskens rolle er ikke reduceret til behandler, men rækker i flere tilfælde udover det sygeplejefaglige felt. Netop disse modsætninger kan spores i de to fundne kulturer i de udvalgte sygeplejeklinikker i Hjørring Kommune.

Med afsæt i ovenstående problemformulering er der med en adaptiv teoretisk tilgang, foretaget enkeltmandsinterview med fem sygeplejersker, som alle er tilknyttet sygeplejeklinikkerne i Hjørring Kommune. På baggrund af de empiriske fund kan det konkluderes, at der er fundet to forskellige kulturer i de udvalgte distrikter; en kultur med todelte fokus i sygeplejen på hhv. høj faglighed og effektivitet og det relationelle og en kultur med fokus på omsorg og relationer. Kulturen, der er præget af høj faglighed, effektivitet samt relationer er Distrikt 1, mens der i Distrikt 2 er at finde en sygeplejekultur med fokus på omsorg og relationer. Som det blev præsenteret i nærværende studiets problemfelt, havde Distrikt 1 det højeste antal tilknyttede borgere, mens Distrikt 2 var det laveste antal borgere samt lavest antal besøg, hvorfor der kan antages at være en sammenhæng mellem at have fokus på effektivitet og faglighed og et højt antal tilknyttede borgere i klinikkerne, mens der ligeledes kan argumenteres for at være en sammenhæng mellem at have fokus på blødere værdier og et lavt antal tilknyttede borgere.

I relation til dette, bør det bemærkes, at dette studies både med dets muligheder og begrænsninger ikke har haft mulighed for at undersøge alle aspekter af sygeplejeklinikkerne og dets virke, hvorfor der således kan være andre forhold, som kan indvirke på problemstillingen, som ikke er belyst i dette studie.

8.0 Litteratur

- Alvsvåg, Herdis (2011): ” Kari Martinsen: Omsorgsfilosofi” i: Tomey, Ann Marriner & Alligood, Martha, Raile (red.): Sygeplejeteoretikere – bidrag og betydning i moderne sygepleje. Munksgaard, Danmark. København.
- Antoft, Rasmus & Heidi Houlberg Salomonsen (2007): ”Det kvalitative casestudium” i: Antoft, Rasmus et. al (red) Håndværker og horisonter. Syddansk universitetsforlag.
- Bakka, Jørgen Frode & Fivelsdal, Egil (2014): Organisationsteori – struktur, kultur og processer. Handelshøjskolen Forlag, 6. udgave, 1. oplag.
- Bech-Jørgensen, Birte (2006); ”Alfred Schütz – hverdagsliv og tid” i: Jacobsen, Michael Hviid et al (red.): Tradition og fornyelse; En problemorienteret teorihistorie for sociologien Aalborg Universitetsforlag 1. udgave, 2. oplag
- Berg-Sørensen, Asger (2012): ”Hermeneutik og fænomenologi” i: Jacobsen, Michael Hviid et.al (red): Videnskabsteori i statskundskab, sociologi og forvaltning. Hans Reitzels forlag, 2. Udgave 1. oplag
- Birkler, Jacob (2010): Videnskabsteori – en grundbog. Munksgaard Danmark. København. 1. udgave, 7. oplag.
- Brøbecher, Helle & Delmar, Charlotte (2007): Det relationelle møde og relationskompetence. Klinisk sygepleje. Vol. 21, No. 1, s. 61-72.
- Bryman, Alan (2008): Social Research Methods. Oxford University Press, 3.udgave.
- Christiansen, Søren (2011): ”Kultur” i: Larsen, Nepper Steen & Pedersen, Inge Kryger (red): Sociologisk leksikon. Hans Reitzels Forlag
- Dahlager, Lise & Fredslund, Hanne (2011): ”Hermeneutisk analyse – forståelse og forforståelse” i: Vallgård, Signild & Lene Koch (red.): Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard Danmark, København. 4. udgave, 1. oplag.
- Gastmans, Chris (1999): Care as a Moral Attitude in Nursing. Nursing Ethics. Vol. 6. No. 3
- Grant, S., Guthrie, B., Entwistle V., & Williams, B. (2014): A meta-ethnography of organizational culture in primary care medical practice. Journal of Health Organization and Management Vol. 28 No. 1, s. 21-40

- Hagel, Annie (2009): "Tendenser til sundhed" i: Helder, Jørn & Hagel, Annie (red.) Sundhedsledelse – forudsætninger, teori og perspektiver. Hans Reitzels Forlag. 1. udgave, 1. oplag. København.
- Hemsley, B., Balandin, S. & Worrall, L. (2012): Nursing the patient with complex communication needs: time as a barrier and a facilitator to successful communication in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 68(1), 116–126.
- Hjørring Kommune (2011): Sundhedsfremme og forebyggelse målrettet seniorer. Arbejdsgrupperapport.
- Hjørring Kommune (2013): Sygeplejen i Hjørring Kommune.
- Hjørring Kommune (2015): Sundhedspolitik 2015 – 2018.
- Jacobsen, Michael Hviid & Søren Kristiansen (2001): Farligt feltarbejde – etik og etnografi i sociologien. Aalborg Universitetsforlag.
- Jacobsen, Michael Hviid (2007): "Adaptiv teori – den tredje vej til viden" i: Antoft, Rasmus et. al (red) Håndværker og horisonter. Syddansk universitetsforlag.
- Jacobsen, Dag Ingvar & Thorsvik, Jan (2013): Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse. Hans Reitzels Forlag. 3. udgave, 1 oplag.
- Jørgensen, Anja (2008): "Hermeneutik, fænomenologi og interaktionisme – tre sider af samme sag?" i Jacobsen, Michael Hviid & Pringle, Keith (red.): At forstå det sociale. Akademisk Forlag, København. 1. udgave, 1. oplag.
- Kjær, Peter & Signe Vikkelsø (2012): "Organisationssociologi" i: Andersen, Pernille Tanggaard & Timm, Helle (red.): Sundhedssociologi – en grundbog. Hans Reitzels Forlag, København. 1. udgave, 2. oplag.
- Kjølner, Mette (2007) "Baggrund og formål" i: Kjølner, Mette, Juel, Knud & Kamper-Jørgensen, Finn (red.): Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- Klitgaard, Michael Baggesen (2014): "Strukturreformen", Den store Danske. http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Samfund/Danmarks_lokalforvaltning/strukturreformen (Set d. 18.5.2015)
- Krasnik, Allan (2011): "Reformer og reformprocesser i: Krasnik, Allan & Vallgård, Signild (red.) Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. Munksgaard, København. 2. udgave, 3. oplag.

- Kristiansen, Søren & Hanne Kathrine Krogstrup (1999): Deltagende observation. Hans Reitzels Forlag, 1. udgave, 6. oplag
- Kvale, Steinar & Svend Brinkmann (2011): Interview – introduktion til et håndværk. Hans Reitzels Forlag. 2. udgave, 4. oplag.
- Larsen, Niels, Sandholm (2012): ”Strukturelle perspektiver på sygepleje i primærsektoren” i: Raunkiær, Mette & Holen, Mari (red.) Primærsektor – det nære sundhedsvæsen. Munksgaard, 1. udgave, 1. oplag.
- Madden, Raymond (2010): Being Ethnographic: A Guide to the Theory and Practice of Ethnography. Sage Publications.
- Martinsen, Kari (2005): Samtalen, skønnen og evidensen. Gods Forlag, 1. udgave, 1. oplag.
- Mik-Meyer, Nanna (2014): ”Sundhedens rolle: enhvers pligt og målet for alle” i: Pedersen, M. Birthe & Petersen, Steen Rank (red.) Det kommunale sundhedsvæsen. Hans Reitzels Forlag 1. udgave, 1. oplag. København.
- Mik-Meyer, Nanna & Obling, Anne Roelsgaard (2012): ”Introduktion” i: Risør, Mette Bech et al (red): Nr. 17: Sundhed – en ny semi-religiøs vækkelse i det moderne samfund? Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.
- Nielsen, Kirsten (1997): Større frihed til patienten. Sygeplejerskeren, No. 42, s. 50-52.
- Rasborg, Klaus (2007) ”Ulrich Beck” i: Andersen, Heine & Kaspersen, Lars Bo (red.): Klassisk og moderne samfundsteori. Hans Reitzels Forlag. 4. udgave, 5. oplag.
- Roesen, Jette Vinther (2012) ”Sundhedsfremme og forebyggelse” i: Raunkiær, Mette & Holen, Mari (red.) Primærsektor – det nære sundhedsvæsen. Munksgaard, 1. udgave, 1. oplag.
- Schultz, Majken (2006): Kultur i organisationer – funktion eller symbol. Handelshøjskolens Forlag. 1. udgave, 9. oplag.
- Schutz, Alfred (2005): Hverdagslivets sociologi. Hans Reitzels Forlag.
- Sheldon, L.K, Barrett, R. & Ellington, L. (2006): Difficult Communication in Nursing. Journal of Nursing Scholarship. Vol. 38, No.2, s. 141-147

- Simmel, Georg (1998): Hvordan er samfundet muligt? – Udvalgte sociologiske skrifter. Gyldendal.
- Sonne-Ragans, Vanessa (2012): Anvendt videnskabsteori – reflekteret teoribrug i videnskabelige opgaver. Samfundslitteratur. 1. oplag.
- Sundhedsstyrelsen (2005 a): Sundhed i kommunen - nye opgaver og muligheder. København. Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2005 b): Terminologi. Forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed. København: Sundhedsstyrelsen.
- Sundhedsstyrelsen (2014): Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker. <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/planlaegning-og-beredskab/kommuner/forebyggelsespakker> (Set d. 20.5.2015)
- Tjørnhøj Thomsen, Tine & Susan Reynolds Whyte (2011) ”Feltarbejde og deltagende observation” i: Vallgård, Signild & Lene Koch (red.): Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab. Munksgaard Danmark, København. 4. udgave, 1. oplag.
- Vallgård, Signild (2011) ”Sundhedsvæsen – centrale begreber og definitioner” i: Krasnik, Allan & Vallgård, Signild (red.) Sundhedsvæsen og sundhedspolitik. Munksgaard, København. 2. udgave, 3. oplag.
- WHO (2015): Primary health care. http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/ (Set d. 20.5.15)
- Zurmehly, Joyce (2007): A Qualitative Case Study Review of Role Transition in Community Nursing. Nursing Forum, vol. 42, No. 4, s.162 – 170