

Sundhedspersonalets håndtering af strukturelle forandringer

- Med særligt fokus på udvikling af copingstrategier

En Undersøgelse baseret på kvalitative interviews

Mille Frederikke Persson: 20171097

Sigrid Julie Højrup Pedersen: 20171098

Vejleder: Mathias Herup Nielsen

Aalborg Universitet

Kandidatuddannelsen i socialt arbejde

Semester 10/Specialet

Afleveringsdato: 16. September 2019

Antal anslag: 191.965

Abstract

The purpose of this thesis is to investigate and gain an understanding of the health care professionals' experiences of working in organizations that undergo structural change and how they handle these changes. To illustrate the structural changes, the Neoliberal and the New Public Management discourse are described and analysed to see what contributes to structural change. In addition, the thesis also highlights the impact that structural changes can have on patients.

The thesis is designed through the use of qualitative interviews. These interviews form the basis of the investigation.

The findings of the study show that healthcare professionals develop strategies for coping with the work pressure they are exposed to through structural change. The study shows that these coping strategies can have consequences for the patients, namely that inequalities may occur between patients.

Indholdsfortegnelse

KAPITEL 1. BAGGRUND FOR UNDERSØGELSEN	5
PROBLEMFELT	5
PROBLEMFOMULERING	8
BEGREBSAFKLARING	8
KAPITEL 2. VIDENSKABSTEORETISK- OG METODISK TILGANG.	10
VIDENSKABSTEORETISK POSITION	10
HERMENEUTIKKEN	10
FILOSOFISK HERMENEUTIK	10
FORSTÅELSE, FORDOMME & FORSTÅELSESHORISONT	11
SANDHEDSBEGREBET	12
DEN FILOSOFISKE HERMENEUTISKE CIRKEL	13
VALGET AF METODE	14
KVALITATIV METODE SOM UNDERSØGELSESTILGANG	14
SEMISTRUKTURERET INTERVIEW	15
DET SEMISTRUKTUREREDE KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVIEW	16
SPECIALETS INFORMANTER	17
UDVÆLGELSE OG REKRUTTERING AF INFORMANTER	17
ADGANG TIL VIDENS FELTET	17
UDVÆLGELSE AF INFORMANTER	17
PRÆSENTATION AF SPECIALETS INFORMANTER	18
INTERVIEWGUIDE & INTERVIEW	18
TRANSSKRIBERING	20
KODNING	21
RELIABILITET, VALIDITET OG GENERALISERBARHED	23
RELIABILITET	23
VALIDITET	24
GENERALISERBARHED	24
ETISKE RETNINGSLINJER	25
INFORMERET SAMTYKKE	26
FORTROLIGHED	27
KRITIK AF DEN KVALITATIVE METODE	28
FORSKERENS ROLLE	28
ANALYSESTRATEGI	30
MENINGSKONDENSERING	30
UDARBEJDELSE AF INTERVIEWENE	30
DEDUKTIV TILGANG	32
UDFØRELSEN AF ANALYSEN	32
KAPITEL 3. TEORETISK GRUNDLAG	34
LITTERATURSØGNING	34
BIBLIOTEKSDATABASE	34
GOOGLE SCHOLAR	35
REDEGØRELSE AF MODERNE KRITISK ARBEJDE	35

NPM & NEOLIBERALISMENS IMPLIKATIONER FOR SOCIALT ARBEJDE	37
ANVENDELSESMULIGHEDER & BEGRÆNSNINGER VED DEN NEOLIBERALISTISKE- OG NPM DISKURSEN	38
PROBLEMSTILLINGER VED DEN NEOLIBERALISTISKE DISKURS & NPM DISKURSEN	38
MELLEM PROFESSION & MANAGEMENT	39
ORGANISATIONER UDFORDRER & UDFORDRES	40
DET DANSKE SYGHEUSFELT MELLEM TRADITION & FORNYELSE	40
NPM, STRATEGIERNES INDHOLD	41
NPM & DE PROFESSIONELLE	41
TEORI OM FORANDRINGER I ORGANISATIONER	42
STRUKTURELLE FORANDRINGER	42
UDFORDRINGER VED FORANDRINGER	43
HVAD SKABER FORANDRINGER	43
MODSTAND OG KONFLIKT	44
TEORI OM STREET-LEVEL BUREAUCRACY	45
STREET-LEVEL BUREAUCRACY	46
MARKARBEJDERADFÆRD	46
COPINGSTRATEGIER	47
BAGGRUND FOR VALG AF TEORI	50
<u>KAPITEL 4. ANALYSE DEL 1</u>	<u>51</u>
ORGANISATIONERNE UDFORDRES	51
HVILKEN BETYDNING HAR DISKURSERNE FOR ORGANISATIONERNE	51
MARKARBEJDERNES PROFESSION	56
DELKONKLUSION	62
<u>KAPITEL 5. ANALYSEDEL 2.</u>	<u>63</u>
FORANDRINGER I PRAKSIS	63
BEHOVET FOR FORANDRING	65
MODSTAND & KONFLIKT	67
DELKONKLUSION	71
<u>KAPITEL 6. ANALYSEDEL 3</u>	<u>72</u>
FORVALTER AF FORANDRINGER	72
COPING SET I PRAKSIS	75
DELKONKLUSION	84
<u>KAPITEL 7. KONKLUSION</u>	<u>85</u>
<u>KAPITEL 8. PERSPEKTIVERING</u>	<u>88</u>
<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>90</u>
BILAG UPLOADE SÆRSKILT	92

Kapitel 1. Baggrund for undersøgelsen

Problemfelt

Professor Peter Kragh Jespersen peger på at sygehuse kan ses som en fascinerende organisation, der stadig udfordrer dem der forsøger at forstå den. Sygehuse er som oftest store og komplekse og de indeholder specialiserede arbejds gange, som kræver at det sundhedsfaglige personale har forskellige faglige baggrunde og særlig ekspertise. Det sundhedsfaglige personale er bærer af sundhedsfaglige traditioner og rutiner, som er med til at give sygehusene styrke og stabilitet, i en turbulent hverdag som ofte kan være ret uforudsigelig. Men disse traditioner som indeholder vaner, opfattelser og holdninger, kan rumme store udfordringer, for alle der forsøger at ændre på sygehusorganisationen og ledelsen, særligt hvis disse ændringer indeholder brud med de ansattes traditioner og rutiner (Jespersen, 2005, s.15).

Organisations- og ledelsesændringer er i stigende grad genereret uden for sygehusene og præges stadig mere af økonomiske, administrative og politiske dagsordener, som udfordrer den bestående orden (Jespersen, 2005, s.15). Dette giver sig eksempelvis til udtryk ved indførelsen af Strukturreformen i 2007. Indførelsen af Strukturreformen betød store ændringer i den organisatoriske struktur og opgavefordeling i den offentlige sektor. De daværende 217 kommuner blev til 98 kommuner, de 14 amter blev nedlagt og lavet til 5 regioner (Social- og indenrigsministeriet, 2007). Kort tid efter kom Kvalitetsreformen, i 2008, som medførte skærpet kontraktstyring af den offentlige institutions ydelser, og der skulle føres tilsyn af kvaliteten af ydelserne. Lektor ved Roskilde universitet, Annette Kamp, belyser i artiklen; *At arbejde i det offentlige – velfærdsstat og velfærdsarbejde under forandring*, skrevet i samarbejde med Vibeke Kold og Emmet Carker, at et gennemgående træk for de standardiseringer der indføres hos sygehusene, anvendes til at styre og organisere arbejdet (Kamp & Kold, et al. 2012, s. 5-6.). Dorte Steenberg, næstformand ved Dansk Sygeplejeråd, beskriver i en antologi, *Bladet fra munden* (2015), ligesom Kamp, at disse standardiseringer gør at kravene til produktiviteten stiger og dermed sker der fald i kvaliteten. Hun beskriver at det er de økonomiske aspekter der bliver prioriteret og det der er målbart er blevet et centralt omdrejningspunkt for sygehusene (DSR, 2015, s. 7-8.). Når man ser på hvad sygepleje indeholder, er det først og fremmest pleje af mennesker både ud fra naturvidenskabelig viden om behandling og sygeplejeprocedure, men også en humanistisk viden om medmenneskelige forhold (Idunn.dk, 2018). Dorte Steenberg mener der er sket et skift i hvordan man opfatter sygeplejen, hun beskriver at det ikke længere er patienterne man har først i

fokus, men derimod tal, grafer, krav og mål. Udskrivelser skal ske hurtigere, i stedet for at se patienterne som enkelt individer med særlige behov (DSR, 2015, s. 7-8). Arbejdsgangene på sygehusene har fået en karakter af at det sundhedsfaglige personale oplever at være ude af stand til at bevare kontrollen i deres arbejdsgange, baggrunden for dette mener Dorte Steenberg kan findes ved at de forandringer der sker i sygehusene, er med til at personalet skal udføre flere opgaver end førhen og med færre ressourcer til at udføre dem (DSR, 2015, s. 7-8). Dette bakker professor i medicin og teknologi Liselotte Højgaard op om. Hun beskriver i E-bogen *Hvordan får vi verdens bedste sundhedsvæsen* (2017), at det sundhedsfaglige personale bliver udfordret i deres arbejdsgange fordi de skal løbe hurtigere år for år, på grund af strammere økonomi. Dette kan nogle gange resultere i fyringsrunder, eller en øgede stigning af arbejdsbyrden (Højgaard, 2017 s. 13). Professor Ove Kaj Pedersen, mener at grunden til den øgede stigning af arbejdsbyrden kan skyldes en ny skabt administrativ social struktur. Denne struktur gør at sygehusene har fået flere opgaver at skulle varetage. Pedersen vurderer at konkurrencestaten bidrager til de strukturelle forandringer og den samfundsøkonomiske forestilling er blevet forandret, der er kommet nye teknologier som udpeger problemer og der er sket en effektivisering af den offentlige sektor (Pedersen, 2011, s. 275). Lektor i Socialt arbejde, Karen Healy ved University of Queensland i Australien, belyser at effektivisering også er et element i New Public Management, og at de ansatte skal kunne agere mere fleksible i deres arbejdsgange (Healy, 2016, s. 85-86). Dansk Sygeplejeråd påpeger at New Public Management efterhånden er blevet implementeret i den offentlige sektor. New Public Management kan have en del forskellige konsekvenser for arbejdsmiljøet og fagligheden (DSR, 2015, s. 8-9). Særligt kan New Public Management opfattes som et styringsværktøj hvor den fagprofessionelle ledelse mindskes og styres ud fra standardiserede økonomiske kriterier og teknologier (DSR, 2015, s.9).

Det sundhedsfaglige personale kan opleve en mangel på sammenhæng, stigende social ulighed og mindre kvalitet på baggrund af strukturelle forandringer i den offentlige sektor. De tiltagende forandringshastigheder har også konsekvenser for de ansatte. De oplever en mangel på kontrol over deres arbejde. Tillige opleves det også at de har problemer med at udfører deres arbejde fagligt forsvarligt. Det tyder på at det sundhedsfaglige personale kæmper med at opretholde deres faglighed (DSR, 2015, s. 9). Nogle af de standardiseringer der præger sundhedssektoren er blandt andet; kvalitetsovervågning, billigste mulige – og effektive behandlinger, rationaliseringsgevinster, mulighed for automatisk (it-understøttet) behandling mv. (Region Hovedstaden & Region

Sjælland, u.å). Standardiseringerne sætter det sundhedsfaglige personale i en svær position, som tit må overholdes på bekostning af deres faglige skøn (DSR, 2015, s. 9).

Netop dette er specialet optaget af at undersøge. Hvilken håndteringsmetode det sundhedsfaglige personale anvender når de bliver nødt til at prioritere i deres arbejde med patienterne. Specialet vil se på hvordan forandringer påvirker det sundhedsfaglige personales arbejde, og i sidste ende hvordan det påvirker deres leverings af offentlig service til patienterne, fordi de på grund af arbejdspresset kan udvikle forskellige metoder til, at håndtere arbejdspresset. Disse metoder er også med til at gøre det muligt for det sundhedsfaglige personale at overleve i krydspreset mellem de krav og mål organisationen har og patienternes mulighed for det bedste behandlingsforløb.

Empirien til undersøgelse af ovenstående, er udvundet af kvalitative interviews som er tilrettelagt operativt, da det er begrebsstyret. Med henblik på at kunne skabe et overblik over empirien, og lave en fokuseret undersøgelse. Analysen vil søge at kortlægge de strukturelle forandringer som kommer til udtryk ved en forandret dagsorden i sygehusvæsenet, forandringer både ved de krav og mål der pålægges organisationen, som infiltreres igennem det sundhedsfaglige personales arbejdsgange, og leder til en diskussion omkring nedprioriteringer af det faglige skøn hos personalet.

Problemformulering

Hvordan håndterer det sundhedsfaglige personale strukturelle forandringer i deres arbejdsgange, i forhold til det krydspres der kan opstå mellem organisationens mål og krav og det sundhedsfaglige personales faglige skøn?

Arbejdsspørgsmål

1. Hvordan ses den neoliberalistiske- og New public management diskurs, i forhold til at bidrage til de strukturelle forandringer som skaber et krydspres for det sundhedsfaglige personale?
2. Hvordan kommer de strukturelle forandringer til udtryk i sygehus-organisationer, og hvilke reaktioner kan det skabe for det sundhedsfaglige personale?
3. Hvilke copingstrategier findes hos det sundhedsfaglige personale og hvilke konsekvenser kan det skabe for patienterne?

Begrebsafklaring

Vi vil i følgende afsnit definere og afgrænse de bærende begreber vi benytter i specialet.

Begrebet New Public Management bliver set på som et styringsredskab gennem specialet, og bliver nævnt med forkortelsen; NPM.

Begrebet markarbejder, bliver benyttet som en fællesbetegnelse for de ansatte i sundhedsvæsenet, altså både sygeplejersker og socialrådgivere m.m. Derudover er det også en betegnelse som en af specialets hovedteorier benytter.

Der anvendes begrebet strukturelle forandringer, som henviser til omlægninger af arbejdsgange, afskedigelser, nedskæringer, lukninger, implementering af reformer, ændring i ledelseshierarki og decentralisering. Disse forandringer beskrives som dem, der er aktuelle i den danske sundhedssektor og som er dem som det sundhedsfaglige personale bliver påvirket af.

Når der gennem opgaven bliver benyttet begrebet organisation, dækker dette over organisationer som sygehuse og sundhedsvæsen. Organisationer skal forstås som arbejdspladser i den offentlige

sektor, da det er på arbejdspladsen at det sundhedsfaglige personale oplever de strukturelle forandringer.

Begrebet copingstrategi, dækker over den måde og de metoder som markarbejderne kan udvikle for at håndtere forskellige forandringer i deres arbejdsgange.

Kapitel 2. Videnskabsteoretisk- og metodisk tilgang.

I dette kapitel præsenteres, specialets videnskabsteoretiske position og metode. Kapitlet indledes med en redegørelse og en begrundelse af valget af den videnskabsteoretiske tilgang, som specialet tager afsæt i. Til dette speciale vil videnskabsteorien udgøre en forståelsesramme, inden for hvilken vi vil søge at opnå empirisk sandhed til besvarelse af vores problemformulering.

Dernæst redegøres for, hvordan videnskabsteoriens udgangspunkt har en afgørende betydning for valget af metode til indhentning og bearbejdning af data.

Videnskabsteoretisk position

Hermeneutikken

Hermeneutik betyder fortolkningskunst og var et begreb der oprindeligt blev benyttet til at fortolke juridiske og religiøse tekster.

Man ville gerne udvikle metoder, som kunne anvendes til at finde fælles og entydige fortolkninger af, hvordan en tekst skulle forstås. Metoderne bygger på en antagelse af at man, for at kunne forstå en tekst måtte forsøge at sætte sig i forfatterens sted. Altså fortolke hans subjektive mening med teksten (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 291).

I hermeneutikken er der mange personer der er vigtige og centrale for udviklingen, specielt Wilhelm Dithley, Max Weber, Hans-Georg Gadamer og Jürgen Habermas. Hermeneutikken danner et fælles grundlag for studiet af menneskelig fænomener som også omfatter de humanistiske og de samfundsvidenskabelig fag (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 291-292).

Filosofisk Hermeneutik

Specialet er udarbejdet ud fra en hermeneutisk tilgang. Hermeneutikken findes i fire forskellige former. Hvor der skelnes mellem en traditionel hermeneutik, en filosofisk hermeneutik, en metodisk hermeneutik og en kritisk hermeneutik. De fire forskellige former for hermeneutikken har forskellige forestillinger om, hvad tolkning er og hvad mennesker gør når de fortolker (Juul & Pedersen, 2012, s. 107).

Specialet tager udgangspunkt i den filosofiske hermeneutik, som er udviklet af Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer. Heidegger finder sin inspiration fra fænomenologien, men hvor man i fænomenologien taler om, at fortolkeren skal sætte parentes om egne fordomme og udelukkende

have fokus på det der umiddelbart viser sig, for at nå frem til de ”rene fænomener”, så taler Heidegger om et behov for at kunne opløse modsætningen mellem det erkendende subjekt og den verden der er objekt for erkendelsen (Juul & Pedersen, 2012, s. 121).

Den filosofiske hermeneutik handler om mulighedsbetingelserne for forståelse og fortolkning af verden. Man vil se på hvorfor mennesket er fortolkende og derfor er det centrale ikke hvordan man fortolker, men hvorfor man fortolker. Den filosofiske hermeneutik er af den overbevisning at hermeneutik er forståelse, udlægning og applikation;

Forståelse er at kunne forstå noget som noget,

Udlægning, vil sige at dette noget skal kunne tydes og fortolkes,

Og til sidst applikation som vil sige at det skal anvendes i praksis (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 292).

Forståelse, Fordomme & Forståelseshorisont

Gadamer beskriver forståelseshorisonten, som den forståelsesramme man danner på baggrund af ens forforståelse og fordomme om et specifikt fænomen. Gadamer mener at fordomme er en forudsætning for forståelsen og som skal ses som en produktiv forudsætning for vores forståelse og erkendelse af verden. Altså er forståelseshorisonten afgørende for, hvordan vi begår os og handler i verden (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 301).

Gadamer mener at fordomme er noget der ligger helt centralt i forhold til vores forståelse og udlægning af for eksempel en tekst (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 302). Ifølge Gadamer skal en forsker, vedkende sig sine fordomme og dermed bliver ens fordomme også testet ved at man bringer dem i spil med nye erfaringer. Ved at bringe sine fordomme i spil, finder man som forsker ud af om de fordomme man har er bevaringsværdige. Fordommene viser deres værd, når de bringes i spil i konkrete undersøgelser og dermed testes mod erfaringer fra den sociale virkelighed. I processen hvor fordommene bliver teste mod virkeligheden, skal fortolkeren være villig til at lade sig belære af nye erfaringer og åben overfor det der viser sig (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 302.303). Forståelseshorisonten er ens personlige tilgang til verden, og den er udgjort af private oplevelser, men selvom den er udgjort af private erfaringer, er den også kollektiv da den enkelte er en del af et sprogligt, kulturelt og historisk fællesskab.

Forståelseshorisonten er sammensat af private erfaringer, sprog, historiske og kulturelle kontekster, både i fortid, fremtid og nutid, og på den måde er forståelseshorisonten et meningsgivende system,

som betyder at vi som forstående og fortolkende mennesker altid møder verden med forståelseshorisonten, den giver os synet på verden, sætter rammen for vores blik og udfordre vores tilgange (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 303).

Inden vores dataindsamling, reflekterede vi over de fordomme, som ligger til grund for vores forståelse af specialets problemformulering.

Vi har valgt at fremhæve tre af disse fordomme som vi har forfulgt i arbejdet med dataindsamlingen.

Den første vi kunne erkende var, *når der sker strukturelle forandringer har det en påvirkning på det sundhedsfaglige personale*. Derefter kunne vi vedkende at *disse forandringer, der sker i det sundhedsfaglige personales, arbejdsgange, har konsekvenser for patienterne*.

En sidste fordom vi har kunne fremhæve er, *når arbejdet bliver utilfredsstillende for det sundhedsfaglige personale, kan det føre til en ulige fordeling af ressourcerne mellem patienterne*.

Vi går derfor ikke forudsætningsløst til nærværende i dataindsamlingen, men derimod tager vi udgangspunkt i det Gadamer betegner som en forståelseshorisont. I vores undersøgelserne bliver vores fordomme bragt i spil, dette er for at se om disse fordomme er bevaringsværdige eller om de må vige.

En filosofisk hermeneutisk analyse har opmærksomheden på forskerens rolle i processen.

Specifikt er opmærksomheden på alt hvad der gives mening, bliver givet mening af forskeren og forskerens fordomme og forståelseshorisont (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 304). Det handler om at være åben omkring det emne der samtales om. Udover at være åben skal forskeren gå ind i dialogen med en forventning om, at alt der bliver sagt er sandt og meningsfuldt.

Derudover er det vigtigt at dialogen er drevet af åbne spørgsmål, da forskeren ikke skal gennemtvinge sine fortolkninger og fordomme.

Filosofisk hermeneutisk analyse vil som regel bestå af et interview og/eller en fortolkning af historiske og nutidige dokumenter, disse nævnte faktorer for filosofisk hermeneutisk analyse, vil blive belyst, under afsnittet om metode (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 304-305).

Sandhedsbegrebet

Udover forståelseshorisonten, er vi i arbejdet med den filosofiske hermeneutiske tilgang, interesseret i Gadamer's sandhedsbegreb.

Gadamer beskriver sandhed som en hændelse, noget der sker og opstår i meningsdannelsen, altså i horisontsammensmeltning, når forskellige forståelseshorisonter smelter sammen. Når man møder verden har man en sandhedsforventning til den, sandhedsforventningen kræver både åbenhed og villighed til at det der bliver sagt eller det der er skrevet, er sandt i betydningen og det er meningsgivende (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 310).

I vores arbejde med dataindsamling gjorde vi os mange overvejelser om, hvordan vi kunne komme til at forstå deres virkelighed og deres sandhed, når vi som forskere til daglig arbejder i et andet felt end det sundhedsfaglige personale gør. På baggrund af det, havde vi også gennemgået en omfangsrig desk research, for at kunne forsøge at forstå deres verden, og for at få en form for forståelse af hvad det vil sige at arbejde indenfor sundhedsvæsenet og dermed også kunne stille mere relevante spørgsmål og på den måde kunne opnå at få et indblik i deres sandhed.

Den filosofiske hermeneutiske cirkel

Den hermeneutiske cirkel betegner den interaktion der er mellem del og helhed. Delene i cirklen kan kun forstås hvis man også bringer helheden i spil og dette gælder også omvendt, helheden kan kun forstås hvis man bringer delene i spil.

Med andre ord, det meningsskabende i den hermeneutisk cirkel er sammenhængen mellem delene og helheden, og det er derfor også relationen mellem de forskellige dele og helheden, som gør det muligt, at vi som mennesker kan fortolke og forstå (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 292).

Der opstår et vekselspil mellem erfaring og forforståelse, mellem del og helhed, og i den proces sker vekselvirkningen både fra fortolkeren mod genstanden, men også omvendt, genstanden mod fortolkeren. Denne proces, er i princippet en proces der aldrig stopper og er kendetegnet ved hverken at have iagttaget begyndelse eller slutning (Fuglsang & Olsen, 2014, s. 300).

I dette speciale er vi interesseret i at se hvordan de dele af sundhedsvæsenet, som vi undersøger, er med til at udgøre en sandhed om vores forståelse af helheden. Det er interessant at undersøge hvordan markarbejdernes arbejde bliver forandret når der for eksempel sker strukturelle forandringer i organisationen og hvordan disse forandringer er med til, at påvirke ens forståelse af hele sundhedsvæsenet.

I næste del af dette kapitel, vil vi redegøre for hvordan vores valg af en filosofisk hermeneutik, har en afgørende betydning for valget af metode til indhentning og bearbejdning af vores data.

Valget af metode

I det følgende afsnit vil der blive redegjort for valget af metode, hvordan vi har arbejdet med den indhentede empiri og tankerne bag brugen af specialets primære empiri.

Kvalitativ metode som undersøgelsestilgang

Vi har valgt at gøre brug af det kvalitative interview. Den kvalitative tilgang er et nærliggende metodisk valg for dette speciale, fordi, som Brinkmann peger på kan det kvalitative interview anvendes til at undersøge individuelle oplevelser, samfund og kultur. Vi anvender den kvalitative undersøgelsesmetode, da vi søger at finde ud af hvorledes markarbejderne håndterer udfordringerne med ændringer i deres arbejdsgange og/eller indgribende forandringer der kan have betydning for udførelsen af deres arbejde (Brinkmann, 2014,s. 69).

Brinkmann beskriver at det i de fleste tilfælde kan være relevant at udføre kvalitative interviews, når man vil undersøge hvordan mennesker oplever deres egen livsverden, og hvordan de tænker eller handler i en relation (Brinkmann, 2014,s. 72).

I et kvalitativt forskningsinterview søges der at producere viden i et socialt samspil mellem informant og interviewer.

Den interviewedes daglige livsverden, er kernen i det kvalitative forskningsinterview. Denne form for interview, giver ifølge Brinkmann og Kvale, muligheden for at få adgang til den interviewedes daglige livsverden, samt muligheden for at beskrive denne (Kvale & Brinkmann, 2009,s. 47).

Begrebet '*Livsverden*' skal forstås således; det er den verden som man møder i dagligdagen. Denne fremtræder i den middelbare og umiddelbare oplevelse uafhængigt af og forud for alle forklaringer.

Det er den interviewedes egen opfattelse af verden, som den ser ud for hende/ham (Kvale & Brinkmann, 2009,s. 47).

Vores forskning søger at indhente fordomsfrie beskrivelser, og derfor benytter vi os af begrebet '*Livsverden*' (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47).

Fænomenolog Mauric Merleau-Ponty beskriver hvordan han forstår begrebet '*Livsverden*':

''Alt hvad jeg ved om verden, også fra videnskaben, ved jeg ud fra mit eget synspunkt eller ud fra en oplevelse af verden, uden hvilken videnskabens symboler ikke ville have nogen mening. Hele videnskabens univers bygger på den levede verden, og hvis vi nøje vil gennemtænke selve

videnskaben, bedømme dens mening og rækkevidde, må vi først vække denne oplevelse af verden, som den er et sekundært udtryk for'' (Brinkmann, 2014, s. 41).

Formålet her er at forstå at de objektive videnskaber, som giver en andenhånds forståelse af verden, hvorimod den kvalitative forskning vil søge at se på førstehånds forståelser af verden, set igennem konkrete beskrivelser (Brinkmann, 2014, s. 41).

Dette er et spændende perspektiv fordi det er det markarbejdernes verden der er interessant at undersøge, da det er en førstehåndsviden, og specialet opnår informanternes perspektiver fra deres daglige verden. Specialets informanter kan hermed give et blik ind i deres virkelighed (Brinkmann, 2014, s. 41).

Semistruktureret interview

Der findes forskellige former for kvalitative forskningsinterviews og vi har i specialet benyttet os af semistrukturerede interviews.

Der skelnes oftest mellem strukturerede, semistrukturerede og ustrukturerede interviews (Brinkmann, 2014, s. 35).

Det strukturerede interview er oftest baseret på den samme forskningslogik som spørgeskemaer. Spørgsmålene til det strukturerede interview er funderede til at være standardiserede, og med det formål at det fører til et svar der giver mulighed for at kunne sammenlignes på tværs af deltagere og eventuelt kvantificeres.

Brinkmann beskriver, at selvom det strukturerede interview kan være fordelagtigt til bestemte formål, ynder den ikke at udnytte de dialogiske potentialer for den videns produktion, som den menneskelige samtale indeholder (Brinkmann, 2014, s. 37).

Derfor er denne struktur heller ikke valgt i dette speciale, da den viden der ønskes at opnå ikke skal være baseret på passive observationer af informanternes meninger og holdninger (Brinkmann, 2014, s. 37). Det ustrukturerede interview er den diametrale modsætning til det strukturerede. Denne interviewform anvendes typisk til livshistorieinterviews, der vil frembringe de nuancer der findes i et livsforløb. Brinkmann beskriver dog, at der ikke findes et fuldstændigt ustruktureret interview, da der altid vil være et indledende spørgsmål. Denne interviewform er fravalgt i specialet, da vi ønsker at undersøge specifikke påstande vedrørende markarbejdernes håndtering af strukturelle forandringer (Brinkmann, 2014, s. 35-37). Brinkmann belyser at det semistrukturerede interview

giver mulighed for at udnytte samtalens videns producerende potentialer, da det giver et større rum for opfølgning på de vinkler som informanten ser som værende de vigtige. Vi ønsker at skabe en interviewsituation, hvor der er mulighed for at frembringe kvalitativ viden. Vi anser derfor det semistrukturerede interview som den bedste form, da denne giver muligheden for interaktion. Kombinationen af forberedte spørgsmål, samtaleinterview og rum til uddybninger kan resultere i at informantens livsverden kan blive tydeliggjort (Brinkmann, 2014, s. 38-39).

Det semistrukturerede kvalitative forskningsinterview

Det semistrukturerede kvalitative forskningsinterview er den struktur for vores interviews der er valgt til specialet. Kvale og Brinkmann definerer det således:

“Det defineres som et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at meningsfortolke de beskrevne fænomener” (Brinkmann, 2014, s. 39)

Formålet med denne type interview er, at producere den empiri vi gerne vil undersøge, og som danner det empiriske grundlag for specialet. I vores undersøgelse handler det om at kunne belyse hvilke copingstrategier markarbejderne udvikler i forbindelse med strukturelle forandringer som kan påvirke deres arbejde.

Målet i interviewene er at indhente informanternes beskrivelser frem for teoretiseringer eller refleksioner. Samme er gældende for de interviews der foretages i forbindelse med dette speciale. Vi søgte også at finde ud af hvorledes vores informanter kunne beskrive deres oplevelse af hvordan de oplevede verden (Brinkmann, 2014, s. 39-40).

Brinkmann ser denne metode som værende den bedste for at producere viden og fremme informanternes egne beskrivelser af deres livsverden. Det kan tilvejebringe perspektiver fra deres arbejdsgange i sundhedsvæsenet og denne viden giver specialet anledning til, at fortolke de fænomener som informanterne udtrykker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 45).

Specialets informanter

Udvælgelse og rekruttering af informanter

I det følgende afsnit vil der blive redegjort og begrundet for valget af interviewpersoner. Disse vil fremover blive betegnet som informanter.

Adgang til videns feltet

Efter en omlægning af specialets problemformulering, måtte de interviews der tidligere var foretaget destrueres og nye måtte afholdes.

Grundet god kontakt til en ansat IT-konsulent i hospitalsregi, adspurgte vi vedkommende om kontakter til sundhedsfagligt personale, som kunne være interesseret i at blive interviewet. Vedkommende rådede os til at skrive direkte kontaktflade til de store hospitaler, med en beskrivelse af specialets indhold, samt formålet med interviewet. Selvom denne søgeflade var bred, var der samtidig muligheden for en større respons.

Samtidigt søgte vi i eget netværk, herunder det nære netværk i form af arbejde samt Facebook. Tidligere i processen har der været skabt kontakt til en sygeplejerske, som har været utroligt hjælpsom, og hun passede godt ind i forsknings målgruppen. Vi valgte at tage kontakt til hende igen, og adspurgte om både hun eller nogle af hendes kollegaer kunne være interesseret i at blive interviewet.

Udvælgelse af informanter

Gennem vores efterspørgsler hos de største hospitaler i København modtog vi en henvendelse fra en hospitals-socialrådgiver med mange års erfaring indenfor feltet. som hospitals socialrådgiver vil hun kunne se aspekter i lyset af det sociale arbejde, samt et indblik i patienternes synsvinkel. Den sygeplejerske, vi tidligere havde været i kontakt med, meldte tilbage at hun gerne ville interviewes over mail. Den sidste sygeplejerske fandt vi i eget netværk.

Da den nye problemformulering betød en stor ændring for specialet, og da vi i forvejen havde brugt en del tid på at finde disse nye informanter, accepterede vi alle tre informanter, så vi kunne påbegynde vores interviews.

Præsentation af specialets informanter

Grundet etiske overvejelser og aftale med de interviewede vil der ikke blive oplyst navn og arbejdsplads på de tre informanter. Der er fuldstændig anonymitet.

Informant 1: Uddannet sygeplejerske siden 2011, har været ansat på to hospitaler, hvor hun har været arbejdet på forskellige afdelinger. Nu er hun ansat i akutmodtagelsen hvor hun har været ansat i 5 år.

Informant 2: Uddannet sygeplejerske siden 2017, og hun har arbejdet på et bosted for unge med spiseforstyrrelser og hun er derefter blevet ansat på en specialiseret psykiatrisk afdeling, hvor hun har arbejdet i et år.

Informant 3: Uddannet socialrådgiver, og hun har været hospitals socialrådgiver igennem en længere årrække. Hun har været ansat på et herberg, i beskæftigelsessektoren og i hospitalsvæsenet. Ydermere underviser hun på sygeplejerskeuddannelsen.

Vi har vurderet at disse tre informanter, vil kunne bidrage med forskellige nuancer, oplevelser og virkeligheder til specialets problemstilling. Denne vurdering sker på baggrund af, at de arbejder indenfor tre forskellige områder, en informant på psykiatrisk afdeling, en på akutmodtagelsen og en som hospitals socialrådgiver og de bevæger sig indenfor mange forskellige afdelinger på hospitalet. Valget af de to sygeplejersker og en hospitals socialrådgiver, er for at kunne give et nuanceret billede af det arbejde der udføres i sundhedsvæsenet. Hospitals socialrådgiveren kan bidrage med noget andet end sygeplejerskerne, samtidig kan vi også få et indblik i det samarbejde, der er mellem sygeplejersker og socialrådgivere.

Interviewguide & interview

Forinden foretagelsen af interviewene udarbejdes der en interviewguide, for at kunne strukturere interviewene, samt forberede specialets informanter på forløbet.

I interviewguiden valgte vi at tage udgangspunkt i Lipsky teori om copingstrategier (2010). Dette gjorde vi for at skabe en forståelse af hvad interviewet omhandler, samt vores kodning, som vil blive beskrevet senere i afsnittet.

Interviewguiden blev opstillet efter henholdsvis forskningsspørgsmål og interviewspørgsmål.

<p>Copingstrategier (Lipsky) Creaming</p>	<p>Ud fra markarbejdernes skøn, omkring hvilke patienter der ville kunne klare sig bedst i forhold til organisationens mål:</p>	<p>Hvordan ser du dit forhold som sygeplejerske til patienterne, samt hvordan du går til dem?</p> <p>(Eksempelvis, bruger du mere tid på dem de har noget tilfælles med, er det nemmere for dig/dine kollegaer at tale med de patienter der har flere ressourcer m.m.)</p> <p>DSR har i 2018, lavet en undersøgelse omhandlende, at de patienter med færre ressourcer også får et dårligere behandlingsforløb, er det noget du kan genkende og hvis ja, hvordan?</p>
<p>Copingstrategier (Lipsky) Krydspres.</p>	<p>Regler og krav udstedet fra staten som dirigere sundhedsvæsenet, kan komme i konflikt med markarbejdernes ønske om at gøre det bedste for at hjælpe deres patienter:</p>	<p>Hvordan ser du det sundhedsfaglige personales omstillingsparathed, i forhold til ændringer i arbejdsgangene ?</p> <p>Hvordan mærker du et krydspres i dit arbejde ?</p> <p>Kan du beskrive hvordan tid har en effekt på din arbejdsdag?</p>

De to interviewguides var længere, men her var en uddrag til at skabe forståelse af den valgte metode, samt 'oversættelsen' af forskningsspørgsmål til interviewspørgsmål.

Eftersom den ene af vores informanter er uddannet socialrådgiver, tilpassede vi interviewguiden så den ville passe til hendes rolle og hvorledes hun oplever patientperspektivet, som samarbejdspartner andre sundhedsfaglige grupper.

Specialets interviewguide tager primært udgangspunkt i Lipskys fem copingstrategier, men berører også spørgsmål omkring mål og krav i informanternes organisationen. Grundet valget af opdelingen af 'forskningsspørgsmål' og 'interviewspørgsmål', er fordi forskningsspørgsmålene er interne, og

retter sig imod en konkret teori som man ikke kan forvente at den almene befolkning kender til. ydermere skal forskningsspørgsmålene søge en forklaring, hvor interviewspørgsmålene søger at lede efter konkrete beskrivelser. De spørgsmål der skal stilles til informanterne skal ligefrem og “livsnære verden”, samt være til at svare (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 40).

Det sidste interview der er blevet foretaget i forbindelse med specialet er foregået via mailkorrespondance. Denne informant fik tilsendt den samme interviewguide som den anden informant der også er uddannet sygeplejerske.

Overvejelserne vedrørende et mail interview gik på om interviewet kunne blive autentisk, og/eller om der kunne være risiko for at noget blev undladt. Tanggaard og Brinkmann (2015) påpeger dog at man per definition ikke kan antage at et mail-interview ikke har samme effekt som et “ansigt-til-ansigt” interview, men muligheden for flere svar kan godt gå lidt tabt (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 36). Et mail-interview kan dog fremme muligheden for at man kan udtrykke sig bedre. Hermed menes der at man kan udtrykke sig uden at føle man bliver fordømt eller er hæmmet i situationen (Brinkmann & Tanggaard, 2015, s. 36).

Ydermere var vi tidligere været i kontakt med denne informant, og afholdt interview med hende i forbindelse med den tidligere problemstilling. Vi var derfor helt trygge ved hendes validitet og ærlighed.

Transskribering

I denne fase sker specialets databearbejdning. Interviewene er gennemført, og der arbejdes nu mod en mere fokuseret analyse.

Kvale og Brinkmann anfører at transskription af interviewene fra mundtlig til skriftlig form er med til at strukturere samtaleinterview til en form som egner sig til en nærmere analyse, og i sig selv udgør den første analytiske proces (Kvale & Brinkmann, s. 202, 2009).

Under begge interviews fik vi tilladelse til at optage samtalerne på lydfil, for efterfølgende at transskribere interviewene (Brinkmann, s. 87, 2014).

Beskaffenheden af materialet har vi selv stået for.

Det tredje interview foregik over mail og derfor var dette interview allerede nedskrevet.

På trods af det tidskrævende arbejde der ligger i transskription valgte vi at transskribere begge samtale interviews og dette gjorde vi for at tilstræbe os en høj kvalitet af detaljerne, og disse er relevante for specialets analyse. Vi havde forinden aftalt hvorledes transskriberingen skulle forløbe, så vi begge havde de samme skriveprocesser, og kunne foretage sproglige sammenligninger af samtale interviewene. Kvale & Brinkmann beskriver at det er vigtigt at kunne sammenholde transskriberinger, så vi har forsøgt at opnå samme detaljegråd så vi bedst muligt kunne udvinde informanternes udtalelser (Kvale & Brinkmann, s. 202 - 203, 2009) .

Selve transskriptionen, skal som sagt ses som en del af analysen. Brinkmann peger på at transskription betyder at oversætte fra det talte ord til det nedskrevne ord, og vi havde besluttet os for at anvende '*rekonstruerede transskriptioner*'. Dette til grund for at der var latter og fyldord som; 'øh' og kunstpauser i interviewene, for at skabe en bedre orden i de udtalelser og ytringer vores informanter kommer med.

Meningen er ikke at over-polere transskriberingen, fordi vi søger at finde den oprindelige betydning af hvad vores informanter beskriver om deres oplevelser, og hvordan de ser deres livsverden (Brinkmann , s. 87, 2014).

Fordelen ved mail-interviewet er at det allerede er nedskrevet. Processen forløb ved at informanten fik tilsendt en detaljeret interviewguide med uddybende spørgsmål.

For vores informant har det dermed været muligt at reflektere over spørgsmålene, og hermed få flere detaljer med, og gøre sig tanker om de stillede spørgsmål.

Kvale & Brinkmann belyser at der kan også opstå ulemper ved mail-interviewet. Refleksionen kan medføre at informanten vælger at undlade noget på baggrund af at der ikke er en interaktion, og dermed kan det være svært at få en uddybelse og eventuelt bibringe stikord som informanten kan reagere på . informanten nedskriver noget i første omgang, og beslutter sig for at dette ikke skal deles. Herved kan man risikere at informanten beskriver noget andet, eller helt undlader det der var førstehånds-tanken (Kvale & Brinkmann, s. 169, 2009).

Kodning

Denne teknik er en forfinet metode til at kode det materiale der er udvundet gennem interviewene. Kodning omfatter at der tilknyttes et eller flere nøgleord til et tekstafsnit, for at senere kunne identificere en udtalelse.

Kvale og Brinkmann forklare at kodning kan enten foregå ved at være *begrebsstyret* eller *datastyret*. I dette speciale er kodningen '*begrebsstyret*'. Begrebsstyret kodning anvender koder, som er fundet på forhånd, og disse kan findes ved enten at se på udvalgte dele af materialet eller ved at undersøge allerede eksisterende litteratur. Grundet vores forskningsspørgsmål, var der allerede nogle begreber tilknyttet de enkelte interviewspørgsmål som kan understøtte os i til at danne et overblik fra starten. Dette gjorde processen med kodningen, og materialet nemmere at sondre mellem til anvendelse af analysedelen (Kvale & Brinkmann, s. 224, 2009).

I skemaet nedenunder præsenteres kodningen efter temaer og begreber:

Kodning efter temaer:		
Organisationsteori		17
Copingstrategier		53
Ulighed		19
Socialpolitik		14
Skønsvurderinger/faglighed		11
Kodning efter begreber:		
Forandringer i organisationer		11
Triage - borger differentiering		5
Creaming- borger med de bedste ressourcer		4
Krydspres		8
Afværgemekanismer - håndtering af krydspreset		6
Worker bias - få sympati for nogle patienter		12
Forhold til patienter		2
Neoliberalismen/NPM		9
Markarbejdernes profession:		6

Her ses de farvede celler som var første del af kodningen. De fem begreber skabte et overblik over de overordnede temaer i empirien. Herved sorterede vi i udtalelserne og skabte struktur i empirien (Kvale & Brinkmann, s. 225, 2009). Efterfølgende var det mere enkelt at forholde sig til underbegreber som vi trækker på fra teorigrundlaget for selve specialet. Vi trækker på disse fem teoretikere; Lipsky fem *Coping strategier*, Healy' redegørelse for den Neoliberalistiske diskurs og NPM-diskursen, Jespersens redegørelse af Markarbejdernes profession og Forhold til patienterne og redegørelsen af Jacobsen & Thorsvik teori om Forandringer af organisationer.

Til videre fortolkning af fortolkning og analyse af teksterne var det konstruktivt at inddele empirien på denne vis.

Kvale & Brinkmann beskriver at ved en teoretisk læsning af interview teksterne kan der blive inddraget nye kontekster for betragtning af interview temaerne, og herved kan vi få nye dimensioner af kendte fænomener frem. En teoretisk læsning kan også medføre at læseren kun får øje på de aspekter af fænomener, som der kan ses igennem den valgte teori. Og herved kan dette i nogle tilfælde forhindre at man opdager nye aspekter, fordi man fastlåser sig på bestemte begreber. Vi har forsøgt gennem kodningen, og flere grundige læsninger at undersøge materialet for detaljer der kunne være givende for specialets undersøgelsesgrundlag. Det skal man være opmærksom på, for det er 'nemt' kun at forholde sig helt udelukkende til sit teoretiske grundlag (Kvale Og Brinkmann, s. 264, 2009)

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhed

Reliabilitet

Kvale og Brinkmann forklare at dette begreb knytter sig til troværdigheden og konsistensen af forskningsresultaterne. Det henviser til om det er muligt for andre forskere at gentage disse resultater på andre tidspunkter ved brug af samme metode. Kvale & Brinkmann lægger vægt på at viden der er produceret ved et interview kan være objektivt, i dette tilfælde den kvalitative metode (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 362).

I dette speciale tages der udgangspunkt i '*refleksiv objektivitet*'. Det skal ifølge Kvale & Brinkmann forstås som at reflektere over bidraget som forsker til produktion af viden. Dette samspiller også med hermeneutikken som der anvendes som videnskabeligt grundlag. Med objektivitet i kvalitativ forskning menes der i denne forbindelse, at man søger efter objektivitet igennem subjektivitet – her som informanternes beskrivelser af deres oplevelser. Der bestræbes efter at forholde sig refleksivt til den indsamlede empiri, og hvordan vi vurderer den og fortolker den (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 268-269).

Igennem specialet forholder forsøger vi at holde os kritiske til hvorledes empirien inddrages, og bidrager til undersøgelsen og analysen.

Vi forholder os til ikke at tage alt der bliver sagt for den rene sandhed og vi har forsøgt at holde os kritiske. Kvale og Brinkmann belyser at dette er med til at højne reliabilitet og validiteten af specialet (Kvale og Brinkmann, 2009,s. 189).

Validitet

Kvale & Brinkmann beskriver at validere betyder at kontrollere, og at man som forsker skal forholde sig kritisk til sin empiri og analyse (Kvale & Brinkmann, 2009,s, 276).Valideringen afhænger af den håndværksmæssige kvalitet under hele undersøgelsen, samt en sammenhængende kontrol af nye spørgsmål og den teoretiske fortolkning af de resultater man er kommet frem til (Kvale & Brinkmann, 2009,s. 273).

Igennem vores forskningsundersøgelser har vi forsøgt at sikre os en gennemsigtighed og troværdighed. Derfor er alle vores interview transskriberet og kodet i kategorier.

Glaser og Strauss belyser at validering ikke indeholder nogen endegyldig verifikation eller protokol kontrol. Verifikationen er indbygget i hele processen med en konstant kontrol af de resultater der er produceret af troværdigheden og pålideligheden (Kvale & Brinkmann, 2009,s. 276).Dette har vi forsøgt at benyttet os af igennem specialet, og derigennem metoden, for at kunne validere vores forsknings empiri og argumentation for vores valg og teoretisk fortolkning. Vi anlægger os også et kritisk blik på empirien. Det er vigtigt at forholde sig til at disse interviews er oplevelser fra informanternes virkelighed, og kun danner et udtryk af deres virkeligheden. Det kan man udlede af den vedlagte transskribering der også ville give udefrakommende mulighed for at vurdere validiteten.

Generaliserbarhed

Det kvalitative forskningsinterview bygger på den hermeneutiske proces. Denne kan skabe nye indsigter og fortolkningsmuligheder løbende gennem analysen (Brinkmann, 2015,s. 23). Ifølge Kvale og Brinkmann findes der tre forskellige former for *generaliserbarhed*. *Naturalistisk*, *statisk* – og *analytisk generaliserbarhed*. Vi vil dog kun blive berøre to af formerne i dette speciale; *naturalistisk* og *analytisk generaliserbarhed*. *Statisk generaliserbarhed* omfatter interviewpersoner der er tilfældigt udvalgt af befolkningen. Dette er ikke tilfældet i specialet så derfor indgår dette

ikke. Den *naturalistiske generaliserbarhed* bygger på personlig erfaring. Hermed menes der at den udvikles som en funktion af erfaring. Kvale og Brinkmann beskriver at erfaringen tager sit udspring i tavs viden omkring hvordan tingene forholder sig, og derved fører til forventninger snarere end formelle forudsigelser som kan verbaliseres og dermed gå fra den tavse viden til eksplicit propositionel viden (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 288-289).

I specialet gøres der brug af udvalgte informanter inden for sundhedsvæsenet. I interviewet ledes der efter deres erfaringer inden for deres arbejder og de problematikker de møder i deres dagligdag og profession. Derfor igennem interviewet og en grundig transskribering af interviewet ses overgangen fra tavs viden til propositionel viden, der forsøges at analyseres og begrundes videnskabeligt. Det vil sige at vi forsøger at skabe en mere teoretisk viden, som kan anvendes til fortolkning i specialet (Kvale & Brinkmann, 2009, s.288-289).

Den *analytiske generaliserbarhed* beror på en velovervejede bedømmelse af i hvor høj en grad de resultater der findes i undersøgelserne kan være vejledende for hvad der ville kunne ske i en anden situation (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 289). I specialet forsøges der at give en læser baseret analytisk generalisering. Dette indebærer en detaljeret kontekstuel beskrivelse af interviewundersøgelserne der er foretaget, der bedømmer om resultaterne kan generaliseres til en anden og ny situation (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 290). Gennem vores undersøgelser af interviewene og transskriberingen, forsøges der detaljeret at redegøre for de udsagn specialets informanter giver udtryk for. Gennem en *forsker baseret analytisk generalisering* forsøges der at argumentere for generaliserbarhed af resultaterne, sammenholdt med et teoretisk grundlag (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 290).

Etiske retningslinjer

Kvale og Brinkmann beskriver her at der traditionelt diskuteres fire områder i etiske retningslinjer for forskere; informeret samtykke, fortrolighed, konsekvenser og forskerens rolle (Kvale & Brinkmann, s. 86, 2009).

Informeret samtykke

Informeret samtykke betyder at informanten informeres om selve undersøgelsens overordnede formål og hovedtrækkene i designet såvel som mulige risici og fordele ved at deltage i forskningsprojektet. Det indebærer desuden at man skal sikre sig at dem der er involveret deltager helt frivilligt og at man tydeliggøre overfor dem at de selvfølgelig kan trække sig fra undersøgelsen når som helst (Kvale & Brinkmann, s. 89, 2009).

Informanter der deltager i undersøgelsen skal informeres om forskningsprojektets formål og procedurer ved en briefing og en debriefing.

Dette bør indeholde information vedrørende fortrolighed, om hvem der vil få adgang til interviewet eller andet materiale. Det bør også vedrøre forskerens ret til at offentliggøre hele interviewet, eller dele af interviewet, samt informantens eventuelle adgang til transskriptionen og adgangen til analysen af de kvalitative data (Kvale & Brinkmann, s. 89-90, 2009).

Angående informeret samtykke er det vigtigt at gøre sig klart : *hvor meget der bør gives til informanterne og hvornår* '. Dette indebærer at fuld information om designet og om formålet af projektet, kan medføre at deltageren bliver vildledt.

Det handler om at holde de specifikke formål med undersøgelsen skjult for informanterne, dette for at få informanternes spontane opfattelser af emnet og dette for at sigte efter at undgå at man leder dem mod specifikke svar (Kvale & Brinkmann, s. 90, 2009).

Vi tilsendte alle tre informanter en kort projektbeskrivelse, samt problemformuleringen.

Dette gjorde vi for at bestræbe os på at sikre at de var en del af målgruppen som kunne relatere til emnet.

Vi tilsendte også en beskrivelse af anonymitet, varighed og at interviewet ville blive lydoptaget.

Samme blev gentaget i briefing forinden interviewene.

I vores debriefing tilbød vi også alle informanter at de kunne få tilsendt det færdige speciale hvis det skulle have interesse.

Herefter ville de alle tre have tilsendt interviewguiden så de kunne danne sig et overblik forinden interviewet.

Ved mail-interviewet havde vi ikke en fysisk samtale med informanten. Så muligheden for at give mere information eller tilbageholde noget under interviewet var der ikke.

Vi har forsøgt at holde en god balance i mængden af information. Formålet med at tilsende interviewguides er også at få vores informanter til at føle sig tilpas og vide hvad de gik ind til og derigennem opnå forståelse for præmissen for interviewet.

Kvale & Brinkmann belyser også at informeret samtykke indeholder en balance mellem total åbenhed og tilbageholdende information fra informanterne (Kvale & Brinkmann, s. 90, 2009).

Fortrolighed

Fortroligheden forinden forskningen indebærer at den private data der kan identificere informanterne ikke afsløres.

Kvale og Brinkmann belyser at i en kvalitativ interviewundersøgelse hvor deltagernes udsagn fra en privat interviewsituation kan indgå i offentlige rapporter, må man drage omsorg for at beskytte informanternes privatliv.

Fortrolighed som et etisk område af usikkerhed er relateret til det problem at anonymitet både kan beskytte informanterne, og det er således et etisk krav, men det kan også være med til at tjene som et alibi for forskeren, hermed ment at det giver forskerne mulighed for at fortolke på informanternes udsagn uden at blive modsagt (Kvale & Brinkmann, s. 91, 2009).

Allerede ved søgen af specialets informanter gjorde vi det klart at alle der ville blive interviewet ville blive anonymiseret.

Vi har beskyttet navne, alder og nutidig arbejdsplads. De tidligere arbejdspladser der bliver nævnt er med tilladelse fra informanterne.

Forinden påbegyndelsen af interviewene forklarede vi igen at informanterne ville være fuldt anonymiserede. Ydermere hvem der ville komme til at læse materialet.

Efter interviewene klargjorde vi igen at alle informanter ville have fuld anonymitet, og at lydoptagelserne efterfølgende ville blive slettet.

Ved mail-interviewet nedskrev vi hvad anonymiteten ville indeholde og hvem der ville kunne læse materialet.

Vi har været loyale overfor udtalelserne i vores transskribering og ikke ændret på nogle udsagn eller tilføjet noget. Alt er nedskrevet som det er fortalt i situationen, der står mere om dette i det ovenstående afsnit om transskribering.

Konsekvenser af den kvalitative metode

Som forsker bør man forholde sig til konsekvenserne af en kvalitativ undersøgelse. Dette både med hensyn til den mulige skader det kan påføre deltagerne, men også de fordele, de kan forvente at få ved at deltage i undersøgelsen. Kvale og Brinkmann beskriver her det etiske princip 'tilgodeseende' som betyder at risikoen for at skade en deltager bør være så lille som muligt.

Fordelen ved at deltage og betydningen af den opnåede viden bør være større end risikoen for at skade deltageren og herved gøre det etisk forsvarligt at gennemføre undersøgelsen.

Det kræver at man som forsker har et indgående kendskab til undersøgelsesfeltet, for at undgå mulige etiske krænkelser.

Kvale og Brinkmann beskriver at det særligt er i interviewsituationer der pludseligt tager en drejning over i følsomme spørgsmål der kan ende i etiske krænkelser. Og dette skal håndteres nøjsomt af håndteres nøje af forskeren (Kvale & Brinkmann, s 92, 2009).

Under vores samtale interview endte vi ikke i en situation som virkede krænkende for informanterne.

Vi havde forinden forsøgt at sætte os ind i emnet på bedste vis, så vi havde en fornemmelse af emnet og de udfordringer der kunne opstå for informanterne.

Ved at påpege flere gange at de var anonyme og at hvis der skulle komme et spørgsmål som de ikke ønskede at svare på, forsøgte vi at sikre os at informanterne følte sig trygge.

Da vi udformede interviewguiden var der nogle spørgsmål som vi var bekymrede for, var fordømmende. Så vi forsøgte at omformulere dem, og i stedet fokusere på at være åbne og skabe en trygge omstændigheder og som nævnt tidligere gjorde vi det klart at hvis de ikke ville svare var det helt i orden.

Forskerens rolle

Forskerens integritet og rolle er afgørende for kvaliteten af den videnskabelige viden og de etiske beslutninger der skal træffes i den kvalitative forskning.

Kvale & Brinkmann beskriver at moralsk ansvarlig forskningsadfærd er andet og mere end abstrakt etisk viden, samt kognitive valg. Dette er forbundet med forskerens moralske integritet. Integriteten vokser i forbindelse med interviews, fordi interviewer selv er det vigtigste redskab til at indhente viden (Kvale & Brinkmann, s. 93, 2009).

Der er etiske krav til forskeren og disse omfatter også en streng overholdelse af den *videnskabelige kvalitet* af den viden der fremlægges.

Dette indebærer at fremlægge resultater, der er så nøjagtige og repræsentative for forskningsområdet som muligt.

Man skal kontrollere og sikre validitet ved de rapporterede resultater så fuldstændigt som muligt.

Der skal tilstræbes gennemsigtighed med hensyn til de procedurer der danner grundlag for de dragne konklusioner.

Kvalitativ forskning er interaktiv forskning,; interviewene kan på baggrund af de nære interpersonelle samspil med informanterne være tilbøjelige til at lade sig påvirke. Som forsker kan man at identificere sig så meget med informanterne at der ikke opretholdes en professionel afstand, men i stedet rapportere og fortolke alt ud fra deres informanters perspektiver (Kvale & Brinkmann, s. 94, 2009).

Fremgangsmåden var at vi begge påtog opgaven som interviewer skiftevis.

Når man ikke besad interviewe rollen, var man observatør /sekretær, samt havde muligheden for at stille opfølgende spørgsmål. Og derved have mulighed for at opfange nogle nuancer og detaljer, fordi man observerer interviewet.

Det var vigtigt for os i rollen som forskere at vi fremstod respektfulde og forstående. Vi talte internt om ikke at være fordømmende, fordi vi ville have det bedste mulige resultat. Derfor havde vi undersøgt området grundigt så vi kunne interagere med informanterne indenfor deres videns felt. I vores interview med informant 3, som er uddannet socialrådgiver, som vi selv også er, var der nogle opfattelser fra det sociale arbejde som vi delte med informanten. Vi kunne også relatere til hendes arbejdsmetoder, samt holdninger til hvordan arbejdet bedst muligt løses. Men på trods af dette forsøgte vi at forholde os nøgternt til hendes udtalelser. Således at vi ikke fortolkede ud fra informantens perspektiv, men i stedet forholdt os til specialets undersøgelsesgrundlag.

Fremgangsmetoden ved mail-interviewet var god kontakt med informanten. Vi havde allerede forinden kontakt til hende, da vi inden omlægningen af specialet havde samtale-interviewet hende i forbindelse med den tidligere problemformulering.

Her havde det været en god oplevelse, så da hun kunne medvirke i et mail-interview havde hun allerede dannet sig et indtryk af hvem vi var og hvordan vi ville være i situationen. Og hun ville meget gerne være behjælpelig med endnu et interview. Dette bekræftede os i at, vi havde fremstået behagelige og respektfulde.

Analysestrategi

I dette afsnit, vil der blive redegjort for hvordan de kvalitative undersøgelser og valget af den videnskabelig tilgang til specialet, spiller en rolle i forhold til valget af analysestrategien. I udvælgelsen af analysestrategi er der ikke en specifik ”vej” som kan fører til analyseresultater, Kvale understreger at det er op til forskeren at udvikle en tematisk relevant analysestrategi. I kombination med den indsamlede empiri fra specialets informanter, og deres beskrivelser af deres virkelighed. Har disse udtalelser fra informanterne, til hensigt at skulle skabe en forståelse af informanternes oplevelser og erfaringer, og ud fra dette er det os som forskere der skal fortolke på det som informanterne beretter om. I den analytiske fortolkning er det informanternes beretninger og den udvalgte teori, som spiller en stor rolle.

Et vigtigt element i analysestrategien er bearbejdningen af det indsamlede datamateriale. Derfor er der blevet foretaget en meningskondensering af den indsamlede data.

Meningskondensering

Kvale og Brinkmann beskriver meningskondensering som et redskab der indebærer at de udsagn og meninger som informanterne giver udtryk for gives en kortere formulering. Hermed ment at lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hoved betydningen af det sagte omformuleres med færre ord (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 227). Den metodologisk hensigt med meningskondensering er at belyse hvorledes man arbejder systematisk og stadig beholder et ”almindeligt” sprog. Der søges også at se på hvordan den indsamlede data kan udfoldes stringent og med disciplin i dataanalysen, men uden at den data påtager sig et kvantitativt udtryk (Kvale & Brinkmann, 2009, s- 228).

Udarbejdelse af interviewene

Med udgangspunkt i Kvale & Brinkmanns meningskondensering, vil der nu blive fremlagt hvorledes meningskondensering er anvendt i dette speciale.

Kvale og Brinkmann beskriver at analysen indeholder fem trin:

1. Helhed
2. Meningsenheder
3. Tematisering af meningsenheder
4. Fastlægge hovedtemaer ud fra specialet specifikke formål
5. Hovedtemaer knyttet samme i deskriptivt udsagn

Første trin var at gennemlæse og transskribere interviewene. Dette anvendes for at skabe en helhed af empirien. Andet trin bestod i at fastlægge ”meningsenhederne”, dette i samspil med trin tre. Her fastlagde vi de mest dominerende temaer ud fra informanternes synsvinkel, men som vi fortolkede det. Helt lavpraktisk blev dette gjort ved at inddele de forskellige meningsenheder med forskellige farver i et Word dokument. Som efterfølgende kunne opdeles i forskellige temaer der skildrer de forskellige meningsenheder. I det fjerde trin begynder der at danne sig et overblik over hvordan interviewene er brudt ned i mindre dele. Der begyndte at danne sig centrale temaer, men hele tiden var der i processen øje for hvad specialet ønskede at undersøge. Denne proces er dynamisk fordi der hele tiden var øje for at linke meningsenhederne, til undertemaer og til sidst skabe centrale temaer, som skulle danne grundlag for besvarelsen af specialets formål.

Femte og sidste trin bestod i at de væsentlige temaer, blev sammenskrevet til en helhed. Da vi som belyst i afsnittet om kodning benyttede os af *begrebsstyret kodning*, var det mere klart hvordan vi skulle gå til temaerne (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 228). Den nedstående figur belyser et eksempel på specialets meningskondenserings-proces (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 228).

Meningsenheder	Undertema	Hovedtema
<i>”... Når patienterne skal prioriteres op på en afdeling er et meget begrænset antal enestuer, derfor må der prioriteres. Desværre er det ofte at alkoholikeren, der måske har været indlagt 5-6 gange den sidste måned med den samme problemstilling, der nedprioriteres”</i>	Creaming – markarbejderne beskæftiger sig med de patienter der vil kunne klare sig bedst ifølge krav og mål fra organisationen.	Coping-strategi

Formålet her er at nedbryde komplekse og omfattede interviews, dette er gjort ved at se på de naturlige meningsenheder, og så udlægge deres hovedtemaer. Hvor efter de temaer kan gøres til genstand for fortolkning og teoretisk analyse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 228).

Deduktiv tilgang

Der skulle tages stilling til hvordan specialets problemstillingen skulle undersøges. Som udgangspunkt havde vi valgt at tage afsæt i den induktive tilgang til fortolkning. Hvilket betyder, at vi først havde valgt empiri ud fra vores erfaringer, forforståelser og fordomme om problemfeltet, uden at have taget beslutning om vores valg af teori.

Efter vi er kommet længere i processen er vi dog blevet opmærksomme på, at vi benytter os af en mere deduktiv tilgang. Grunden til at vi benytter den deduktive tilgang er, fordi vi medtager begreber direkte fra vores valgte teorier, vores empiri og vores forforståelser, disse begreber bruger vi direkte til besvarelsen af analysen. Den deduktive metode har været baseret på hypotesetestende strategier, det vil sige at metoden primært har søgt at kunne bekræfte eller afkræfte ens antagelser som man har opstillet på baggrund af allerede eksisterende teori og empiri (Eskjær & Helles, 2015, s. 24-25).

Udførelsen af analysen

I analysen anvender vi forskellige teoretiske perspektiver, som er introduceret og vi trækker på den forskning, vi har indhentet gennem de kvalitative interviews. Gennem analysen benytter vi forskellige begreber fra de forskellige teorier. Vi anvender Karen Healy & Peter Krag Jespersen neoliberalistiske diskurs og styringsredskabet New public management, derudover bruger vi, Dag I. Jacobsen & Jan Thorsvik begreber om forandringer i organisationer, samt Lipsky begreb om coping strategier og Street-level bureaucracy. Disse begreber bliver suppleret med empiriske viden som kan anvendes til meningstolkning.

Analysen er opdelt i tre dele med forskellige afsnit under hver del. Igennem alle de tre dele af analysen, er der anvendt citater fra de indhentede kvalitative undersøgelser, disse undersøgelser er udelukkende den empiri der vil blive anvendt gennem analysen.

I analysen forsøges der at på at besvarer arbejdsspørgsmålene og dermed problemformuleringen. For at analysere på hvordan den neoliberalistiske diskurs og New public management, har indflydelse på de forandringer der kan opstå indenfor en organisation, har vi haft fokus på,

effektivisering, tidspres, kritik, nedskæringer, faglig skøn, arbejdsstyrken fleksibilitet, præstationsmålinger, økonomisk effektivitet, standardiseringer, organisering og arbejdsforhold

For at analysere på hvordan disse forandringer kommer til udtryk hos det sundhedsfaglige personale, har vi haft fokus på, *hvad en forandring indebærer, behovet for forandringer, reaktioner mod forandringer, modstand, konflikt og adfærdsprocesser.*

Endvidere analysere vi på hvordan disse forandringer er med til udviklingen af coping strategier for det sundhedsfaglige personale, det gør vi ved at se på begreberne, *Triage, creaming, krydspres, afværgemekanismer og worker bias.*

Kapitel 3. Teoretisk grundlag

I dette kapitel, vil vi se på valget og baggrunden for den udvalgte teori til specialet. Der vil i de kommende afsnit i kapitlet komme en redegørelse til hver af de valgte teorier, men inden det, skal vi kort se på hvordan vi har fundet frem til den litteratur vi har valgt.

Litteratursøgning

I dette afsnit, vil vi redegøre for hvordan vi har fundet den givne litteratur til specialet.

Vi foretog søgninger i to forskellige databaser, hvor vi her benyttede os af fritekstsøgning og emneordssøgning.

For at finde den relevant litteratur har vi søgt efter data på, Bibliotek.dk og Google Scholar, derudover over har vi også søgt efter undersøgelser på VIVE.dk, som er det nationale forsknings- og analysecenter for velfærd.

Endvidere har vi søgt viden om vores problemfelt gennem avisartikler på hjemmesider som omhandler emnet, hos for eksempel *Dansk sygeplejeråd* og *Sundhedsstyrelsen*.

Vi har valgt at begrænse vores søgninger på disse følgende emneord:

"Copingstrategier", "mestringsstrategier", "krydspres", "ulighed", "skævvridning", "patienter", "udsatte", "forandringer", "effektivisering", "strukturelle forandringer", "standardisering", "NPM", "neoliberalisme", "implementering", "organisation", "sundhedssektor", "sundhedsvæsen", "hospital", "sygehus".

Disse emneord er både anvendt i kombinationer og enkeltvis, når vi har foretaget søgninger i databaserne.

Biblioteksdatabase

Denne database valgte vi at benytte os af, da den afspejler, hvad der fysisk og elektronisk findes via et eller flere biblioteker. Da vi benyttede databasen havde vi forskellig søgekriterium, vi inkluderede bøger, aviser, tidsskrifter og artikler og derved ekskluderede vi lydbøger, film og e-materialer.

Vi søgte kun efter materiale på dansk, engelsk, norsk og svensk, da det er disse sprog vi behersker

Google Scholar

Denne database er rettet mod uddannelse og forskning. Den er dog ikke så overskuelig at bevæge sig indenfor, blandt andet fordi, forældet information blandes med ny og relevant information, derudover eksisterer der også ofte flere versioner af f.eks. samme artikel. På baggrund af dette valgte vi at benytte os af to forskellige databaser.

I nærværende del af kapitlet inddrages der med en redegørelse af vores valg af teori og dernæst en begrundelse af samme. Disse teorier der bliver redegjort for, er ligeledes dem der anvendes i specialets analyse.

Redegørelse af Moderne kritisk arbejde

For at kunne belyse den udvikling der er sket i sundhedssektoren vil vi i dette afsnit redegøre for *den neoliberalistiske diskurs og New Public Management (NPM) diskursen* ved at gøre brug af Karen Healys bog '*Socialt arbejde i teori og kontekst*' 2016.

Healy lægger vægt på at den neoliberalistiske diskurs og NPM, de seneste to årtier har præget organiseringen og leveringen af social – og sundhedssektorens serviceydelser. Disse to diskurser trækker på en del af de samme begreber, men de adskiller sig fordi de manifesterer sig i forskellige domæner (Healy, 2016, s. 85) Den neoliberalistiske diskurs fokuserer på de økonomiske aktiviteter, hvor NPMs fokus er på hvordan offentlige serviceydelser organiseres og leveres.

Fortalere for NPM inddrager tit neoliberalistiske begreber i deres forslag til reformering af offentlig service, herunder disse:

- Indføring af ideen om det frie marked i organiseringen af det sociale arbejdes serviceydelser
- Et fokus på økonomisk effektivitet, arbejdsstyrkens fleksibilitet og leveringen af serviceydelser
- Et fokus på at måle præstationer (Healy, 2016, s. 85- 86).

Vinderen af nobelprisen i økonomi, Milton Friedman, beskriver en anden vigtig diskurs, nemlig valgfrihed. Friedman er en central repræsentant bag neoliberalismen, og han udtaler følgende:

''Kernen i den liberale filosofi er troen på individets værdighed, dets frihed til at få mest muligt ud af dets evner og muligheder på baggrund af dets egne rettigheder, på den betingelse, at det ikke griber ind i og forstyrrer andre individers frihed til at gøre det samme'' (Healy, 2016, s. 88).

Healy (2016) beskriver at fortalere for *valgfrihed* ofte er modstandere af en stor del af leveringen af velfærd og social service, grundet det faktum at det pålægger andre mennesker en skattebyrde, hvilket dette hæmmer deres valgfrihed. *Den neoliberalistiske diskurs* forudsætter at individet er en egennyttig og rationel aktør i sit eget liv. Det må antages at individet handler på måder som afspejler og fremmer dets egennytte, og i denne forbindelse bidrager til ''alles bedste''. Den neoliberalistiske diskurs opfordrer kritik af alle former for intervention fra en tredjepart, forstået som former for intervention som modtageren ikke har bedt om og som modtageren ikke dækker omkostningerne for (Healy, 2016, s. 88-89).

Neoliberalistiske økonomer mener at der er et nationalt ansvar når det kommer til forsvaret, miljøbeskyttelse, bekæmpelse af terror og offentlige anlægsarbejder, da disse anses som offentlige goder. Men pudsigt nok anser neoliberalistiske økonomer ikke leveringen af sundhedsydelser og social service som offentlige goder, selvom disse forhold er afgørende for en effektiv økonomi og at arbejdskraften er sund og rask. Sundhedsydelser og social service anses som værende borgerens eget personlige ansvar (Healy, 2016, s. 90).

New Public Management diskursen har som tidligere nævnt store ligheder med den neoliberalistiske diskurs.

Fortalere for NPM inddrager særligt neoliberalistiske begreber vedrørende valoriseringen af markedet, og den minimale rolle som staten (ifølge denne ideologi) skal spille i leveringen af sundhedsydelser og social service.

Den neoliberalistiske ideologi har haft en indflydelse på den økonomiske politik, hvorimod NPM fokuserer på hvordan offentlige serviceydelser kan organiseres og leveres, hvilket har konsekvenser for sundheds- og socialområdet (Healy, 2016, s. 90).

Healy beskriver et andet tema i NPM-diskursen, nemlig fleksibiliteten i hvert eneste niveau af organiseringen af service, helt fra hvordan serviceydelser administreres og ledes på, til organiseringen af arbejdsstyrken. NPM udfordrer den traditionelle opdeling mellem ledelsen og leveringen af service. Dette fordi serviceydelserne konfigureres til forretningsenheder. Dette gør at der forventes at mellemledere og servicearbejdere i forreste linje skal påtage sig det ansvar at sikre den økonomiske effektivitet, og behandle eventuelle risici. Endnu et fokusområde for NPM er ledelsen af praksis processer og praksis-output. NPM deler det neoliberalistiske syn på individer, dvs. at de i bund og grund er egennyttige aktører, hvorfor det forventes at alle aktører i praksisprocessen, såsom politiske beslutningstagere, socialarbejdere, sundhedsfagligt personale og borgerne, handler af egen nytte snarere end for det fælles bedste (Healy, 2016, s.91).

Af denne grund prøver fortalene for NPM at afpolitisere denne praksis proces af praksis output. Dette gøres ved at henvise til begreber om evidensbaseret beslutningstagning samt ledelse af praksis-output. Herved kan serviceydelsernes værd måles ud fra kvantitative output, så disse output defineres af myndighederne i stedet for dem der er involveret i leveringen og modtagelsen af serviceydelserne – eksempelvis levering af mad til ældre (Healy, 2016,s. 91).

NPM & Neoliberalismens implikationer for socialt arbejde

Fortalene for både neoliberalisme og NPM går ind for en minimal statslig indblanding i leveringen af sundhedsydelserne og social service.

Fortalene for den neoliberalistiske diskurs er store modstandere af de fleste statslige velfærdsydelser, samt den sociale støtte til individer, dette er ud fra det grundlag at denne praksis pålægger hele samfundet en byrde, for at imødekomme forholdsvis få borgeres behov.

Grundlæggende opfattes mennesker der er afhængige af offentlig ydelser i den neoliberalistiske diskurs som ”uproduktive borgere” og en ”skattemæssig byrde” for samfundet/ staten. Som uproduktiv borger i denne diskurs har borgeren kun lidt, hvis over hoved nogle rettigheder, til at bede staten eller samfundet om støtte. Healy påpeger at i forholdsvis mange postindustrielle lande er denne diskurs blevet anvendt til at legitimere en stigende begrænsning af sociale ydelser til dårligt stillede borgere (Healy, 2016,s. 92).

Anvendelsesmuligheder & begrænsninger ved den neoliberalistiske- og NPM diskursen

Healy beskriver at der ikke findes mange forskere i socialt arbejde der støtter den neoliberalistiske diskurs eller NPM-diskursen. Langt de fleste mener at det er muligt at forene deres centrale værdier, såsom; antagelsen om at det frie marked øger serviceydelse og kvalitet med det sociale arbejde, især social retfærdighed (Healy, 2016,s. 94-95). På den anden side påpeger Healy også at eftersom den neoliberalistiske økonomi i større og større grad dominerer mange områder inden for leveringen af sundhedsydelser og social service, må de ansatte i disse felter forstå og lære at anvende diskursens grundlæggende begreber. Healy belyser at nogle studier påviser at den neoliberalistiske diskurs og NPM-diskursen har skabt et uventet handlerum for borgerne og har gjort det muligt for leverandørerne at handle mere selvstændigt. I NPM-diskursen kan der opstå en decentralisering af ledelsen af det sociale arbejde i forbindelse med en omorganisering af området. Dette kan eksempelvis være i forbindelse med at socialarbejderen får en bedre mulighed for autonomi og selvstændighed. Dog har NPM-reformer også medført at socialarbejderen må udvikle lederevner, såsom ekspertise inden for administrering af budgetter, og stå til ansvar for at leveringen af servicen er både økonomisk og juridisk forsvarligt (Healy, 2016,s. 95-96).

I takt med at det konkrete sociale arbejde kommer mere og mere til at ligne en ledelsesopgave, kan der opstå farer for at den oprindelige karakter af det sociale arbejde, som et arbejde der indeholder værdier som social retfærdighed og en ordineret søgen mod forandring trues.

Den neoliberalistiske diskurs og NPM-diskursen meget klare budskab er at midlerne ikke er ubegrænsede, og at beslutninger om at anvende ressourcer såsom penge, tid og personale på at realisere et mål begrænser mulighederne til at bruge de ressourcer til et andet formål (Healy, 2016,s. 97).

Problemstillinger ved den neoliberalistiske diskurs & NPM diskursen

Healy belyser at forskere indenfor det sociale arbejde, samt socialpolitik, i stor grad kritiserer den neoliberalistiske diskurs. Bekymringen hos forskerne går på at selv om den neoliberalistiske diskurs principper kan fungere i en traditionel kommerciel kontekst, er de meget upassende i sammenhæng med leveringen af social service. Den centrale bekymring er at disse diskurser kan underminere offentlighedens støtte til social- og sundhedssektoren. Denne holdning gør det muligt for regeringen og staten at mindske deres ansvar for at skabe et mere retfærdigt samfund. Udgifterne til den sociale

service præsenteres i den neoliberale diskurs og NPM som noget der afmagre økonomien, og ikke som et offentligt ansvar og en god investering for samfundet. En problemstilling som kritikere af de to diskurser også nævner er at kvaliteten af servicen, og særligt i hvor høj grad den er omfattende og tilgængelig, kan blive forringet som følge af en øget konkurrence inden for den sociale service og sundhedssektoren. Grundet denne konkurrence giver det serviceudbydere et incitament til at udbyde serviceydelser til de laveste mulige omkostninger til det offentlige regi som skal finansiere dem. Dette incitament giver lejlighed til at nedbarbere leveringen af service som indskrænkes af den årsag at borgerne ikke har meget ”købekraft” og med det ikke har meget at skulle sige i forbindelse med indgåelse af service kontrakterne (Healy, 2016, s. 98).

En anden metode hvorpå serviceudbydere kan opretholde deres konkurrencefordel på er at fokusere på de borgere der er mest modtagelige for hurtigere og påviselige resultater (Healy, 2016, s. 98):

”Uligheder, hvad angår de brugere, der udvælges til behandling, allerede forekommende fænomener inden for institutioner, der leverer social service, men profitmotivet udgør endnu et incitament til at undgå besværlige brugere” (Healy, 2016, s. 98).

Endnu en bekymring er at en øget konkurrence over længere tid kan medføre et mindre udbud af organisationer, der kan levere servicen. (Healy, 2016, s. 99). På kortere sigt kan privatiseringen føre til en stigning i antallet af ikke-statslige serviceudbydere, som kan ende med at erstatte statsstyrede aktører (Healy, 2016, s. 99). Individets valgfrihed er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med begrebet om selvbestemmelse. Inden for disse diskurser er evnen til at vælge styret eller begrænset af individets mulighed for at kunne betale. Det kan betyde at individet får overdraget hele ansvaret som kan være tilsløret at denne diskurs systemiske og strukturelle påvirkning af folkets frie valg, som kan stå i vejen for at mennesker kan leve et liv efter eget valg (Healy, 2016, s. 99).

Mellem profession & management

For at kunne se på hvordan sygehusorganisationen og medarbejderne agerer i udfordringer og bevæger sig i management diskursen, vil vi redegøre for brugen af Peter Kragh Jespersen bog, *Mellem profession og management*, 2005.

Denne bog bidrager til forståelse af hvordan management begrebet som styringsredskab påvirker de dagsordener der ligger i sygehus organisationerne. Jespersen (2005) træder ind i de underlæggende lag i sygehusorganisationerne og ser på hvordan markarbejderne påvirkes af strukturelle forandringer netop i sygehusvæsenet.

Organisationer udfordrer & udfordres

Jespersen beskriver at sygehus organisationerne som regel både store, komplekse og stærkt arbejdsdelte organisationer med mange forskellige ansatte, som er meget engagerede i deres arbejde. Markarbejderne er de professionelle og de er eksperter inden for deres felt og har deres egne meninger om hvordan arbejdet skal udføres og hvordan organisationen bør være. Markarbejderne er desuden bærere af sundhedsfaglige traditioner og rutiner, som giver sygehus organisationer styrke og stabilitet i en mere turbulent og ofte uforudsigelig hverdag. Jespersen giver udtryk for at det nye der er kommet til er at organisations- og ledelsesændringer i stigende omfang genereres uden for sygehusene og præges stadig mere af økonomiske, administrative og politiske dagsordener, der udfordrer den nuværende dagsorden (Jespersen, 2005, s. 17).

Det danske sygehusfelt mellem tradition & fornyelse

Jespersen peger på at danske sygehuse befinder sig i en kontekst, hvor tradition og fornyelse afviger fra hinanden. Dette sker i takt med en øget politisk opmærksomhed og NPM strategiernes dannelse som stiller krav til organisatorisk fornyelse og lægger et pres for implementering af en ny organisationsledelse og nye styringsformer på sygehusene. Der påpeges af Jespersen, at kontinuitet er fremtrædende, da der er traditioner knyttet til markarbejdernes normer, arbejdsvaner og konkrete rutiner.

Kombinationen mellem institutionel forandring og kontinuitet ses som værende karakteristisk for sygehusfeltet og dette betyder at sygehusenes organisering samt ledelse må forventes at afspejle modsatrettede tilbøjeligheder. En af fornyelserne i sygehusfeltet er repræsenteret ved NPM-inspirerede konkurrerende og effektivitet orienterede organisationsformer med generelle og stærke ledere i nøglepositioner. Jespersen mener at der må forventes at NPM-inspirerede reformer bryder

med traditioner og indarbejdede forestillinger på afdelinger og sygehuse. NPM-strategierne indeholder et sæt af forandringsfaktorer som i sig selv har forskellige og delvist modstridende tankesæt. Ifølge Jespersen forholder det sig således at mange af de nye organisations- og ledelseskoncepter er udviklet i konkrete sammenhænge langt væk fra sygehusverdenen og herved ikke udgør sammenhængende organisatoriske modeller, som hospitalerne kan tage udgangspunkt i for en implementering af nye organisationsformer. NPM-strategierne har fokus på at der skal være fremvækst i de danske sygehuse (Jespersen, 2005, s. 33- 35).

NPM, strategiernes indhold

Jespersen peger på at fortalere for NPM strategierne mener at anvendelsen skaber udsigt til øget produktivitet, bedre kvalitet, større serviceorientering, ansvarlighed og en bedre kontrol med de professionelle. Kritikerne af NPM mener dog at det endnu ikke er overbevisende dokumenteret at NPM-strategierne effektivitetsmæssigt er overlegne i forhold til mere klassiske styre- og organisationsformer i den offentlige forvaltning. NPM kritikerne argumenterer hertil at NPM kan underminere vigtige offentlige værdier og forvaltningens ansvarlighed i forhold til befolkningen. Jespersen belyser at NPM-strategien indeholder en styrkelse af markedet og markedslignede mekanismer, og her sigtes der mod at erstatte kendte politisk-administrative styringsformer (Jespersen, 2005, s. 78).

NPM & de professionelle

Ifølge Jespersen sigter NPM strategierne efter at kunne forbedre mulighederne for at kontrollere markarbejderne bedst muligt. Dette gøres ved at minimere den samfundsmæssige politiske autonomi og markarbejdernes rolle som dominerende samt legitime eksperter i sygehusorganisationen. NPM fremsætter en helt ny dagsorden der indeholder en hel samling af nye begreber, ny viden og nye løsninger, der på baggrund af omorganisering af offentlige organisationer fungerer. Diskurserne er med til indirekte at sætte en ny dagsorden, uden at det altid er helt muligt at identificere hvor og hvornår den givne diskurs er dominerende og antager institutionel karakter. NPM kan påvirke markarbejderne på forskellige måder gennem ændringer i de betingelser de har for deltagelse i politisk dannelse, ved introduktion af de nye begreber og ved forestillinger fra

virksomheds- og management-verdenen, samt ved konkrete reformer af organisering og ledelse, beskriver Jespersen (Jespersen, 2005, s. 80-83).

Et skift til NPM strategierne kan rykke på de helt grundlæggende værdier og tilføje nye aktører for at skabe radikale forandringer. Men NPM kan have utilsigtede virkninger, særligt på sundhedsområdet som er mindst gennemsigtige og vanskeligt at kontrollere. Særligt tendensen til øget administration og en mere bureaukratisk regulering kan være problematisk, især på sundhedsområdet. Det kan få den konsekvens at medarbejdernes tid bliver prioritet de forkerte steder, at deres tid kommer til at gå til resultats registreringer eller deltagelse i evalueringer i stedet for hos patienterne (Jespersen, 2005, s. 80-83).

Teori om forandringer i organisationer

For at kunne belyse hvorledes forandring spiller en rolle i forhold til copingstrategier, finder vi det relevant at se på hvad der sker i processen, når arbejdsgangene i en organisation bliver ændret. For at kunne belyse dette, har vi valgt at benytte Jacobsen og Thorsvik teori omkring forandringer af organisationer, fra bogen *Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse*, 2013.

Jacobsen og Thorsvik beskriver at man helt konkret kan se forandringer når organisationer finder eller udvikler nye måder at udføre allerede eksisterende arbejdsopgaver på. Dette kan for eksempel ses ved brugen af ny teknologi eller ny strategi, ligeledes kan det være at organisationen sætter nye mål og derfor er man nødsaget til at finde en ny metode hvorpå de kan opnå organisationens opsatte mål. Organisationer er i konstant udvikling og derfor er det også nødvendigt at se på hvordan organisationer håndterer kravet om forandring (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 344-345).

Strukturelle forandringer

Jacobsen og Thorsvik påpeger at en af de største grunde til forandringer i organisationer skal findes i forbedring og effektivisering af eksisterende produktion. Udvikling af informationsteknologi medfører ændringer af kravene til ydelsesproduktionen. Det essentielle ved en organisation og det der ifølge Jacobsen og Thorsvik, gør at en organisation kan overleve er en konstant søgen efter

bedre løsninger så tjenesteydelser kan produceres hurtigere, billigere og med bedre kvalitet (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 346).

Udfordringer ved forandringer

En stor udfordring, påpeger Jacobsen og Thorsvik er at en organisation skal balancere behovet for at kunne opretholde den daglige drift og behovet for at forny sig og tilpasse sig nye krav og mål. Organisationen skal kunne opretholde kvaliteten af den service der ydes samtidig med at der sker en forandring (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 347).

Hvad skaber forandringer

For at kunne få en dybere forståelse af hvad forandringer i organisationer, har af betydning og påvirkning, er det relevant at se på hvad der skaber en forandring i en organisation. Ifølge Jacobsen og Thorsvik er en forandring indtruffet når en organisation udviser forskellige træk på to forskellige tidspunkter. Dette er en meget bred definition, og vi vil nedenfor se på de mere specifikke faktorer der er i spil i forandringen.

1. Organisationer kan finde andre og nye måder hvorpå de kan udføre i forvejen eksisterende opgaver, dette kan for eksempel ske gennem anvendelsen af ny teknologi eller ved at ændring af strategi.
2. Der kan også ske en forandring i organisationens struktur, hvilket betyder ændringer i hvordan arbejdsopgaver bliver delt op og koordineret, det kan også ses ved ændring af den kontrol der ydes.
3. Forandring kan også ses i organisationens kultur, hvilket indebærer ændrede normer og værdier.
4. Organisationens demografi ændres gennem rekruttering af medarbejdere eller ved at andre siger op.
5. Afslutningsvis, kan der ske forandringer i adfærdsprocesser som produktion, kommunikation, læring og beslutninger (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 347).

Forskning af organisatoriske forandringer, påviser at forandringer kan variere langs andre dimensioner, sådan en dimension er forandringens omfang, det vil sige at de forandringer man ser

kan forandres på andre områder, forandringen er så stor som alt det den berører. Her kan man skelne mellem to, radikal og inkrementel forandring.

Radikal forandring er kendetegnet ved at organisationen bryder op med tidligere praksisser, dette kunne være ved at ansætte markarbejdere som eksempelvis har en anden viden end de nuværende. Inkrementel forandring er kendetegnet ved, at organisationen søger at forbedre og tilpasse det der eksisterer i forvejen (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 352).

Modstand og konflikt

Ovenstående er der redegjort for hvordan en forandring finder sted i en organisation og hvorfor. Vi vil i dette afsnit redegøre for hvad der sker med markarbejderne i organisationen når forandring indtræffer.

Oftest bliver forandringer mødt med modstand, hvilket især er noget man ser når nye forandringer følger af forhenværende forandringer. Den samlede effekt af gentagne forandringer i en organisation peger Jacobsen og Thorsvik på er, stress og frustration, hvilket kan medføre en svag opbakning til de forandringer der skal ske. Modstand mod forandringer ses hos Jacobsen & Thorsvik som en rationel reaktion, mennesker der oplever forandringer, som de ikke i forvejen er bevidste om, gennemgår nogle forskellige faser af reaktioner.

1. overraskelsen
2. benægtelse
3. depression
4. modstræbende accept
5. afprøvning
6. konsolidering
7. tilpasning

Disse syv reaktionsfaser, er ikke nødvendigvis noget alle vil opleve, men man vil muligvis kunne nikke genkende til en eller flere. I den sidste fase er det tilpasning der er nævnt, tilpasning betyder at man accepterer den forandring der er sket og man accepterer den som del af ens arbejdsgange. Men hvis denne fase af tilpasning ikke finder sted, kan der opstå konflikt, hvis man ikke kan komme overens med den forandring der er sket, vil det kunne medføre udvikling af andre metoder hvorpå de ansatte vil komme med egne løsninger til at arbejde udenom denne forandring, det kan medføre at man forsøger at håndtere forandringen uhensigtsmæssigt for eksempel vil det kunne

skabe konsekvenser for borgerne og til sidst vil det kunne føre til at man er nødt til at tage sin afsked (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 353).

Dog behøver denne modstand mod forandring ikke være dysfunktionel, oftest vil man opleve at den enkelte forsøger at forsvare noget som er kendt og trygt for dem og som ligeledes betragtes som noget der er korrekt og godt (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 353).

Der findes flere årsager til hvorfor denne modstand kan opstå, vi vil her have fokus på netop en af disse årsager, som er *krav om nye investeringer* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 355).

Med kravet om nye investeringer, ser man på, at forandringer i en organisation kan have den betydning at nogle vil blive pålagt et krav om at skulle tilegne sig ny viden og nye kompetencer. Hvis man har besiddet den samme stilling i en organisation over en længere periode, vil man have oparbejdet særlige kompetencer og en særlig viden indenfor det specifikke arbejdsområde, hvis arbejdsgangene i organisationen forandres, kan det betyde at man er nødsaget til at revurdere den viden og de kompetencer man besidder, hvilket kan være hårdt og svært for de fleste og derved kan modstanden opstå.

Afslutningsvis påpeger Jacobsen og Thorsvik, at man kan betragte forandring og organisation som modsætninger, med organisation ser man stabilitet og forudsigelighed, hvorimod forandring er noget der oftest ødelægger stabiliteten og forudsigeligheden, men selvom de ses som modsætninger, sker der konstant forandringer i organisationer (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 373).

Teori om Street-level bureaucracy

Michael Lipsky er en central teoretiker i specialet. Med henblik på hans oprindelige teori *Street Level Bureaucracy* (1980) angående afværgemekanismer, som ses som en universel adfærd for markarbejder, dette ses i markarbejdernes interaktion med borger når der skal udføres faglige skøn (Winter & Nielsen, 2008, s. 141).

Eftersom dette speciale ønsker, at undersøge hvorledes det sundhedsfaglige personale håndterer de udfordringer de møder i deres arbejdsgange, på grund af strukturelle forandringer, anses denne teori af Lipsky, som værende relevant at inddrage og analysere ud fra. Dette grundet synet på de forskellige metoder en markarbejde kan gøre brug af, i en situation med en borger (patient). Den er anvendelig inde for sundhedsvæsenet fordi Lipsky påpeger at denne adfærd er gældende for

markarbejdere både i og mellem forskellige offentlige myndigheder. Herunder sygeplejersker, læger osv. Lipsky søger ikke efter forskellen mellem markarbejderne, men lighederne (Winter & Nielsen, 2008, s. 141).

Lipsky beskriver Street-Level Bureaucracy således:

”Typical street-level bureaucrats are teachers, police officers and other law enforcement personnel, social workers, judges, public lawyers and other court officers, health workers and many other public employees who grant access to government programs and provide services within them. People who work in these jobs tends to have much in common because they experience analytical similar work conditions” (Lipsky, 2010, s. 3).

Street-Level Bureaucracy

Michael Lipsky beskriver i sin teori, Street Level Bureaucracy at man skal indskrænke markarbejderens muligheder for deres faglige skøn så meget som muligt, men på den anden side erkender Lipsky dog at det i de fleste situationer ikke findes muligt at skærpe de skønsmæssige vurderinger, grundet vigtigheden af at opretholde en høj professionel standard og faglighed. Samt det faktum at de organisatoriske former der yder at fremme disse kvaliteter, kan undgå at yderligere skulle standardisere arbejdsgangene (Lipsky, 2010, s. 196-204).

Markarbejderadfærd

Michael Lipsky påpeger hvorledes markarbejdernes arbejdsbetingelse og ny tilkommende problemstilling forekommer for målgruppen. Da det er markarbejderne der skal forvalte de politiske beslutninger til borgerne i den offentlige sektor. Som nævnt tidligere er det markarbejderne der repræsenterer systemet og der er markarbejderen der har ansvaret for formidling af regler, ressourcer og budgetter. I rollen som markarbejder er vedkommende underlagt strukturelle begrænsninger, såsom økonomi, forvaltningens prioriteringer og markarbejderens relation til den enkelte borger. Lipsky beskriver tillige hvorledes den enkelte markarbejde skal arbejde ud fra håndteringen af skønsmæssige arbejdsforhold, serviceydelser og arbejdsmetoder som indgår i samspil med hinanden i det sociale arbejdes praksis (Lipsky, 2010, s. 3).

Lipsky er optaget af hvilke mekanismer samt metoder der kan opstå når markarbejderne oplever et pres fra statens siden, herunder lovændringer, nye reformer eller nye tiltag. Dette pres skal håndteres i samspil med presset markarbejderne oplever fra borgerne. Udover dette krydspres mellem 'toppen' (staten) og 'bunden' (borgerne) så oplever markarbejderne også et pres mellem kravet angående bureaukrati på den ene side og på den anden side de professionelle standarder. Denne kombination af krydspres og krav mener Lipsky kan føre til at der i det handlerum hvor markarbejderne skal foretage deres faglige skøn, opstår en nødvendighed for markarbejderne i, at udvikle praksisser for at kunne håndtere presset og følelsen af utilstrækkelighed. Lipsky beskriver at markarbejderne sidder med de skønsmæssige vurderinger og graden af skønnet kan skifte meget imellem flere forskellige arenaer af arbejde, samt de forskellige typer af markarbejdere. Årsagen til at det ikke er muligt at undgå det faglige skøn hos markarbejderne, er det faktum at markarbejderne indgår i direkte interaktion med borgerne og skal foretage en vurdering af borgeren og den situation de befinder sig i. Som tidligere nævnt spiller staten en rolle i markarbejdernes arbejde, dette fordi en del af markarbejderne er bundet til at varetage regelbundne opgaver, og ved denne type opgaver er der ikke meget plads til at foretage skønsmæssige vurderinger, da lovgivningen opstiller rammerne for den givne opgave (Winter & Nielsen, 2008, s. 104).

Copingstrategier

Lipsky peger på hvorledes markarbejderne befinder sig i et krydspres, og må udvikle metoder og strategier til at håndtere dette pres. Disse vil nu blive gennemgået i følgende afsnit, de listede copingstrategier vil blive anvendt i analysen.

Triage

Denne copingstrategi anvendes ved borger differentiering. Lipsky beskriver følgende om Triage anvendelse:

''Client differentiation may take place because, confronted with heavy work loads and apparently impossible tasks, street-level bureaucrats seek ways to maximize personal or agency resources, or they attempt to succeed with clients when they cannot succeed with all'' (Lipsky, 2010, s. 107).

Triage er en metode hvorpå markarbejderne kan rationalisere ressourcer på. Triage anvendes til at kunne skabe retningslinjerne for hvorledes markarbejderne kan skabe en relation til at kunne skelne

imellem borgerne, samt deres forskellige behov for hjælp. Triage hjælper også til at forstå de tvetydigheder og den psykologiske stress markarbejderne kan opleve i deres arbejde. Triage som copingstrategi er anvendelige i situationer hvor der er mangel på ressourcer. Triage forlanger et betydeligt skøn hos markarbejderne, hvilket ikke kan forsimples til generelle officielle retningslinjer. Lipsky belyser dog at det faglige skøn ses som værende det primære problem ved Triage, dette fordi der er risiko for at der opstår en standardisering af arbejdsopgaverne. Dette kan opstå i forbindelse med at markarbejderne forsøger at håndtere deres store arbejdsbyrder (Lipsky, 2010, s. 106-107).

Creaming

Denne strategi udvikles når markarbejderne konfronteres med flere borgere end det er muligt at arbejde med. Så kan det ske at markarbejderne vælger at arbejde med den gruppe borgere der åbenlyst har de bedste muligheder for at få succes med organisationens mål, med andre ord kan man sige, at man "skummer fløden", i overensstemmelse med den givne organisations mål og retningslinjer.

Dette opstår på trods af de formelle krav omhandlende ligebehandling af alle borgere. Det er derfor oftest de mest ressourcestærke borgere som markarbejderne først tager sig af og yder service til. Derfor ender de svageste borgere med i en venteposition, og modtager ikke den service de har krav på. Derfor sker der en forskydning hos borgerne, fordi der opstår en differentiering, selvom alle borgere har ret til samme ydelser og behandling (Lipsky, 2010, s. 107-108).

Krydspres

Lipsky har her fokus på de udfordringer der kan opstå for markarbejderne, når de skal kunne agere i de ønsker og behov deres borger har og de retningslinjer markarbejderne har at arbejde ud fra, og de mål og krav de skal opfylde fra organisationens side. Markarbejderne arbejder under de politiske beslutninger der bliver taget indenfor deres arbejdsområde, disse beslutninger er med til at sætte rammerne og regulere arbejdet, samt begrænse borgerens muligheder. Ifølge Lipsky befinder markarbejderne sig i et område hvor hensynet er en modpol som de skal tage stilling til og tage sig af. Dette sker også når der kommer forandringer i deres organisation inden for det felt de arbejder i og som de også skal tilpasse sig efter. Derfor oplever markarbejderne et konstant krydspres mellem de organisatoriske krav de skal opfylde og overholde og deres borgere (Lipsky, 2010, s. 4).

Afværgemekanismer

Denne strategi udvikles når markarbejderne skal kunne håndtere det krydspres de befinder sig i. Lipsky peger på at når efterspørgslen efter markarbejdernes ydelser og hjælp overstiger udbuddet, kan der opstå en reaktion der fører til mangel på ressourcer og ender med at markarbejderne føler sig presset og derfor udvikler afværgemekanismer. Det forholder sig sådan at markarbejderne opfatter sig selv om en betydelig del af samfundet, og føler at det arbejde de udfører anses som værende uundværligt for samfundet, men at deres arbejde ikke værdsættes af ledelsen.

Markarbejderne kan derfor opleve at de føler sig i klemme mellem ledelsen og deres eget ønske om at opretholde sine egne faglige standarder. Dette pres forstærkes yderligere grundet markarbejdernes arbejdsopgaver nærmest altid indeholder en form for fagligt skøn, så derfor er det vanskeligt at måle på, og svært at optimere igennem standardiseringer (Lipsky, 2010, s. 82) . En metode til at lette presset i arbejdet for markarbejderne er at prøve at sætte efterspørgslen efter ydelserne ned, dette gøres ved at indskrænke udbuddet. Dette kan foregå ved at markarbejderne forsøger gennem en række forskellige foranstaltninger at demotivere borgeren til at søge efter ydelsen. Dette kan både gribes an fysisk og psykisk. Den fysiske metode kan eksempelvis bestå af lange køer, ventelister og ufleksible mødetider. Den psykiske måde kan bestå i at gøre det ubehageligt for borgeren i mødet med en markarbejder, dette kan ske ved at stille borgeren intime spørgsmål som skal besvares (Lipsky, 2010, s. 93-95). Derudover kan markarbejderen også forsøge at standardisere sine egne sager, samt lave rutiner ud fra en personlig bedømmelse, dette kan medfører en diskriminering og skævvridning af loven, hermed ment at den ikke bliver fuldt som anvist og kan ende med ikke at blive implementeret korrekt (Lipsky, 2010, s. 84-85).

WorkerBias

Her beskrives den differentiering som kan finde sted blandt borgere, når markarbejderne prioriterer nogle borgere over andre.

”... they all reflect the fact that workers find greater gratification in interacting with some clients than with others and have opportunities to act on these preferences” (Lipsky, 2010, s. 108).

Lipsky beskriver, at denne copingstrategi anvendes når markarbejderne udvikler sympati med en eller flere borgere, og på baggrund af denne sympati tildeler størstedelen af deres ressourcer til disse borgere. Lipsky belyser at denne sympati som kan opstå hos markarbejderne, sker ud fra personlige holdninger og værdier. Hvis markarbejderne udvikler denne form for copingstrategi, påpeger Lipsky, at markarbejderne kan lade deres moralske standarder og værdier have indflydelse

på de afgørelser og beslutninger der skal træffes. Han belyser derudover også at sympatien der udvikles for nogle borgere kan være med til at skabe ulighed hos de borgere der ikke får markarbejdernes sympati. Worker Bias og Creaming kan godt forveksles med hinanden, men forskellen består i at Creaming søger at møde organisationens krav, og Worker Bias opstå udelukkende ud fra markarbejderens egne holdninger og meninger (Lipsky, 2010, s. 108-111).

Lipskys teori Street Level Bureaucracy er optaget af de situationer hvor en markarbejder skal foretage en skønsæssig vurdering. Disse er er ikke mulige at kontrollere og der vil derfor altid kunne opstå flere forskellige problemstillinger i arbejdet med skønsæssige vurderinger (Winter & Nielsen, 2008, s. 11-12).

Baggrund for valg af teori

For at kunne besvare vores problemformulering, har vi valgt at benytte os af de tre ovenstående teorier. Vi vil nedenfor give en begrundelse for de valg vi har truffet, samt hvordan vi ser de forskellige teorier i sammenhæng, om specialets problemstilling.

Teorier i redegørelsen, danner baggrund for den problematik vi forsøger at belyse og giver et helhedsblik over problematikken.

Healy og Jespersens Teorier omkring den neoliberalistiske diskurs og NPM, skal være med til at give et overordnet blik af hvad det er der er inde og påvirke organisation og den service de skal kunne leverer. Jacobsen og Thorsvik teori, skal illustrere hvad der sker hos markarbejderne når der opstår forandring i organisationen, hvilke konsekvenser det kan have for den enkelte i form af modstand og konflikt til forandringerne. Dertil kommer teorien om coping strategier, som skal belyses hvad der kan opstå efter forandringen i organisationen er sket. Organisationerne bliver påvirket af den neoliberalistiske diskurs og NPM, som skaber forandringer for markarbejderne, der søger at håndtere disse forandringer ved udviklingen af coping strategier.

Kapitel 4. Analyse del 1

Dette kapitel søger at undersøge specialets arbejdsspørgsmål : *Hvordan ses den neoliberalistiske- og New public management diskurs, i forhold til at bidrage til de strukturelle forandringer som skaber et krydspres for det sundhedsfaglige personale?* I den forbindelse er det relevant at se på hvorledes forskellige samfundsstrukturer påvirker sundhedsvæsenet.

Organisationerne udfordres

Der er tidligere blevet redegjort for hvorledes den neoliberalistiske diskurs og NPM-diskursen har en stor indflydelse på statslige forhold.

Det er interessant at forstå hvorledes disse diskurser påvirker opfattelsen af hvordan man leverer service i sundhedssektoren, og hvordan markarbejderen opfatter sin faglighed, rolle og de retningslinjer som systemet udstikker.

Det bliver i denne sammenhæng relevant at se nærmere på hvorledes specialets informanter oplevede de forskellige effektiviseringstiltag i deres arbejdsgang. Vi vurderer at dette er vigtigt for at forstå en af rødderne til hvordan copingstrategier opstår for det sundhedsfaglige personale. Der er naturligvis flere omstændigheder som er med til at påvirke arbejdsgange hos det sundhedsfaglige personale, men efter interview forskningen med specialets informanter ses der en tydelig utilstrækkelighed når det kommer til opfyldte kravene om effektivisering, set i forhold til hvad der reelt kan opnås af markarbejderne.

Hvilken betydning har diskurserne for organisationerne

I første afsnit af denne del af analysen vil vi se på hvad diskurserne gør ved organisationerne. Dette vil forsøges sammenholdt med informanternes oplevelser af deres arbejde.

Interviewene tyder på at der med diskurserne bliver skabt problemer for sundhedsvæsenet og hermed markarbejderne selvom tankegangen jo er at effektivisere systemet.

Fælles for alle specialets informanter er det at det udtrykkes at kravene i sundhedsvæsenet er svære at opretholde.

Informanterne peger blandt andet på at den traditionelle sygepleje, hvor ord som omsorg og pleje er centrale værdier, udfordres af fornyelsen i sygehusorganisationerne.

''Men det gør jo at patienter italesætter at vi ikke har tid, fordi vi er for få, jeg har oplevet at løbe rundt i en aftenvagte og der er flere patienter der har kigget på en og sagt, I har godt nok travlt, hvilket også gør at man er meget undskyldende overfor dem. Og der er jo også patienter som har mere behov for støtte en andre og problemet er at de patienter der ikke har det store behov, de bliver overset - og det gør de, og det er noget jeg har valgt at italesætte overfor patienten f.eks. sige til dem, jeg ved godt at jeg ikke har fået set til dig i aften og jeg er også blevet nødt til at begrænse min tid med dem, og decideret sige f.eks. jeg har et kvarter og så skal jeg videre'' (Informant 2, 2019).

Der dannes sig ud fra informanternes beretninger et mønster over at sygehusvæsenets organisationer har undergået ændringer der påvirker leveringen af serviceydelser. Det faglige skøn bliver prioriteret mindre og et mere resultatorienteret fokus præger arbejdet ifølge informanterne (Interview, 2019).

Det kan tyde på at de nye institutionelle organisations reformer påvirker markarbejderne, og de tit er alene om at være bærende af særlige professionelle normer og traditioner i det organisatoriske felt (Jespersen, 2005, s. 34).

Markarbejderne er altså vigtige for at organisationen skal kunne opretholde en ensartethed, særligt når der forekommer nye reformer eller diskurs påvirkninger såsom NPM, og den neoliberalistiske diskurs.

Men der hentydes samtidig hos specialalets informanter til at de ikke føler sig opfattet som vigtige.

Men hvordan forholder det sig? Som tidligere beskrevet trækker NPM på den neoliberalistiske diskurs og dens begreber såsom: et stærkt fokus på økonomisk effektivitet, arbejdsstyrkens fleksibilitet, og det at kunne måle præstationer og leveringen af serviceydelser (Healy, 2016, s. 85-86).

Man kan argumentere for at det netop er her organisationerne er blevet påvirket af de nye strukturer fra NPM og den neoliberalistiske diskurs.

Dette fordi organisationen har gennemgået en del omlægninger som informanterne beskriver det.

Det tyder på at den neoliberalistiske økonomiske diskurs dominerer her, særligt når der er tale om omkostningseffektivisering. Økonomisk effektivisering er et begreb som informanterne mærker i deres dagligdag.

Det kan tyde på at effektivisering i organisationen særligt omhandler at minimere kommunikationen mellem det sundhedsfaglige personale så meget som muligt. Tempoet for behandlingen skal herved angiveligt kunne gå hurtigere, så patienten kan blive udskrevet så snart det er muligt.

Specialelets informant 1 udtaler følgende:

''Siden indførelsen af sundhedsplatformen[1] har dette faglige skøn klart været udfordret, da man klikker patienters symptomer af i bokse og der ikke er et tydeligt sted hvor man kan tilføje en synlig note (som man ved en læge eller en anden kollega opdager) dertil ligger der meget ansvar på den mundtlige overlevering, og det er desværre også det der bunder i langt de største fejl (utilsigtede hændelser)'' (Informant 1, 2019).

Effektiviseringen ligger her i at man skal kunne fastlægge patienternes symptomer indenfor en bestemt opstillet kategori således at det vil blive nemmere at behandle disse når de skal på en anden afdeling. Umiddelbart synes dette er være en hensigtsmæssig metode, så patientens behandlingsforløb bliver klargjort forholdsvis hurtigt. Men noget der tyder på at det kan være besværligt, for det er vanskeligt at holde sig inden for de opstillede bokse, da der, som informanten beskriver det, ikke er mulighed for at uddybe symptomerne. Og derfor kan det alligevel være nødvendigt med en mundtlig samtale om patienten, som måske kan ende i fejl. Som belyst tidligere bærer markarbejderne alene de professionelle normer og traditioner i deres organisation (hvilket informant 1 påpeger): at få overgivet en uddybende overlap til deres kollegaer, hvilket måske ikke altid kommer til at ske.

Ud fra informant 1 tyder det på at organisationen har ændret sig:

''Nedskæringer og effektiviseringer kan nemt mærkes i min hverdag. Jeg (vi) er i gennemsnit ansvarlig for 6-8 patienter ad gangen, nogle gange flere. Der kan være dage hvor disse patienter selv kan gå på wc, selv kan spise osv. Men der kan også være dage hvor patienterne alle er meget plejkrævende, er svært syge og har mange pårørende der er bekymrede og har brug for nogle svar og noget info (...)Der skal hele tiden prioriteres og vælges. Så ja, nogle dage vil nogle patienter bliver overset og underinformeret '' (Informant 1, 2019).

Citatet er endnu et eksempel på hvordan effektiviseringen kan have påvirket organisationen. Det kan tyde på at det øgede fokus på effektivisering hæmmer sygehusets opgave, nemlig at være tilgængelig og hjælpe patienterne. Selvfølgelig er dette citat et udpluk fra informant 1's personlige oplevelse, men det kan måske være med til at skabe en forståelse af hvad der sker i praksis.

Her hos informant 1 forsøges der altså at skabe større fleksibilitet hos markarbejderne ved at give dem ansvaret for otte patienter og nogle gange flere.

At arbejdsstyrken har en høj fleksibilitet, og at denne ønskes af ledelsen, er ikke i sig selv en skadelig egenskab. At der forventes at fleksibiliteten indgår i alle dele af organisationen/sygehuset, helt fra hvordan serviceydelserne ledes og administreres, til hvordan arbejdsstyrken organiseres, er heller ikke i sig selv en skadende tankegang (Healy, 2016, s. 91).

Men det er ikke nødvendigvis det der er muligt i praksis. Det tyder på at det er vanskeligt at være fleksibel da - som specialets informant beretter - ikke er muligt at give alle patienterne lige meget tid. Man kan argumentere for at organisationen øger kravet for hvad en markarbejder skal kunne håndtere inden for deres organisation, eller hvor omstillingsparat der forventes at markarbejderen er.

Informant 3 udtaler følgende:

''... altså da jeg for 32 år siden startede i hospitalsregi havde jeg to sengeafsnit, og i dag har jeg 27'' (Informant 3, 2019).

Informant 3 giver noget der kan ses som et kort historisk indblik i hvordan forventningerne til hvad markarbejderne skal kunne præstere, eller hvor fleksible de skal være. Der kan naturligvis også være tale om en opmærksomhed på nye diagnoser eller tabubelagte sygdomme som folk nu bliver behandlet for, men tager man udgangspunkt i udviklingen i retningen af en mere neoliberalistisk /NPM tankegang kan denne udtalelse ses som et udtryk for den modsatrettede bevægelse mellem organisationens kontinuerlighed og påvirkningen af NPM. Informant 3 beretter yderligere at man skal gøre sig uundværlig i sin organisation. Hun beskriver at en af metoder til hvordan hun holder sig uundværlig er at tage de meget spidsbelastede sager.

Der danner sig et mønster af hvilke krav der er stillet til markarbejderne. De skal kunne opfylde organisationens stigende krav til at kunne håndtere flere arbejdsopgaver som ifølge informant 3 skal gøre én uundværlig.

Der kan peges på at den økonomiske effektivitet spiller en rolle her. Det kan tyde på at besparelser/ nedskæringer rammer markarbejderne, og måske er med til at skabe en intern konkurrence blandt markarbejderne da disse hele tiden skal kunne optimere deres arbejde og fleksibilitet. Man kan måske forstå dette som en bevægelse der påvirker markarbejderne i en negativ retning, i håndteringen af de krav der omgiver dem.

Endnu et krav der tidligere er blevet belyst, er målingen af præstationer. Det interessante ved dette er at der herigennem forsøges at se på hvordan organisationen præsterer, hvilket umiddelbart er en sund indstilling – særligt i en forretningsmæssige sammenhæng hvor der skal udvindes profit. Men det synes at være en vanskelig opgave at arbejde under forhold hvor der er en skævvridning i prioriteterne, dette har informant 1 oplevet:

''Som udgangspunkt er der ikke tid til at bruge ekstra tid på enkelte patienter. Der er tit meget fokus på ventetid i en skadestue, det er også det der laves undersøgelser om hos patienterne, og de store patienttilfredshedsundersøgelser, Styrelsen for Patientsikkerhed, laver handler blandt andet om ventetid og information om ventetid, (disse data er offentlig tilgængelige) og der ligger Hvidovre Akutmodtagelse lavt i tilfredshed.

Derfor er der meget fokus på dette fra vores ledelse, og når ventetiden SKAL holdes nede, er der ikke så meget tid til hver enkelt patient. Så det at bruge ekstra tid på en enkelt patient (der ikke er akut døende) er som udgangspunkt ikke noget der kan tilgodeses.

Det tror jeg at alle sygeplejersker i dag kan nikke genkende til'' (informant 1, 2019).

Det informant 1 beskriver her, stemmer ret godt overens med hvad en konsekvens kan være af målinger af præstationer i en NPM-inspireret organisation.

Jespersen påpeger at markarbejdernes tidsforbrug på resultat registreringer eller deltagelse i evalueringer er steget på bekostning af tiden til deres patienters pasning og pleje (Jespersen, 2005, s. 83).

Ovenstående citat underbygger også Jespersens observation. Selvfølgelig er det specialets informant der tænker at de fleste sygeplejersker oplever det samme, men man kan alligevel med reference til Jespersen overveje, om det bliver på bekostning af patienterne, at resultaterne forsøges at blive opnået. Da der paradoksalt nok i eksemplet er tale om en måling af patienttilfredshed, tegner der sig måske en ond cirkel, fordi organisationen derved kommer til at modarbejde dens egne mål for hvad

de gerne vil opnå. De gode resultater skal jo anvendes til både at vise man kan man fremvise en rationel økonomi, men også at man kan være konkurrencedygtig.

Organisationerne udfordres på hvordan serviceydelserne bliver leveret. Det tyder på at organisationerne er underlagt et økonomisk pres der kræver høj effektivitet og gode resultater.

Markarbejdernes profession

Indenfor organisationerne er markarbejderne en hel central del fordi det er markarbejderne der udfører det stykke arbejde som er kerneydelserne: behandling og pleje (Jespersen, 2005, s. 64). Det sundhedsfaglige personale anses som en afgørende del af leveringen af serviceydelserne. Det er også dem der skal udføre reformerne/arbejdet/lovgivningen i praksis, og opnår de ønskede resultater.

Fortalere for NPM-diskursen har argumenteret for deres anvendelse med udsigt til en øget produktivitet, bedre kvalitet og større serviceorientering, ansvarlighed og bedre kontrol med de professionelle (Jespersen, 2005, s. 78).

De krav der fremstilles af NPM-strategierne, er ikke nødvendigvis dårlige, disse anses umiddelbart som værende gode mål at ville opretholde eller arbejde imod. En metode for at kunne bidrage til disse krav er 'standardisering', hvilket er en måde hvorpå man kan opretholde en øget produktivitet og dermed holde øje med markarbejderne da de skal arbejde inden for samme retningslinjer. Men noget tyder på (ifølge informant 3) at det kan afstedkomme problemer:

''...man på et hospital er tvunget til at skønne det er fordi der er ikke to mennesker der er ens, det har jeg aldrig mødt. To som har ens livsvilkår, det vil sige også når lægerne skal behandle og også sygeplejerskerne, de kan ikke bare sige når det er en ny hofte eller det er en blodprop i hjertet, så er man nødt til at sige hvem er det her? Okay hvor meget medicin får hun til daglig og har hun noget misbrug og har hun familie, så på den måde synes jeg ikke at skønnet er forsvundet helt, men der er et pres ud over alle grænser, fordi vi har jo vores standarder i forhold til hvad vi skal oplyse hinanden om i journalerne (...) det er bare blevet presset fordi man prøver at standardisere, det kan ikke lade sig gøre fordi der er ikke to mennesker der er ens'' (Informant 3, 2019).

Det der gives udtryk for her, er at der sker en modsatrettet bevægelse. Det ses ud fra citatet at det er svært at forene standardiseringer med det faglige skøn som følger med i arbejdet med behandling af patienterne. Og som informant 3 beskriver, så er man tvunget til at foretage et skøn på et hospital, men man skal på samme tid også forholde sig til de standarder der er pålagt markarbejderne. Det peger i retning af at markarbejderne skal kunne finde en metode for at kunne håndtere denne modsatrettede bevægelse.

Fortalerne for NPM mener at de professionelle/markarbejderne – og deres (individuelle) skøn - mere er en del af problemet frem for en del af løsningen på den offentlige sektors modernisering. Der sigtes nemlig med NPM-reformer imod at begrænse markarbejdernes organisatoriske og arbejdsmæssige autonomi. Professionerne er selvfølgelig fortsat repræsenteret på en række områder i sundhedsvæsenet, men til NPM-strategien hører dette at centrale policy dannede organer bevidst søges friholdt fra de professionelles/markarbejdernes indflydelse (Jespersen, 2005, s. 78-82).

Man kan her måske argumentere for, at selvom det er belyst ved Jespersen (2005) tidligere, at markarbejderne er en central del af sygehusvæsenet og faktisk er dem der udfører det arbejde som udgør kerneydelserne i organisationen, så vægtes deres indflydelse ikke ret højt.

NPM lægger vægt på en modernisering af den offentlige sektor. I interviewet med specialets informant 3 adspurgte vi denne om man kunne komme til at gå på kompromis med ens faglighed grundet organisationens krav. Hun beretter følgende eksempel fra egen hverdag:

”... jeg oplever tit med nogle især ældre sygeplejersker der siger ej skal vi ikke lade ham blive til på fredag ikk, men man kan sige det er en gammeldags tankegang, og det er jo også fordi det koster rigtig mange penge sådan et afsnit på neuro det er noget med en 5000-6000 kr. i døgnet fordi der både er respirator til rådighed og alle mulige ting du kan få brug for, det er meget meget dyrt”
(Informant 3, 2009).

Dette kan måske være et eksempel på hvorfor NPM-fortalerne ikke er så interesserede i at markarbejderne får indflydelse, for dette eksempel tyder på at resultatet af markarbejdernes vurderinger kan ende med at blive økonomisk bekosteligt for organisationen. Healy påpeger at den neoliberalistiske diskurs lægger vægt på de økonomiske aktiviteter, og at den offentlige sektors serviceydelser ikke skal ligge samfundet til last. Derfor er nedskæringer og besparelser afgørende

vigtige, da den neoliberalistiske diskurs ikke mener at levering af sundhedsydelser er offentlige goder (Healy, 2016, s. 90).

Så måske kan man argumentere for at prioriteringen “at lade vedkommende blive..” ikke er hensigtsmæssig, fordi det som informant 3 påpeger, er meget dyrt. Og ydermere kunne der jo komme en patient der havde mere brug for sengen. Men set fra den modsatte synsvinkel kan der hos den enkelte sygeplejerske - for at drage omsorg for vedkommende – måske opstå en tilskyndelse til at lade patienten blive længere end den økonomiske kalkule tilsiger.

Måske kan der være tale om at der her opstår et krydspres for markarbejderen.

Som ansat i sundhedsvæsenet vil man gerne drage omsorg for syge mennesker der kræver behandling, og det tyder på at man gerne vil kunne stå inde for det man gør på sin arbejdsplads, men det kan være svært når man skal være opmærksom på hvor man kan foretage besparelser, eller at man i sin bevidsthed er klar over at der ikke er nok sengeafsnit til at have patienten liggende en dag eller to mere.

Jespersen belyser at NPM påvirker både markarbejderne direkte, men også gennem en formaliseret indflydelse og nye diskurser kan indirekte være med til at sætte nye dagsordner i sygehusorganisationerne. De mest synlige sker dog ved de ændringer der mere eller mindre sigter mod at begrænse markarbejdernes kontrol med deres arbejde, organiseringen og ledelsen på de udførende niveauer (Jespersen, 2005, s. 82).

NPM ønsker at begrænse markarbejderes kontrol over deres arbejde, men man kan tænke at dette kan skabe problemer for udførelsen af arbejdet fordi der bliver skabt nogle dagsordner der skal fungere i praksis, hvilket de ikke nødvendigvis gør. Informant 2 beskriver en oplevelse her:

”Jeg har kort været på børneafdelingen på Herlev hospital, men der stoppede jeg hurtigt, for en ting var at der var et virkelig dårligt arbejdsmiljø, en anden ting var at man var tre sygeplejerske til 32 børn på en nattevagt og der kunne jo hele tiden komme børn op og blive indlagt. Det er simpelthen ikke et pres jeg vil udsætte mig selv for, hvorfor skulle jeg gøre det mod mig selv, det er jo ikke forsvarligt og livet er for kort til det og det er ikke fordi jeg ikke vil arbejde i somatiske afdelinger, men ikke på de vilkår. Det vil jeg hverken udsætte mig selv for eller patienterne, det var ikke et ansvar jeg ville have på min skuldre” (Informant 2, 2019).

Det tyder her på at de opstillede vilkår på den afdeling som informant 2 beskriver, var vanskelige at arbejde under.

Det lyder som om at presset kan blive for stort. Det er en meget synlig dagsorden at der kun var tre sygeplejersker på afdelingen, særligt en børneafdeling. Det lyder som om informant 2 slet ikke havde nogen kontrol over sit arbejde, eller at det i hvert fald var meget vanskeligt at håndtere omfanget af den fleksibilitet der skulle udvises.

For selvom NPM søger at begrænse medarbejdernes 'egenkontrol' og sætte dagsordenen, ender ansvaret for udførelsen stadig hos markarbejderen. I sidste ende er det markarbejderen der skal tage sig af patienten og behandle, og derfor kan det forekomme at de bliver nødt til at cope i de pressede situationer de kan stå i.

Informant 1 beskriver en følgende situation hvor patienter må blive nedprioriteret:

”Der er nogle patienter der ikke får den optimale behandling fordi ressourcerne ikke er til det. I en ideel verden skal en dement gammel dame ikke ligge på en sengestue med tre andre, hvor der er trafik natten lang, den svært abstinente eller narkomanen der skal afruses skal også skærmes for at få den optimale behandling. Når patienterne skal prioriteres op på en afdeling er der et meget begrænset antal enestuer, derfor må der prioriteres ...” (Informant 1, 2019).

Citatet illustrerer her at omsorgen ofte ikke bliver den højst prioriterede, idet virkeligheden kræver en anden prioritering.

Informanter skriver at i en ideel verden ville tingene forholde sig anderledes. Dette kan måske fortolkes som en frustration over forholdene.

Det tyder på at informanten bliver nødt til at acceptere hun ikke har muligheden for at opretholde det behandlingsniveau som der kunne ønskes.

De manglende ressourcer kan være et udtryk for den øgede effektivitet, fordi der ifølge informanten ikke tildeles ressourcer til flere enestuer, som ville kunne optimere behandlingen for den enkelte patient. Dette skaber måske en stresset situationen for markarbejderen, da de skal overskue mange patienter på samme tid med forskellige symptomer og skader, men også at de skal træffe beslutningen om hvilke af patienterne der må nedprioriteres når de akutte indlæggelser sker.

Jespersen peger på at en af NPM-reformens utilsigtede hensigter kan være at der kan ses en tendens til øget stress hos markarbejderne særligt i forbindelse med organisatoriske og ledelsesmæssige omstruktureringer (Jespersen, 2005, s. 83).

Et andet problem som tilsyneladende er opstået, er markarbejdernes opfattelse af deres arbejde, og deres ageren herudfra.

Som belyst tidligere kan markarbejderne nemlig også påvirkes af diskurserne indirekte, gennem en ændret dagsorden eksempelvis. At markarbejderne opfører sig på en mindre hensigtsmæssig måde, er måske et udtryk for de ændringer de står overfor. Informant 2 beskriver en oplevelse med hvordan patienterne opfanger miljøet:

”Vi har noget personale hvor patienterne også har klaget over det og det er jo også fordi at de hele tiden får følelsen af de er til besvær og så kommer de til at sige når de har brug for hjælp og så bliver forløbet jo ikke så godt og optimalt som det ellers kunne havde været. Og nogen gange er det bare lige 5 minutter de har brug for, hvor de bliver anerkendt i at det de spiste det var det de skulle, så det er ikke altid det kræver så meget, og så er det jo vildt ærgerligt at der er nogen der bare skærer dem af. Med vores patienter er det rigtig vigtigt at man kigger på dem og at se dem og lytte og hvis man ikke gør det, bliver det i hvert fald sværere for nogen at opsøge hjælpen og vi skal jo hjælpe dem.” (Informant 2, 2019).

Man kan argumentere for at stemningen bærer præg af de arbejdsforhold markarbejderne arbejder under. Som informant 2 beretter, ses det at nogle af hendes kollegaer ender med at ’afskære’ patienterne. Selvfølgelig har vi ikke her vished om på hvilken baggrund patienterne er blevet afvist, idet det kunne have været på baggrund af forhold som ikke er oplyst i citatet. Men det tyder på at resultatet af patienthåndteringen i det refererede eksempel under alle omstændigheder kan være både u hensigtsmæssige og mangelfulde.

Som belyst helt i starten af analysen kan der være mulighed for at omsorgsbegrebet er truet. Og det kan dette citat måske godt illustrere. En markarbejder forsøger måske også at beskytte sig selv i en vanskelig situation, fordi de ved at de ikke har den nødvendige tid og skal kunne opretholde en effektivitet. Det er ikke sikkert at en markarbejder vælger at ’skære en patient af’ af egen drift, men måske nærmere fordi vedkommende er nødt til det.

Det samme er gældende i det næste citat fra informant 3, som også udtrykker at tendensen til “at holde sin ryg fri” er stigende:

'' ...det er rigtig tit jeg kommer forbi et afsnit, hvis det er et afsnit jeg ikke har hørt fra længe så går jeg forbi og siger 'har I noget til mig' så hører jeg 'det er ikke min patient i dag' okay, men hun (patienten der bliver spurgt ind til) har været indlagt i to måneder ... '' (Informant 3, 2019).

Denne udtalelse er selvfølgelig informant 3's opfattelse, men det er et indblik i dynamikken på afsnittene. Og hvad markarbejderne forventer af hinanden.

Jespersen belyser at endnu en uhensigtsmæssig virkning af NPM er at markarbejderne i mindre grad kan føle sig forpligtet i deres arbejde, hvilket kan ses i en mindre villighed til at arbejde (Jespersen, 2005, s. 83).

Det er måske også det der viser sig i ovenstående citat, at følelsen af forpligtelse er blevet mindre, og man vælger at mindske sit ansvar og måske ikke bruger sin tid på eksempelvis et overlap til en kollega når det ikke indbefatter de patienter man har ansvaret for den givne dag.

Som nævnt tidligere påpeger Jespersen at NPM-diskursen kan føre til stress. Han beskriver at det efterfølgende kan føre til at markarbejderne forlader den offentlige sektor hvor det er muligt (Jespersen, 2005, s. 83).

Følgende citat belyser ud fra informant 2's oplevelse af hvordan mangel på markarbejdere hæmmer en afdeling, men også at det er svært at få sygeplejersker til at søge job:

''... nogen gange er man mere presset, når vi f.eks. ikke er så mange på afdelingen og hvor det skal gå lidt hurtigt, der er det nok ikke alt man får med, og det oplever man engang imellem. Den afdeling som jeg er på var sidste år rigtig presset og det var rigtigt svært at rekruttere sygeplejersker'' (Informant 2, 2019).

Specialets informant beskriver at det var en presset situation at stå i. Det tyder på at det er svært at rekruttere nye markarbejdere fordi forholdene er som de er. Man kan måske tænke at dette øger konkurrencen for at blive ansat uden for det offentlige, som Jespersen også belyser det.

Neoliberalistiske økonomer mener at konkurrencen på det frie marked er en vigtig mekanisme som er med til at holde omkostningerne nede, udrense ineffektive og upassende måder at bruge knappe ressourcer på (Healy, 2016, s. 87).

Men måske gavner den ikke nødvendigvis i sundhedsvæsenet da det er mennesker markarbejderne arbejder med, og i øvrigt ofte mennesker med komplekse og modsatrettede problemstillinger. Og

markarbejderne udgør også i sig selv med deres tilstedeværelse, deres professionsopfattelse og håndteringer en kompleks menneskelig faktor.

Konkurrencen presser markarbejderne lyder det til. Det sidste citat tyder i hvert fald på at de mangler hænder til at holde tempoet nede. Og måske er det heller ikke muligt at bruge mindre ressourcer, det kan nemlig være med til at skabe nogle håndteringsmetoder som ikke er hensigtsmæssige, hverken for markarbejderne eller patienterne.

Delkonklusion

Interviewene tyder på at der bliver skabt problemer for sundhedsvæsenet og hermed markarbejderne.

Der kan argumenteres for at sundhedsvæsenet ender i et krydspres mellem staten og markarbejdernes ønske. For det synes at være vanskeligt for et sundhedssystem at inkorporere de ønskede dagsordener da det måske ikke er muligt at anlægge en 'fabriks-lignede' tilstand i et system der arbejder med syge mennesker. Dette fordi det faglige skøn er nødt til at være tilstede ved hospitalerne da hvert menneske er en enestående tilstand.

Igennem analysen påpeges der at den neoliberalistiske – og NPM-diskursen opfatter markarbejderne som en funktion. En funktion der skal kunne bidrage til at opretholde produktiviteten. Men markarbejderne er først og fremmest mennesker, som skaber en opfattelse af sig selv ud fra deres arbejde. Derfor danner der sig et mønster igennem analysen af at markarbejderne finder det besværligt at håndtere NMP-strategierne, fordi disse ligger på til et fokus der vægter effektivitet, fleksibilitet og præstationsmålinger højt. Endvidere søsættes nogle retningslinjer der er svære at forene i arbejdet med mennesker der står i en udsat situation og kræver behandling. Der kan argumenteres for at markarbejdere bliver nødt til at prioritere i deres arbejde, og måske i sidste ende gå på kompromis med deres faglighed.

Resultatet af dette er at markarbejder må finde en metode hvorpå de kan cope bedst muligt med de udfordringer de møder i deres dagligdag, i forsøget på at håndtere de forandringer der møder dem. I øvrigt en coping der desværre ikke nødvendigvis udgør den bedste løsning.

Kapitel 5. Analysedel 2.

På baggrund af den ovenstående analysedel, vil vi i denne analysedel, forsøge at besvare specialets anden problemstilling: *Hvordan kommer de strukturelle forandringer til udtryk i organisationer, og hvilke reaktioner kan det skabe for det sundhedsfaglige personale?*

Dette vil vi gøre ved at se på hvilke faktorer der spiller ind overfor markarbejderne, når der sker forandring i organisationer.

For at kunne undersøge denne problemstilling vil vi gøre brug af specialets tre kvalitative interviews. Interviewene giver et indblik i informanternes subjektive holdninger og meninger om hvordan de oplever forandringer i deres organisation.

For at kunne analysere og tolke på det informanterne beretter om, har vi valgt at benytte Dag I. Jacobsen og Jan Thorsvik teori angående forandringer i organisationer.

Denne analyse giver et lille indblik i hvordan markarbejderne kan opleve organisatoriske- og strukturelle forandring. Derudover er denne analyse med til at skabe en forståelse af hvad der sker på det organisatoriske niveau, når der sker strukturelle forandringer.

Forandringer i praksis

For at kunne skabe en forståelse for hvad der sker når der sker en forandring af organisationen og hvordan ansatte kan blive påvirket af denne forandring. Er det vigtigt at forstå hvad en forandring indebærer og hvordan den kommer til udtryk i organisationen.

Jacobsen & Thorsvik opstiller i bogen *Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse*, 2013, en liste over de elementer af forandringer som vedrører forskellig aspekter af organisationen. Hvis vi ser på hvad en forandring indebærer på et hospital, eksisterer der mange forskellige eksempler dette kunne være indførelsen af en ny reform, hvilket kan føre til effektivisering, omstrukturering, specialisering, ny viden og nye kompetencer hos de ansatte på hospitalet. Disse forandringer vil komme til udtryk på forskellige måder og i forskellige omfang. Forandringer vil komme til udtryk ved ændringer af arbejdsopgaver, teknologi, mål og strategi, som de ansatte i organisationen skal forholde sig til og ændre deres arbejdsgange efter, en sådan ændring kan tage lang tid og omstilling fra det gamle til det nye kan være problematisk.

Derudover vil der ligeledes ske en forandring af organisationens struktur, hvilket kommer til udtryk gennem ændringer i hvordan man opdeler og koordinere arbejdsopgaver, denne forandring kan

skabe et større behov for kontrol og tilsyn af de ansatte, for at sikre at arbejdsopgaverne og strukturen bliver overholdt.

Dertil kommer forandringen også til udtryk gennem adfærdsprocesser, hvilket ses i produktionen, kommunikationen og ved beslutninger, denne forandring betyder en ændring af de tjenesteydelser der eksisterer på et hospital, dette kunne være hvor lang tid en indlæggelse gennemsnitlig skal vare (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 346-347).

Vores informant 2 fortæller om en stor forandringsproces der opstod på hendes arbejdsplads, da afdelingen skulle rykke fra et sted til et andet, denne forandringsproces indebar mange af de førnævnte faktorer. Informant 2 fortæller følgende:

”Man rykkede afdelingen fra rigshospitalet og ud til Ballerup, og det tror jeg var en af de største grunde til at det var så turbulent at starte op i Ballerup. Der var en forandringsproces i gang og der er nogle garvet sygeplejersker som måske havde været på Rigshospitalet i mange år og så kommer der en helt ny strategi om hvordan man vil køre behandlingsformen for de patienter der har en spiseforstyrrelse. Et andet problem var, at da patienterne var indlagt på Rigshospitalet kunne de være indlagt i flere år og det vil man helst undgå, så det blev lavet om, man vil jo gerne have nogle kortere behandlingsforløb og udskrive patienterne hurtigere” (Informant 2, 2019).

De faktorer der ses i dette udsagn er, forandring af opgaver, forandring af mål og forandring af strategi. Udsagnet giver et billede af hvordan forandringer kommer til udtryk. Her starter forandringen idet man rykker afdeling fra et sted til et andet. Man skal på en måde forene to arbejdspladser til en samlet og ligeledes skal personalet blive en samlet gruppe som kan arbejde sammen om patienterne, men hvis der ikke er en enighed om hvordan arbejdsgangene skal udføres, kan det blive en forandring med konflikt mellem de ansatte og mellem de ansatte og organisationen. I og med at de to afdelinger skal forenes til én afdeling, kan der opstå en ny struktur, og det vil for de fleste markarbejdere være en stor omvæltning, specielt for de markarbejdere der rykker fra Rigshospitalet til Ballerup. For de markarbejdere der flytter deres arbejdsplads ud til en ny, kan tilvænningen være sværest. Grunden til dette kan være at markarbejderne, skal tilvænne sig til den en ny struktur, hvor de skal tilegne sig ny viden og begå sig i nogle forandrede arbejdsgange.

I udsagnet ses også en forandring af hvordan de skal udføre deres arbejdsopgaver, hvor personalet på Rigshospitalet har været vant til lange behandlingsforløb, kræves det nu, at de skal have kortere

behandlingsforløb, så de på den måde kan udskrive patienterne hurtigere. Denne ændring kan være svær at forholde sig til som markarbejder. I og med de havde længere patient forløb på Rigshospitalet var det en anden måde de arbejdede på og havde nogle andre rammer for hvordan behandlings forløbene skulle udføres, dette står i skarp kontrast til at da de så rykker ud til afdelingen i Ballerup, hvor det handler om så vidt muligt at få patient hurtigt udskrevet, hvilket vil sige at de har nogle andre arbejdsgange og der er muligvis ikke de samme ressourcer, som de har været vant til. De ændrede arbejdsgange kan ses ved at man eventuelt opdeler og koordinere arbejdsopgaverne anderledes, hvilket også kan være svært som markarbejder at vænne sig til.

Forandringer opleves naturligvis forskelligt og komme til udtryk på forskelligvis i de forskellige dele af en organisation. Grundlæggende er der dog en række fællestræk, som betyder at relationen mellem de ansatte og de vilkår der er i organisationen kan få en karakter af at, de ansatte ikke længere selv oplever at kunne håndtere og kontrollere deres arbejde, ydermere beskriver Jacobsen og Thorsvik at forandring kan betyde tab af viden og erfaring, hvilket også kan bidrage til tab af kontrol.

Behovet for forandring

Som tidligere beskrevet ligger Jacobsen og Thorsvik vægt på at forandringer er en nødvendighed for organisationernes overlevelse.

”Change or dissappear” eller *”Change or die”* (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 345).

Budskabet med disse citater er, at organisationer der ikke kan udvikle nye løsninger eller produkter, kan ikke klare nutidens konkurrence.

Derfor skal vi i dette afsnit se på hvordan behovet om forandring af organisation kan påvirke de ansatte.

Jacobsen og Thorsvik omtaler begreberne *Forbedring og effektivisering af eksisterende produktion*, de påpeger at disse to begreber er hyppige indenfor forandring af organisationer. Organisationer søger at bliver hurtigere, bedre og samtidig bevare samme kvalitet, mens stigningen af finansielle midler ikke skal finde sted. (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 346). Informant 2, beretter i interviewet, hvordan hun oplever effektivisering i hendes arbejdsgange:

”Der kom en hel ny ledelse og jeg tror... eller det jeg oplevede og det jeg kunne forstå var at der var en stor utilfredshed med ledelsen i forhold til den måde hvorpå vi skulle behandle patienterne. Så der var nogen psykiatere og nogle afdelingssygeplejersker der valgte at stoppe, også i forhold til den effektivisering der kom med at vi skulle have kortere patientforløb og det var der nogen der simpelthen ikke ville stå inde for” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn fra informant 2, er med til at illustrere hvordan effektivisering kan påvirke de ansatte i en organisation. I dette udsagn beretter informanten om at effektivisering var med til at nogen af de ansatte i organisationen ikke så en anden mulighed end at måtte stoppe på arbejdspladsen. Her ses en stor ændring i deres arbejdsgange, som man som markarbejder ikke kan kontrollere og være med til at beslutte om er korrekt eller ej. Hvis man som markarbejder ikke kan komme til overens med denne forandring, vil man ikke kunne blive i organisationen. Dette udsagn kan være med til at illustrere hvor svært det kan være for markarbejderne at tilvænne sig nye forandringer og vise at det kan have konsekvenser for markarbejderne når der sker forandringer i organisationen.

Igen er det vigtigt at pointere at denne oplevelse er subjektiv, og det er informantens oplevelse. Selvom udsagnet er af subjektiv karakter, er det noget vi som forskere har lagt mærke til også fremgår i de andre interviews, vi har foretaget.

Informant 1 beretter følgende:

”Jeg syntes der sker en forværring af kvaliteten overfor mine patienter grundet den effektivisering der sker. Eksempelvis oplever jeg at når jeg bliver taget ud af min vagt grundet at der nu kommer et nyt tiltag, så bliver det på bekostning af mine patienter” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn viser ligesom det første at informanten oplever konsekvenser ved effektivisering.

Informanten beretter at der sker en forværring af kvaliteten af den service der skal leveres.

Hvordan kan markarbejderne levere service med en vis kvalitet hvis de ikke er til stede, eller hvis der mangler andre på afdelingen, der sker fald i ressourcerne og dermed også i kvaliteten.

Jacobsen og Thorsvik beskriver vigtigheden i hele tiden at gøre kvaliteten af de tjenesteydelser der gives bedre, men ved dette udsagn kan det nærmest virke modsat og det er i hvert fald ikke det vores informant oplever.

”Det er ledelsen, der mangler den ledelsesstruktur der var før, nu er der en der skal klare 60 personalers arbejde ikk’ og det er umuligt, lige meget hvor dygtig du er, det sejler simpelthen, effektivisering har ikke gjort det nemmere tværtimod” (Informant 3, 2019).

Igen illustrerer udsagnet, at effektivisering har konsekvenser for de ansatte, her påtaler informanten de konsekvenser der er ved at man ikke er nok ansatte til at kunne levere de tjenesteydelser der er behov for. Effektiviseringen skal bidrage til at gennemfører arbejdet med færre ressourcer, i dette udsagn som informant 3 beretter om, kan man argumentere for at der mangler ressourcer, grundet at der er færre til at varetage arbejdsopgaverne, hvilket igen kan betyde at det sker fald i den kvalitet der burde leveres til patienterne. Som informant 3 fortæller handler det ikke om hvor dygtig man er, men det handler om de ressourcer man har at gøre brug af. Hvis ressourcerne ikke er der, kan det være svært at opfylde de arbejdsgange der er i organisationen.

Når Jacobsen og Thorsvik omtaler effektivisering, er det med det positive udbytte af hvad man kan få gennem effektivisering, men i disse tre subjektive udsagn, er det ikke det der kommer til udtryk. I disse udsagn er det ikke kvalitet og forbedring der skinner igennem, men nærmere frustration over den forandring effektivisering bringer med sig. Effektivisering kan mange ting og rummer mange forskellige facetter såsom, effektivisere processer og arbejdsgange, reducere omkostninger, færre ressourcer og samtidigt øge kvaliteten, reducere behandlingstiden af eksempelvis patienter etc. Men for at kunne opnå dette udbytte af effektivisering, må der også tages højde for andre faktorer der kan påvirke forandringerne.

Modstand & konflikt

I det ovenstående har vi belyst hvad forandringer er og hvordan de kan vise sig i en organisation, særligt har vi set på effektivisering og forbedring af arbejdsgange.

Vi finder det relevant at illustrere hvilke former for påvirkninger forandringer kan have for de ansatte, grunden til dette er, at det er med til at give en forståelse af hvad der udvikler metoder hos markarbejderne, til at kunne håndtere forandringer.

Jacobsen og Thorsvik beskriver at forandringer oftest bliver mødt med modstand fra de ansatte i organisationen. Baggrunden for dette kan eksempelvis, opstå når nye forandringer følger efter tidligere, det kan skabe stress og være demotiverende for markarbejderne. I redegørelsen, nævnes

der kort hvilke faser de ansatte går igennem når der sker forandring af deres arbejdsgange. Jacobsen og Thorsvik operer med ti forskellige faser, men det er ikke alle 10 faser vi vil beskæftige os med i denne analyse.

Forandring af den symbolske orden og sociale bånd, nævnes ikke, da de omhandler de private og personlige forhold der er mellem de ansatte i organisationen. Ligeledes nævnes *ændringen af magtforhold* heller ikke, da vi i specialet ikke beskæftiger os med ledelsen, og *eksterne aktører* berører vi ligeledes heller ikke, da vi ikke beskæftiger os med det tværfaglige samarbejde.

Den første fase som ifølge Jacobsen og Thorsvik indtræder er *frygten for det ukendte*, de ansatte bliver tvunget til at bevæge sig fra en tilstand som er sikker og tryk og så hen til en situation som er ukendt og usikker (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 353-354). Vores informant 1, fortæller om hvordan hun oplevede forandringsprocessens opstart:

”Det der irriterer mig, er at noget jeg havde styr på, lige pludselig ændres og det irriterer mig at jeg ikke ved hvordan man gør” (Informant 1, 2019).

Dette udsagn siger måske ikke så meget om frygten for det ukendte, men mere usikkerheden om ikke at kunne producere det man kunne før, grundet forandringer. Disse forandringer kan have betydning for den enkelte i organisationen, da der måske kommer nogle nye forventninger til dem og deres arbejdsgange, og hvis man så har svært ved disse ændringer og ikke kan finde ud af det, bliver det også utilfredsstillende at udføre sit arbejde, da man ikke kan gøre det selvstændigt eller korrekt. Når informanten beretter at det er ”irriterende” kan det også ses som et udtryk for frustrationen over den ændring der sker, hvis man ikke selv mener at der burde ske en forandring, hvis markarbejderne syntes at arbejdsgangen fungerer kan det være svært at forholde sig til at den skal ændres og derfor kan irritationen over ændringen opstå.

Den næste fase Jacobsen og Thorsvik beskriver er, *brud på en psykologisk kontrakt*. Forandringer kan ofte føre til at man er nød til at ændre de formelle kontrakter, der er mellem den ansatte og organisationen, sådanne kontrakter kan indeholde informationer om hvilke opgaver der hører til den givne stilling, dette indebærer ligeledes regler og rutiner som skal følges. Derudover sker der et brud på uskrevne forventninger i organisationen, mellem de ansatte og lederen.

Informant 2 fortæller i interviewet, at hun på sin afdeling oplevede en forandring af den patientgruppe hun beskæftigede sig med, hun beretter følgende:

”...Der kom en helt ny struktur og nogle helt nye retningslinjer og der var også nye krav fordi lige pludselig skulle vi have patienter fra almen psykiatri og dem der var indlagt hos endokrinologerne skulle vi også have” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn viser, at der i forandringen af organisationen kan ske et brud på den psykologiske kontrakt. Det ses i skiftet af patientgruppen, som blev til mere end en gruppe, nu er der patienter på afdeling med andre symptomer end før og dette kan kræve at de ansatte skal anskaffe sig ny viden og nye kompetencer for at kunne udføre deres arbejdsgange korrekt. Bruddet med kontrakten sker i det, at der bliver ændret i de ansattes forhenværende arbejdsgange og dette er muligvis ikke noget de har været med til at beslutte og derfor har de ikke haft noget at skulle sige. Her kan man også tale om det vi beskrev ved den første fase, nemlig utryghed og usikkerhed. For hvis man skal arbejde med en ny patientgruppe og ikke kender til den behandling de patienter kræver, kan man både bliver utryg og usikker fordi det ikke er noget man har beskæftiget sig med før og fordi man måske heller ikke havde regnet med at der skulle ske en forandring af selve patienterne. Utrygheden og usikkerheden kan komme til udtryk gennem den nye viden man bliver nødt til at anskaffe sig og måske har man ikke ressourcerne til at kunne gøre dette.

En anden fase der kan opstå er *tab af identitet*. Tabet af identiteten kan opstå, ved at have arbejdet i en organisation i en længere periode, her kan den enkelte få en følelse af at det vedkommende laver, er en vigtighed for organisationen og er en del af ens arbejdsidentitet, og at man er med til at give værdi til organisationen gennem denne (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 354). Den enkelte kan identificere sig med den beskæftigelse man har i organisationen og en ændring af denne kan medfører at de faste strukturer man har arbejdet i, bliver brudt.

Hvis vi tager udgangspunkt i samme udsagn som i den anden fase:

”...Der kom en helt ny struktur og nogle helt nye retningslinjer og der var også nye krav fordi lige pludselig skulle vi have patienter fra almen psykiatri og dem der var indlagt hos endokrinologerne skulle vi også have” (Informant 2, 2019).

Her vil tabet af identitet kunne ske idet, der kommer en ny patientgruppe, der kræver en anden viden og erfaring. For den enkelte i organisationen kan det ske, at man mister kontrollen over sine

arbejdsgange, fordi der nu skal bruges anden viden og andre erfaringer for at kunne arbejde med den nye patientgruppe, hvilket i sidste ende kan føre til tab af identitet, fordi man måske ikke længere kan identificere sig med de nye arbejdsgange. Ved fasen omkring tab af identitet, nævner Jacobsen & Thorsvik, *krav om nye investeringer*, denne fase sker, når den ansatte er nødsaget til at tilegne sig ny viden og nye kompetencer.

Igen tager vi udgangspunkt i udsagnet fra vores informant 2, omhandlende tilføjelsen af en ny patientgruppe til en afdeling. Når der sker sådan en slags ændring i en organisation, er man som ansat pålagt at tilegne sig ny viden og kompetencer, dette er et krav for organisationens side og det sker fordi man ændrer i de ansattes arbejdsgange, de har brug for ny viden for at kunne arbejde med den nye patientgruppe og hvis de ikke er åbne for dette kan de ikke udføre det arbejde de stilles fra organisationen.

Den sidste fase som Jacobsen & Thorsvik nævner er, *udsigten til personligt tab*.

Denne fase handler om at forandringer i organisationen kan få økonomiske konsekvenser for den enkelte, i nogle tilfælde kan ændringer betyde at der forsvinder stillinger og at de ansatte kan blive afskediget grundet forandringen. I vores interview med informant 3, fortæller hun hvad, hun oplever der sker med hendes kollegaer, når afdelingen står overfor ændringer, hun fortæller følgende:

”Arbejdsmiljøet bliver hårdere og hårdere, folk er bange og passer på sig selv, man ved aldrig hvad der sker næste gang” (Informant 3, 2019).

Dette udsagn giver et billede af hvordan forandring påvirker de ansatte og hvilke konsekvenser forandringer har rent personligt for de ansatte. Hvis der sker en omorganisering i organisation eller hvis der skal spares på nogle områder, kan det skabe frygt og usikkerhed hos de ansatte om hvorvidt deres stilling vil blive nedlagt. Som informanten beretter, har det ligeledes konsekvenser for arbejdsmiljøet, som hun beskriver bliver hårdere, grundet de store forandring, hvilket kan føre til konflikter mellem de ansatte.

Disse nævnte faser, spiller alle en rolle i forhold til den modstand der kan opstå når forandringer i organisationer finder sted. Modstanden mod ændringer kan have store konsekvenser for arbejdsmiljøet og for de ansatte i organisationen. Vores informant 2, beretter om hvilke konsekvenser hun oplevede i forhold til ændringer af arbejdsgange i hendes afdeling:

”Jeg oplever faktisk, at dem som har været længere i faget har sværere ved at omstille sig og det tror jeg er meget naturligt. Det er også det jeg hører i personalegruppen. Hvorimod at os som har været uddannet i 1, 2 eller 3 år, ved at der hele tiden sker forandringer og det hele er en proces... jeg ved også at der var en stor fyringsrunde inden man flyttede afdelingen til Ballerup, fordi folk ikke kunne omstille sig til de nye ændringer” (Informant 2, 2019).

Hvis de nye forandringer ikke bliver accepteret, og man kan komme overens med de nye ændringer, kan det medføre at man ikke længere kan være i organisationen, man bliver nødt til at kunne omstille sig og nød til at følge med i ændringerne, hvis man skal bibeholde sin stilling. Hvis man ikke kan identificeres sig med eksempelvis de nye arbejdsgange opstår modstanden, men selvom de ansatte har modstand mod ændringerne, skal de stadig gennemføre deres arbejde med den viden og de kompetencer som de besidder. Dog kan det ske at der opstår krydspres, konflikter, samt faglige og etiske dilemmaer

Delkonklusion

Som en del af besvarelsen til problemformuleringen, har vi i det ovenstående kapitel, udarbejdet en analyse ud fra Jacobsen & Thorsvik teori angående forandring i organisationer.

I analysen havde vi fokus på hvordan forandringer kunne føre til udviklingen af copingstrategier og hvordan det kunne have påvirkning for de ansatte/markarbejderne. Vi kan ud fra analysen udlede at det kan være svært for de ansatte at omstille sig når de møder forandringer i organisationen. Når der sker ændringer i de ansattes arbejdsgange kan omstillingen være en lang proces og det kan ofte være konfliktfyldt. Forandringer kan få store konsekvenser for de ansatte, hvilket vi også ser gennem analysen, for nogen af de ansatte betyder forandring usikkerhed og utryghed og for nogen kan det være så svært at omstille sig, at man ikke længere kan være en del af organisationen. Specielt de forandringer effektiviseringen har bragt med sig, er noget der belyses gennem det meste af analysen, her kan man ud fra de tre informanternes udtalelser konkludere at det har skabt konsekvenser for de ansattes arbejdsgange, da arbejdsbyrden går hen og bliver for stor for den enkelte ansatte og det kan være svært håndtere.

Kapitel 6. Analysedel 3

I ovenstående kapitel søgte vi at se på hvorledes forandringer i organisationen påvirker markarbejderne og hvilke reaktioner der kan komme til udtryk. I dette kapitel søger vi at besvare specialets arbejdsspørgsmål nr. Tre: *Hvilke copingstrategier findes hos det sundhedsfaglige personale og hvilke konsekvenser kan det skabe for patienterne?*

I forbindelse med dette vil vi se på Michael Lipskys teori angående Street-level bureaucracy og de copingstrategier han beskriver der kan opstå når man mindsker markarbejdernes faglige skøn. Derudover vil vi også se på hvilke konsekvenser det kan føre til for patienterne i form af ulighed. For at kunne besvare ovenstående, vil vi gøre brug af de tre kvalitative interviews som vi har indhentet. Når vi benytter disse interviews, er vi opmærksomme på, at det er de tre informanternes subjektive holdninger, meninger og oplevelser af håndtering af strukturelle forandringer, samt deres oplevelser af hvordan disse kan påvirke patienterne.

Forvalter af forandringer

I specialet har vi fokus på forandringer i sundhedsvæsenet og betydningen af disse overfor både markarbejdere og patienter.

Winter & Nielsen beskriver i bogen *Implementering af politik*, 2008, at det er markarbejderne der har ansvaret for at formidle lovgivning, regler samt behandle og vurdere patienterne på en ordentlig måde, dette påpeger Lipsky ligeledes, han beskriver at det er markarbejderne der er de virkelige politiske beslutningstagere da det er dem der skal levere servicen og derfor har en afgørende rolle i hvordan forandringer bliver forvaltet i praksis.

Derfor kan der være en interesse i et mindske markarbejdernes faglige skøn, for derved nemmere at kunne kontrollere leveringen af de nye forandringer som skal implementeres i markarbejdernes arbejdsgange.

Informant 1 beretter:

”Siden indførelsen af sundhedsplatformen¹ har dette faglige skøn klart været udfordret, da man klikker patienternes symptomer af i bokse og der ikke er et tydeligt sted hvor man kan tilføje en

¹ Sundhedsplatformen er et nyt IT-journalsystem der blev indført i 2016, som skulle erstatte 33 IT-systemer til 1. Formålet er at give personalet et fælles arbejdsredskab, så både Region Hovedstad og Region Sjælland kan arbejde i et samlet systemet. (<https://www.regionh.dk/om-region-hovedstaden/denAdministrativeRegion/CIMT/sundhedsteknologi/Sider/sundhedsplatformen.aspx>)

synlig note, som man ved en læge eller en anden kollega opdager, dertil ligger der meget ansvar på den mundtlige overlevering, og det er desværre også det der bunder i langt de største fejl, utilsigtede hændelser. Man har forsøgt at løse udfordringerne ved dette faglige skøn med et ret nyt tiltag. Alle patienter vurderes på deres vitale parametre under en indlæggelse... som noget nyt kører der i øjeblikket et projekt om at sygeplejersken kan give en patient "et ekstra point" på baggrund af en ikke-målbar bekymring" (Informant , 2019).

Lipsky beskriver i teorien om Street-level bureaucracy at man skal mindske markarbejdernes faglige skøn, men samtidig er skønnet også en nødvendighed for det arbejde der skal udføres, når man arbejder med mennesker. Udsagnet ovenover illustrerer, hvordan man både vil beholde det faglige skøn og samtidig have det under kontrol. Informanten beretter om at det faglige skøn bliver udfordret efter man har igangsat et nyt it-system. Det nye it-system Sundhedsplatformen, kontrollerer markarbejdernes faglige skøn, ved at man skal bruge et afkrydsningsskema. Dette afkrydsningsskema kan ses som et forsøg på at ensarte og standardisere arbejdsgangene for markarbejderne. Når man standardiserer arbejdsgangene for markarbejderne, er det nemmere at føre tilsyn og kontrollere det arbejde der udføres, derudover er det nemmere at føre statistikker og resultater over arbejdsgangene, når alle udfører deres arbejde ens.

Efter indførelsen af Sundhedsplatformen, beretter informanten, at afkrydsningssystemet udfordrer det faglige skøn. Når man søger at mindske skønnet kan det ske, at nogle aspekter forsvinder, da man ikke kan have alt med i sådan et skema og det derfor ikke kan blive særlig nuanceret, hvilket der også ses i det nævnte udsagn. Derfor er man blevet nødt til at lave et nyt tiltag, hvor det faglige skøn blev en del afkrydsningsskemaet, så markarbejderne kan afkrydse hvis der er noget ekstra eller særligt man skal være opmærksom på. Dette kan være en fordel både for markarbejder, patienter og dem der fører tilsyn med det arbejde der udføres, da man kan holde kontrol over, hvor hyppigt der bliver afkrydset ved bekymring der ikke kan måles på. På denne måde kan der føres tilsyn med markarbejderne og deres arbejdsgange. Indførelsen af Sundhedsplatformen, kan siges at være en måde hvorpå man mindsker skønnet for markarbejderen, som nævnt er det fordelagtigt for organisationer, og også for markarbejderne, da man sikrer sit arbejde. Fordelen for patienterne kan ses ved, at det er nemmere at møde patienterne lige og ens, fordi man som markarbejder ikke skal lave et skøn, som vil variere fra markarbejder til markarbejder. Men det kan også ses som en ulempe, fordi man kan tabe lidt af det menneskelige aspekt i arbejdet mellem markarbejder og patient. Derudover kan det for markarbejderne føles som et tab af deres faglige viden og ekspertise,

da man ikke skal lave den faglige skønsmæssige vurdering, nu bliver det et klik i et afkrydsningsskema.

Informant 2 fortæller, at når man nogle gange er en sygeplejerske til 11 patienter kan det være svært at finde tiden til patienterne og derfor er det alt det praktiske, der udføres først og her kan det godt ske at man ikke altid har sit faglige skøn med sig, ydermere fortæller hun om et lignende system som det først nævnte citat også belyser:

”... behandlingen på afdelingen er opdelt i sådan en fasebehandling så indlæggelsesperioden kan variere fra en dag til seks måneder, typisk kommer man i en fasebehandling, men problemet er bare at vi er en høj specialiseret afdeling, så der er ofte ret mange patienter der skiller sig ud og ikke kan komme i de her små faser der er... så man propper ligesom patienterne ned i faserne” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn kan igen illustrere en måde hvorpå man søger at reducere markarbejdernes faglige skøn. Alle mennesker er forskellige og ligeledes er patienterne på en afdeling, derfor kan det være en udfordring for markarbejderne at arbejde med en måde hvor alle patienter skal tilpasses under en specifik fase. Reducering af det faglige skøn kan ses, ved at man forsøger at fjerne markarbejdernes vurdering af den enkelte patient og lade markarbejderne vurdere hvad den enkelte har behov for, eksempelvis beretter informant 2, at alle deres patienter har særlige behov og de kan ikke alle blive opfyldt på grund af fasebehandlingen.

Fasebehandlingen kan som udgangspunkt fungere rigtig godt, da alle følger de samme regler og arbejdsgangene er ligeledes ens for alle markarbejdere og der kan føres kontrol over arbejdsgangene. Men man kan risikere at nogle patienter vil blive tabt i systemet og ikke få den rette behandling som er nødvendig for dem, på grund af en minimering af skønnet.

Informant 2 fortæller at hun oplever at de har mange gengangere på deres afdeling, hvilket kan ses som en konsekvens af fasebehandlingen.

For selvom at patienter befinder sig i sidste fase af behandlingen og derfor skal udskrives, er det ikke nødvendigvis det der er korrekt at gøre. Man ville muligvis kunne vurdere at patienten havde behov for mere behandling. Som nævnt tidligere vil det faglige skøn ikke fuldstændig kunne udviskes, da markarbejderne indgår i direkte kontakt med deres patienter, og derfor også vil have mulighed for at kunne opdage hvis patienten har behov for eksempelvis at få forlænget forløbet. Det faglige skøn er vigtigt i arbejdsgangene, fordi markarbejder og patient er i interaktion med

hinanden, hvilket gør at markarbejderen kan se patienten ud fra et andet aspekt **end** fasebehandlingen og måske se nogle andre behov. Men for at kunne sikre at markarbejderne forvalter de politiske beslutninger som er blevet taget, ud i den offentlige sektor, er det nødvendigt at standardisere arbejdsgangene, så man kan sikre ensartede arbejdsgange og ligeledes føre kontrol gennem disse standardiserede arbejdsgange.

Når forandringer og nye arbejdsgange blive vanskelige, når de faglige skønsvurderinger søges mindsket og når arbejdsbyrden bliver større, kan det få konsekvenser for både markarbejdere og patienter. Ifølge Lipsky, opstår markarbejdernes udvikling af nye metoder og strategier, i den evige kamp mellem mangel på ressourcer og ønsket om en bedre og høj faglig arbejdsindsats, og de kan komme i mange forskellige former.

Derfor vil vi i det næste afsnit beskæftige os med Lipsky's fem begreber om copingstrategier *Triage, creaming, krydspres, afværgemekanismer og worker bias*. Dette vil vi gøre for at kunne skabe en forståelse for hvordan forandringer kan påvirke markarbejdernes arbejdsgange og hvordan det kan påvirke patienterne.

Coping set i praksis

Triage

Begrebet triage er den differentiering der kan opstå af patienterne, dette kan ske når arbejdsbyrden bliver for stor for markarbejderne.

I Det kvalitative interview med informant 3, tales der om differentiering mellem patienterne, og hvordan denne kan opstå. Adspurgt om hvordan informant 3 oplever prioriteringer i hendes arbejdsgange, fortæller hun følgende:

”Ja, det synes jeg og det er på grund af som jeg sagde før primært nedskæringer, der er ikke tid til det altså. Der er mange ting der ikke er tid til alt er blevet skåret væk...” (Informant 3).

Dette citat belyser ikke hvorledes markarbejderne benytter sig af triage, men hvordan en udvikling af triage kan opstå. Ud fra dette citat kan man udlede at når der sker nedskæringer i organisationen, vil det have påvirkning på de ressourcer som markarbejderne har til rådighed og som informant 3 beretter, er der nogle ting der ikke er tid til. Hvis tiden ikke er der, kan det være at markarbejderen

bliver nødt til at prioritere i arbejdsgangene og dermed kan der opstå en differentiering af patienterne.

Informant 2 beretter følgende, angående borger differentiering:

”Jeg syntes ikke vores faglige skøn bliver overskygget af andre ting, men det er da nogen gange man er mere presset, når vi for eksempel ikke er så mange på afdelingen og hvor det skal gå lidt hurtigt... der bliver det de praktiske opgaver der kommer først” (Informant 2, 2019).

Ud fra dette udsagn, kan man ligeledes heller ikke udlede, at der er ses en direkte form for triage. Men grunden til at, vi har sat fokus på netop disse to citater er, fordi Lipsky påpeger at triage kan opstå hvis arbejdsbyrden bliver for stor. Lipsky beskriver ligeledes, at triage fungerer godt og kan blive en nødvendighed i situationer hvor man mangler ressourcer til at kunne udføre arbejdsopgaverne. Lipsky lægger vægt på at skønnet hos markarbejderne har stor betydning for hvordan markarbejderne differentierer mellem deres patienter (Lipsky, 2010, s. 107).

Triage bliver en strategi hvorved markarbejderne kan håndtere arbejdsbyrden. Der kan opstå en risiko for at markarbejdernes skøns afgørelser bliver underlagt en standardisering af arbejdsopgaverne, fordi de ikke har de rette ressourcer. Som informant 2 fortæller er man som markarbejder mere presset når man ikke er så mange i afdelingen, altså når man ikke har de nødvendige ressourcer, der skal til. Dette kan have konsekvenser for patienterne, da markarbejderne muligvis ikke kan have øje for dem alle sammen, når der er mangel på ressourcer.

Denne strategi kan være med til at nogle patienter vil få en bedre behandling eller oplevelse end andre patienter.

I begge udsagn beretter informanterne om at når presset bliver for stort, er der nogle arbejdsopgaver der bliver prioriteret før andre, derfor kan der her opstå triage hos markarbejderne, så de kan håndtere deres arbejdsopgaver når de er under pres (Lipsky, 2010, s. 106-107).

Udover at der er nogle arbejdsopgaver der bliver nedprioriteret, kan der også ske en prioritering mellem patienterne når arbejdsbyrden bliver for stor for markarbejderne, informant 2 fortæller følgende, adspurgt om hvad hun ser det sker når arbejdspresset bliver for stort:

”... Selvom at vi har løsnet lidt op for rammerne og strukturen, så mærker man det stadigvæk. Vi har også mange patienter som ikke gør opmærksom på dem selv og ligesom holder en facade og de får jo ikke så meget som dem der gør opmærksom på sig selv...” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn er med til at illustrere, at når presset på grund af arbejdsbyrden bliver større, kan det efterlade nogle patienter tilbage, hvis man som patient ikke har overskud eller kan gøre opmærksom på sig selv, er det ikke sikkert man får den samme opmærksomhed eller behandling fra markarbejderne, som de patienter der kan gøre det.

Ud fra dette vil der kunne opstå en ulighed mellem patienterne, da markarbejderne ikke har ressourcerne til at kunne give alle deres patienter det samme og derfor er der nogen der kommer til at blive overset.

Dette vil bringe os videre til den næste coping strategi.

Creaming

Hvis der opstår triage hos markarbejderne, kan det føre til *creaming*. Lipsky beskriver *creaming* som, når markarbejderne beskæftiger sig mest med de patienter der har størst mulighed for at kunne opfylde de mål og krav der er i organisationen. Man kan se *creaming* som en måde hvorpå man ”skummer toppen”. Informant 1 beretter om følgende:

”Nedskæringer og effektiviseringer kan nemt mærkes i min hverdag. Jeg og vi er i gennemsnit ansvarlig for 6 til 8 patienter ad gangen, nogle gange flere. Der kan være dage hvor disse patienter selv kan gå på wc, selv kan spise osv. men der kan også være dage hvor patienterne alle er meget plejkrævende... som udgangspunkt må man lave nogle prioriteringer hver dag, hvem skal have skiftet ble, hvis pårørende skal jeg ringe til, hvem skal mades, hvem skal have medicin til tiden, der skal hele tiden prioriteres og vælges. Så ja nogle dage vil nogle patienter blive overset...”

(informant 1, 2019).

Ifølge Lipsky opstår *creaming* ligesom triage, når arbejdsbyrden for markarbejderne bliver for stor og markarbejderne derfor ikke kan levere en ordentlig service til deres patienter, fordi der er mangel på ressourcer.

Derfor kan der også opstå en risiko for at nogle patienter vil blive overset frem for nogle andre. Hvis vi ser på udsagnet fra informant 1, fortæller hun at der i hendes afdeling nogle gange bliver arbejdet med prioriteringer af patienterne og derved fortæller hun også at nogle patienter bliver overset. Her vil der ifølge Lipsky være en risiko for at *creaming* opstår. På baggrund af at de patienter der måske ikke har så mange ressourcer og ikke kender til deres rettigheder, vil bliver

efterladt. Det er også her at markarbejdernes faglige skøn kan ligge til grund for hvilke patienter der bliver prioriteret først og derved besidder markarbejderne en stor magt i forhold til at kunne bestemme hvem der bliver prioriteret først. Som nævnt tidligere, påpeger Lipsky, at det oftest de patienter der kender til deres rettigheder og som er ressourcestærke der vil modtage hjælp først, hvis dette er tilfældet vil det være de svagest og de patienter med færrest ressourcer der er bliver overset (Lipsky, 2010, s. 106-107). Et eksempel på de prioriteringer af patienter der sker i organisationen, beretter informant 1 ydermere om:

”... Når patienterne skal opprioriteres på en afdeling hvor der et begrænset antal enestuer, må der prioriteres. Desværre er det ofte at alkoholikeren, der måske har været indlagt 5-6 gange den sidste måned med den samme problemstilling, der nedprioriteres” (Informant 1, 2019).

Dette udsagn kan være med til at give et billede af hvordan creaming finder sted i praksis. Man kan sige at creaming opstår i det man nedprioriterer en patient på baggrund af tidligere indlæggelser og på baggrund af at han er alkoholiker og derfor vil markarbejderne måske vurdere at denne patient ikke kan opfylde de krav der er i organisationen og derudover har markarbejderne heller ikke ressourcerne til at kunne give patienten den korrekte behandling. I forhold til det førnævnte angående patienternes ressourcer, giver informant 1 citat, et godt billede af, at vi her ser en patient med tidligere indlæggelser plus han har et problem med alkohol, som man som markarbejder her ikke kan gøre noget ved lige i situationen og derfor bliver han nedprioriteret.

Det kan det være tilfredsstillende for markarbejderne at benytte sig af creaming, da det kan skabe succes for både markarbejder og organisationen i forhold til de mål der er sat i organisationen. Dette kunne eksempelvis være at patienterne skal have så kort en indlæggelse som muligt og ud fra dette mål, vil markarbejderen benytte sit faglige skøn til at vurdere hvilke patienter der hurtigst kan blive udskrevet. Når arbejdsbyrden bliver for stor og det kan virke uoverskueligt at udføre et tilstrækkeligt arbejde, vil brugen af creaming kunne give en følelse af at man gør det der er ”korrekt”, fordi man opfylder organisationens krav.

Krydspres

Som beskrevet ved de to tidligere begreber, har det konsekvenser for både markarbejdere og patienter når arbejdsbyrden stiger, det er arbejdsbyrden der er med til at markarbejderne kan føle sig nødsaget til at udvikle strategier hvorpå de så kan håndtere arbejdsbyrden. Markarbejderne befinder

sig i et krydspres mellem de regler og rutiner de er underlagt fra organisationens side af og at de gerne vil yde den bedste service til patienterne. Krydspreset bliver belyst i følgende udsagn:

”Ja, det sker ofte. Det er ikke et ualmindeligt scenarie at man står hos en patient, man skal forholde sig til, samt besvare spørgsmål om en helt tredje eller fjerde patient. Og derfor vil man også nogen gange komme ud for at det man var i gang med bliver tilsidesat for noget andet... der er nogle patienter der ikke får den optimale behandling fordi ressourcerne ikke er til det...”

(Informant 1, 2019).

Krydspreset i dette citat, kan opstå på grund af manglende ressourcer, hvis markarbejderne har de nødvendige ressourcer, ville det ikke være nødvendigt at skulle forholde sig til flere arbejdsopgaver ad gangen, men derimod ville man kunne have opmærksomheden på en ting af gangen og derved også yde den bedste service til patienten. Når markarbejderen skal have fokus på flere ting på en gang, kan markarbejderen få en oplevelse af ikke at udføre sit arbejde på tilfredsstillende måde, fordi de skal klare flere arbejdsopgaver samtidigt. Informanten beretter at hun nogle gange er nødsaget til at tilsidesætte noget for noget andet. Krydspreset kan oftest blive større hvis der kommer nye tiltag i organisationen, markarbejderne bliver formidlere af de tiltag der bliver besluttet og derfor skal deres arbejdsgange ændres, hver gang der opstår nye tiltag i organisationen. Derudover beretter informant 3, at krydspreset bliver mere synligt i arbejdet med sundhedsplatformen, hun fortæller følgende:

”Ork ja det gør jeg, fordi vi skal opfylde sundhedsplatformens normer så sidder folk og skriver dagen lang, aldrig er der blevet skrevet så meget som nu, og tastet rundt i systemet for at krydse af de rigtige steder... tiden går fra patienterne” (Informant 3, 2019).

Nye tiltag og dermed ændringer i arbejdsgangene gør at arbejdsbyrden kan blive større for markarbejderne, da de skal lære at forholde sig til de ændringer der er sket, samtidig skal de stadig yde den samme service overfor deres patienter, men med færre ressourcer. Lipsky beskriver at det er de modsætningsfyldte hensyn som markarbejderne skal varetage der gør at krydspreset opstår. Hensyn til patienterne går eksempelvis på, at de skal inddrages i deres behandlingsforløb, markarbejderne skal drage omsorg for dem og deres pårørende og markarbejderen skal have et helhedsorienteret blik omkring patienten, samtidig med at markarbejderen skal rådgive og vejlede

patienten. Hensynet til organisationen går på, at markarbejderne skal være fleksibel i forhold til nye forandringer, de skal opfylde de krav og mål der er i organisationen og derudover skal de levere de serviceydelser som organisationen tilbyder på en ordentlig og korrekt måde.

Hvis man ser på krydspreset fra en patients perspektiv, kan det have nogle konsekvenser, i form af at man måske ikke får den bedste service, fordi markarbejderne muligvis ikke har ressourcer nok til både at kunne tage hensynet til patienten samtidig med at opretholde hensynet til organisationen.

Krydspreset kan ifølge Lipsky håndteres ved udviklingen af afværgemekanismer.

Afværgemekanismer

Lipsky beskriver at markarbejderne udvikler denne strategi for at mindske det krydspres de befinder sig i. Lipsky beskriver at denne coping strategi kan komme til udtryk hos markarbejderne ved eksempelvis at demotivere patienterne, der kan være mange måder hvorpå man kan demotivere patienter, hvilket er beskrevet i redegørelsen. Men Informant 2, fortæller følgende:

” Ja det har jeg helt klart og helt klart det med øjenkontakten, nogle gange tager jeg også ting i hånden for at se ud som om at jeg er i gang med noget andet og det er jo fordi at jeg skal videre jeg skal hen til den næste patient jeg har ikke altid tid til at blive afbrudt men det bliver vi jo tit, så det er helt klart de strategier jeg bruger, at have noget i hænderne eller at kigge ned og det er simpelthen også med de pårørende og man er jo ikke i tvivl om at når man overvære en pårørende der står og venter eller har brug for lige og spørger om noget, og det er pisse svært og det er hårdt” (Informant 2, 2019).

Dette udsagn bakker informant 1 op om og fortæller følgende:

”... Jeg kan sagtens nikke genkende til at man undgår øjenkontakt og går hurtigt forbi. Jeg har også kollegaer der går en bestemt omvej uden om venteværelset...”

Begge disse udsagn illustrerer en måde hvorpå markarbejderen forsøger at demotivere patienten, ved at undgå at se dem i øjnene og se ud som at de har gang i noget andet og derfor ikke har tid til dem. Ved dette udsagn kan man sige at efterspørgslen overstiger udbuddet, markarbejderen har ikke tid til at stoppe op og besvarer spørgsmål eller lignende. Denne strategi gør at markarbejderen ikke behøver at forholde sig til at andet end lige netop det markarbejderen er i gang med og derved

mindskes presset for dem selv. Når denne strategi opstår hos markarbejderne, er det igen fordi arbejdsbyrden er for stor og fordi organisationen ikke har de rette ressourcer der kan mindske arbejdsbyrden for markarbejderne. Informant 2, fortæller i det første citat at det både er svært og hårdt at skulle undgå patienter og pårørende, men en af grundene til at det er en nødvendighed at håndtere det på denne måde, er for at kunne udføre de andre arbejdsopgaver der er i organisationen. Hvis der var de rette ressourcer var det muligvis ikke nødvendigt for markarbejderne at benytte sig af denne strategi. Informant 1 fortæller at hun har kollegaer der, decideret går en anden vej for at undgå patienterne, dette kan være yderst utilfredsstillende for markarbejderne, fordi patienterne er den største arbejdsopgave i organisationen og man grundet ressourcerne ikke har tiden til at hjælpe dem alle sammen.

Udover at markarbejderne kan udvikle afværgemekanismen overfor deres patienter, kan det også opstå mellem markarbejderne, informant 3 fortæller, at hun i noget tid havde forsøgt at få et møde med en specifik sygeplejerske angående en patient:

”Hun finder hele tiden på nogle nye møder at gå til og det her hun skulle til var et fuldstændig sindssygt møde angående hvordan man brugte fælleskøkkenet på den bedst mulige måde, ej men altså... hun er hele tiden til møde, hele tiden væk, det er en måde at flytte sig fra problemerne på, hvis man hele tiden ikke er til stede... jeg kan aldrig få øjenkontakt med hende, hun kigger hele tiden væk” (Informant 3, 2019).

Dette udsagn kan tyde på, at informantens kollega benytter sig af strategien, afværgemekanismer. Grunden til at man kan opfatte det på denne måde, er fordi informant 3 kollega forsøger at undvige hende, dette kan der selvfølgelig være forskellige årsager til, men det kunne tyde på at kollegaen er udsat for et stort arbejdspress og derfor ikke har tid eller overskud til at kunne holde dette møde. I udsagnet nævnes det at kollegaen flytter sig fra problemer og derved afværger mødet med informant 3. Igen viser det et billede af hvad markarbejderne gør for at søge at mindske deres arbejdsbyrde, i dette tilfælde er det at undgå mødet om en patient. Som nævnt før er det ressourcerne der spiller en stor rolle i organisationen, for hvis de nødvendige ressourcer er til rådighed, er det ikke sikkert arbejdsbyrden ville være så stor. Informant 3 fortæller at de møder hendes kollega går til er ”sindssyge”, man kan tolke det som at møderne ikke har den store betydning og ikke er relevante for det arbejde de udføre med patienterne. Men for hendes kollega

kan disse møde være den eneste måde hvorpå hun kan håndtere hendes arbejdsdag, og mindske hendes arbejdspress.

Disse metoder hvorpå markarbejderne benytter denne strategi, kan ifølge Lipsky medføre at markarbejderne kommer til at handle på en destruktiv måde, både overfor patienter og markarbejder imellem (Lipsky, 2010, s. 82). Det kan blive destruktivt, fordi markarbejderne ikke har de ressourcer der er nødvendige for at kunne opfylde deres arbejdsopgaver. Hvis vi igen ser på udsagnet fra informant 3, er det vigtigt at de holder dette møde omkring patienten, en årsag til dette kunne eksempelvis være, at det vigtigt for det videre forløb med patienten.

Når denne strategi gør arbejdet destruktivt, menes der at det kan være ødelæggende for samarbejdet mellem de to markarbejder og dermed også ødelæggende for patienten og patientens forløb og i sidste ende kan der ske en skævvridning af de arbejdsgange markarbejderne skal følge.

Dette vil bringe os videre til den sidste coping strategi.

Worker Bias

Afværgemekanismer kan være med til udviklingen af coping strategien, *Worker bias*. Lipsky beskriver dette begreb som endnu en metode hvor markarbejderne kan forsøge at mindske deres arbejdsbyrde. Dette gør de ved at selektere mellem patienterne, ud fra hvilke patienter de får sympati for. Markarbejderne vil bruge deres tid og ressourcer hos de patienter de sympatisere med. Informant 2, beretter følgende, angående favorisering af patienterne:

”... Det har været en kæmpe problematik på vores afdeling. Det kan være at de (patienterne) bliver holdt i hånden, det kan være lange, lange samtaler på patientstuen, det kan være patienten har nogle favoritter i blandt personalet og så er der nogen der støtter op om det og ligesom forstærker det og det skaber splittelse altså fordi patienter har nogle favoritter og så hele tiden får de favoritter, så er der ikke nogle andre der kan varetage de opgave overfor den patient med mindre det er en af favoritterne...” (Informant 2, 2019).

Årsagen til at en markarbejder kan få sympati for patienten, kan der være mange forskellige grunden til, men det handler om noget personligt hos markarbejderen og det sker ud fra et personligt skøn. Informant 2 fortæller videre:

” ...Vi kunne f.eks. have en læge som kom ind på sin fridag og sad med sin patient i 3-4 timer og det er jo under alt kritik. Vi har også patienter som ikke er blevet set på stuegang fordi andre patienter har krævet mere tid, og det er så blevet prioriteret hvilket de ikke burde, jeg har oplevet sygeplejersker der har sms’et til en læge angående en patient uden for arbejdstiden, hvilket gør at der opstår nogle alliancer og det gør at vi andre ikke helt ved hvor vi skal komme ind henne og tage vores plads. Det er jo også svært at hjælpe en patient der ligesom har lavet nogle favoritter og nogle gang får sin vilje med dem ” (Informant 2, 2019).

Udsagnet her kan illustrere at der er sket en selektering af patienterne og det er sådan worker bias opstår. Worker bias kan have konsekvenser for nogle patienter, fordi alle ikke får den samme behandling og derfor heller ikke modtager den samme hjælp som andre patienter. De patienter der bliver vist sympati overfor fra markarbejderne, modtager mere hjælp og flere ressourcer end dem der ikke er sympati for, derfor kan det have konsekvenser som patient. I de to belyste citater er det tydeligt at se at der sker en selektering mellem patienterne. Den selektering der opstår, sker udelukkende på baggrund af markarbejderens personlige skøns vurdering, og ikke ud fra et fagligt perspektiv. Det første informant 2 fortæller, er at der er nogen patienter der får meget længere samtaler end andre og dette sker ud fra nogle forhold der bliver vurderet ud fra personlige holdninger. Her kan man sige at der opstår en skævvridning af det arbejde der skal udføres af markarbejderne, da det ikke nødvendigvis er de patienter der har det største behov, der får størstedelen af opmærksomheden. Lipsky beskriver at markarbejderne udvikler denne strategi, fordi det kan give dem en følelse af at udfører et tilfredsstillende arbejde, i en ellers presset arbejdshverdag. Sympatien fra markarbejderne kan ofte også opstå hvis de kan relatere sig til patienten, dette kan være nogle ens problemstillinger, alder, køn osv. Informant 2 fortæller også at hun har nemmere ved at afholde samtaler med patienter hun har noget tilfælles med og på en måde kan se noget af sig selv i, i forhold til at have samtaler med patienter der eksempelvis er meget ældre end hende.

Her sker der også en selektering, måske ikke så meget ud fra hvem man har sympati for, men mere ud fra et aspekt om at kunne relatere sig til patienten.

Delkonklusion

Som en del af besvarelsen til specialets problemformulering, har vi i dette afsnit foretaget en analyse ud fra Michael Lipsky teori om Street-level bureaucracy.

Vi kan ud fra denne analysedel udlede at arbejdsbyrden har en stor betydning for markarbejderne og for patienterne. For at kunne mindske den arbejdsbyrde de står overfor, ses der en udvikling af coping strategier for markarbejderne. Gennem hele analysen peges der på at arbejdsbyrden er for stor for markarbejderne og der er for få ressourcer til at kunne opretholde organisationens arbejdsgange, hvilket er med til at påvirke patienterne. Dette kan vi udlede på baggrund af den differentiering og selektering markarbejderne foretager sig af patienterne. Vi kan ligeledes argumentere for at der opstår ulighed mellem patienterne på grund af denne differentiering og selektering, da man på baggrund af disse ikke kan levere den samme service til alle patienter. I analysen belyses markarbejdernes skønsmæssige vurderinger. Disse vurderinger kan man ikke komme udenom når markarbejderne er i interaktion med patienterne, men fordi man ikke kan kontrollere disse vil det muligvis være en fordel for organisationen at minimere dem så der ikke skønnes ud fra subjektive holdninger omkring hvilke patienter man som markarbejder får sympati for eller ud fra hvilke patienter man ser kan opfylde organisationens mål.

Kapitel 7. Konklusion

Hensigten med dette speciale har været at forsøge at undersøge problemformuleringen der lød på følgende:

”Hvordan håndterer det sundhedsfaglige personale strukturelle forandringer i deres arbejdsgange, i forhold til det krydspres der kan opstå mellem organisationens mål, krav og det sundhedsfaglige personales faglige skøn?”

For at undersøge denne problemformulering, udformede vi tre arbejdsspørgsmål som vi har undersøgt under specialets tre analysedele. For at kunne besvare de tre arbejdsspørgsmål har vi udelukkende benyttet den empiri som vi selv har indhentet. Derfor kan vi ikke komme med en generel konklusion på den opstillede problemformulering. Derimod kan vi sige noget om de tre interviewpersonernes oplevelser af deres virkelighed og derigennem få et lille indblik i hvordan strukturelle forandringer kan påvirke markarbejdernes arbejdsgange.

Vi har ladet empirien fremstå på egne vilkår og i kontekst med anvendelsen af udvalgte teoretiske begreber, på denne måde har vi kunne udfordre og fortolke de teoretiske begreber vi har benyttet gennem de tre analysedele. I undersøgelsen af de tre arbejdsspørgsmål, har vi kunne udlede, at der sker en påvirkning oppefra og ned til markarbejderne.

I den første analysedel havde vi fokus på den neoliberalistiske- og NPM diskursen. Vi søgte at undersøge hvordan disse er med til at påvirke de strukturelle forandringer og gennem analysen kunne vi se at disse opfatter markarbejderne som en funktion til at kunne opretholde produktiviteten og dermed levere serviceydelser til patienterne. Når vi beskriver at markarbejderne opfattes som en funktion, er det fordi der gennem den neoliberalistiske- og NPM diskursen, kan tyde på at der ikke bliver taget højde for at markarbejderne også er mennesker og derfor kan det være svært at bliver underlagt disse strukturelle forandringer, hvis man ikke har sig selv med.

Dette kan også ses i den anden analysedel, hvor vi har lagt vores fokus på hvordan forandringer i organisationer kommer til udtryk hos markarbejderne. Her har vi igennem vores indsamlede empiri kunne udlede, at det oftest skaber modstand og konflikt når der sker strukturelle forandringer. Modstand og konflikt kan opstå af mange forskellige årsager, som er beskrevet i analysen. Men vi kan udlede at en stor grund til at både modstand og konflikt sker, er hvis arbejdsbyrden bliver større

og ressourcerne mindskes og man derved minimerer det faglige skøn, og på den måde bliver opfattet blot som en funktion.

I den sidste analysedel, har vi haft fokus på hvordan markarbejderne håndterer de strukturelle forandringer og samtidig udfører deres arbejdsopgaver. Vi kan ud fra analysen udlede at benyttelsen af copingstrategier kan opfattes som en måde hvorpå markarbejderne kan håndtere både organisationens krav og mål og samtidig udføre deres arbejdsopgaver ordentligt, korrekt og omsorgsfuldt overfor deres patienter. Dog er der konsekvenser ved at man som markarbejder benytter sig af copingstrategier, disse konsekvenser kommer til udtryk når man differentierer mellem patienterne eller favoriserer patienterne ud fra forskellige parametre. Konsekvenserne er, at man automatisk vil efterlade nogle patienter tilbage. Disse patienter, der ikke er ”attraktive” i forhold til organisationens mål, vil muligvis ikke modtage samme hjælp som patienter der er ”attraktive”. Dette er med til at skabe ulighed og resulterer i at patienterne ikke bliver mødt på en ensartet måde af markarbejderne.

Ud fra disse tre analysedele kan man argumentere for at markarbejderne kan benytte sig af forskellige copingstrategier for at kunne håndtere de strukturelle forandringer, de bliver sat overfor. Baggrunden for denne argumentation er, at vi gennem alle tre analysedele ser et krydspres som skabes af de krav der er fra organisationen og de krav der er fra patienterne, samtidig med at markarbejderne skal udføre de samme arbejdsgange, dog med færre ressourcer.

I Begyndelsen af specialet, beskrev vi nogle af de fordomme vi havde til dette emne, dem har vi nu opstillet som hypoteser. Vi ønsker her at se på om disse hypoteser er bevaringsværdige eller ej.

Den første hypotese: Når der sker strukturelle forandringer har det en påvirkning på det sundhedsfaglige personale.

Vi har gennem udarbejdelsen af dette speciale set, at markarbejderne bliver påvirket på forskellige måder, når der sker strukturelle forandringer. Det kræver forskellige tilgange fra markarbejderne, som eksempelvis omstillingsparathed, fleksibilitet og tilvænning. Igennem analysen er vi også blevet opmærksomme på, at når man ændrer markarbejderes arbejdsgange, kan det have en påvirkning på hvordan markarbejderne opfatter deres arbejdsidentitet, og hvis de ændrede arbejdsgange kræver anden viden og erfaring end hvad markarbejderne allerede besidder, vil det ligeledes have konsekvenser.

En anden opstillet hypotese vi havde til dette emne var at: *Disse forandringer, der sker i det sundhedsfaglige personales, arbejdsgange, har konsekvenser for patienterne.*

Efter vi havde udarbejdet de tre kvalitative interviews, kunne vi udlede at de strukturelle forandringer ikke kun kan have konsekvenser for markarbejderne, men også for patienterne. Gennem alle tre interviews, stod det klart at det store arbejdspress er med til at afføde forskellige strategier for markarbejderne hvorpå de kan forsøge at undgå deres patienter. Alle tre informanter kom med beskrivelser af hvordan de forsøger dette, nemlig ved enten at kigge væk og undgå øjenkontakt med patienter eller ved at gå omveje, så man for eksempel ikke kommer forbi venteværelset. Herved kan man gennem analysen udlede, at hvis markarbejderne benytter sig af copingstrategier, vil det kunne skabe konsekvenser for patienterne.

Som det sidste har vi funderet over følgende: *Når arbejdet bliver utilfredsstillende for det sundhedsfaglige personale, kan det føre til en ulige fordeling af ressourcerne mellem patienterne.*

Gennem analysen af de kvalitative interviews, har vi set forskellig nuancer af hvad der forventes af en sygeplejerske. Der eksisterer både de forventninger som er fastsat af organisationen, forventninger fra patienterne og de forventninger som sygeplejersken har til sig selv som professionel. Der er mange krav og mål der skal opfyldes og en stigende mængde administrativt arbejde. Vi oplevede gennem vores informanter, at de brænder for deres arbejde og ønsker at udføre det bedst muligt. Desværre er det ikke altid muligt at ens gode intentioner kan gennemføres, når man arbejder i en organisation, der ofte glemmer at tage højde for det faktum at det handler om mennesker der arbejder med mennesker. Derfor har vi gennem vores informanter kunne se, at når arbejdsbyrden og arbejdspresset bliver for stort for dem, kan der ske en ulige fordeling af deres ressourcer. I udarbejdelsen af analysen har vi fået et indtryk af, at det nogle gange bliver organisationens mål og krav der vægtes højere end patienten. Dette kan føre til at markarbejderne oplever et krydspres, som stiller dem i en position hvor de er nødsaget til at nedprioritere deres faglighed, og forsøge at navigere i en organisation, hvis fokus tyder på at være overvejende økonomisk orienteret. Samtidig ender markarbejdernes egne løsninger med at påvirke ikke blot dem selv, men også de patienter de behandler.

Kapitel 8. Perspektivering

I dette speciale har vi haft fokus på hvordan forandringer påvirker markarbejderne og hvordan denne påvirkning kan føre til coping strategier for markarbejderne.

Vi nævner forskellige scenarier hvor der kan opstå en slags forskelsbehandling af patienter og at denne forskelsbehandling kan medføre ulighed mellem patienterne.

Denne ulighed kan oftest komme til at ramme dem der i forvejen er udsat i samfundet, dem med færrest ressourcer, dette beskriver det sundhedsvidenskabelige fakultet ved SDU, Statens institut for folkesundhed (SIF). SIF beskriver at uligheden i sundhed er stigende i Danmark og skellet mellem de bedst og dårligst stillede vokser sig større (sdu.dk, 2019).

I dansk sygeplejeråd er der skrevet diverse artikler og debatindlæg angående denne ulighed som opstår gennem det arbejde markarbejderne udfører. Her bliver det beskrevet at uligheden rammer i forhold til patienternes forskellige forudsætninger og ressourcer, som har betydning for at de ikke får det optimale ud af deres behandling (dsr.dk, 2018). Næstformanden Dorte Steenberg, i dansk syge plejeråd fortæller:

”Vi oplever desværre, at der er stor ulighed i sundhed i Danmark. Når alle patienter bliver tilbudt den samme behandling og pleje, så vil der være stor forskel på det udbytte patienterne har, fordi der er meget stor forskel på ressourcer og forudsætninger hos patienterne”

Dette udsagn bakker formanden for FOAs social og sundhedssektor Karen Stæhr:

”Uligheden i danskernes sundhed er vokset gennem årene. Den udvikling skal vendes. For at sikre større lighed i sundhed, så bliver vi nødt til at behandle og pleje borgerne forskelligt. Det er ikke den samme indsats, der skal gøres for at forebygge slidgigt hos rengøringsassistenten og hos juristen”

Begge udsagn beskriver at det er den ens og lige behandling der skaber den ulighed.

Vi har gennem udarbejdelsen af dette speciale fået mere opmærksomhed på hvordan man ville kunne komme denne ulighed til livs.

Derfor begyndte vi at søge ud af og se på hvad andre lande gør for at sikre deres patienter og behandlingen af dem.

I vores undersøgelse om hvad andre lande gør, faldt vores opmærksomhed på Norge. Grunden til vi blev optaget af netop Norge, er fordi de i 2005 nedsatte en kommission for ulighed, kaldet ”*Fagråd for sosial ulikhet i helse*”.

Grunden til at det er interessant at se på denne kommission for ulighed i sundhed er fordi, man i sundhedsvæsenet har man en hvis mængde af ressourcer og disse skal prioriteres. I Norge har man valgt at prioritere den ulighed der sker mellem patienterne højt (Helsediktoratet, 2017).

Kommissionens vigtigste opgave er at komme med faglig ekspertise samt rådgive og udbrede kendskab til social ulighed i sundhed, samtidig med dette er de også med til at udvikle strategier og nye tiltag så man kan mindske den sociale ulighed i sundhed.

Når vi vælger at belyse den Norske kommission, er det fordi vi mener at det danske sundhedsvæsen vil kunne søge inspiration fra netop denne model.

Den norske kommission har arbejdet med mange forskellige problematikker angående ulighed i sundhed og de har blandt andet forsøgt at indsamle systematisk viden på området og inddrage forskellige aktører. Som senest har de i 2018 præsenteret 29 forskellige anbefalinger til at kunne reducere uligheden mellem patienterne og disse forskellige anbefalinger handler blandt andet om sundhedsvæsenets organisering og ressourcer, derudover er der også anbefalinger der omhandler sundhedsfremmende tiltag.

Fordelen ved at nedsætte sådan en kommission i Danmark, vil blandt andet være at man selvfølgelig kan gøre livet nemmere for nogen mennesker og følelsen af forskelsbehandling vil man måske kunne mindske, derudover er det vigtigt for samfundet at man sætter fokus på dette emne, så flere forstår vigtigheden og konsekvenserne af den ulighed der kan opstå i sundhed. Afslutningsvis ser vi det også som en vigtighed for de markarbejder der arbejder med patienterne, at hvis de får de ressourcerne der skal til for at kunne behandle patienterne efter deres behov, vil udviklingen af forskellige måder at håndtere strukturelle forandringer, måske også mindskes og dermed vil man muligvis også kunne mindske uligheden mellem patienterne.

Litteraturliste

Bøger

Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative interview*. Hans Reitzels Forlag. 1. Udgave. 1. Oplag.

Brinkmann, S & Tanggaard, L. (2015). *Kvalitative metoder*. Hans Reitzels Forlag. 2. Udgave. 1. Oplag.

Fuglsang, L & Olesen, B.P. et.al (2014). *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne – på tværs af fagkulturer og paradigmer*. Forlag Samfundslitteratur. 3. Udgave. 2. Oplag.

Healy, K. (2016). *Socialt arbejde i teori og kontekst*. Akademisk Forlag. 2. Udgave. 1. Oplag.

Jacobsen, I.D. & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisationer fungerer – en indføring i organisation og ledelse*. Hans Reitzels Forlag. 3. Udgave. 1. Oplag.

Jespersen, K.P. (2005). *Mellem profession og management – Ledelse i danske sygehuse*. Handelshøjskole Forlag. 1. Udgave

Juul, S. & Pedersen, B.K. (2012) *Samfundsvidenskabernes vidensteori – En indføring*. Hans Reitzels Forlag. 1. Udgave. 1. Oplag.

Kvale, S & Brinkmann, S. (2009). *Interview – Introduktion til et håndværk*. Hans Reitzels Forlag. 2. Udgave. 1. Oplag.

Lipsky, M. (2010). *Street –Level Bureaucracy*. Hans Reitzels Forlag. 2. Udgave. 2. Oplag.

Pedersen, K. O. (2011). *Konkurrencestaten*. Hans Reitzels Forlag. 1. Udgave. 3. Oplag.

Winter, C.S & Nielsen, L.V. (2008). *Implementering af politik*. Hans Reitzels Forlag. 1. Udgave. 3. Oplag.

E-bøger

Højgaard, L (2017). *Hvordan får vi verdens bedste sundhedsvæsen?*. Informations Forlag.

1. E-bogsudgave.

Artikler

Kamp, A & Kold, V. Et.al. (2012). *At arbejde i det offentlige – velfærdsstat og velfærdsarbejde under forandring*. Tidsskrift for Arbejdsliv, nr. 4

Antologi

Dansk Sygeplejeråd (2015) *Bladet fra munden – Mod og vilje til et godt arbejdsliv*.

www.dsr.dk/medbladetframunden

Rapporter

Region Hovedstaden (2014). *Sundhedsplatformen og nybyggeriger*. Region hovedstaden.

Lokaliseret d. 2. 9. 2019

<https://www.regioner.dk/media/7652/det-papirloese-hospital-herunder-sundhedsplatformen.pdf>

Publikation

Artzen, A. Bøe, T. & Dahl, E. et al. (2006). *Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse - Fagrådet for sosial ulikhet i helse*. Helsedirektoratet

Webadresser

Social- og indenrigsministeriet (u.å). *Kommunalreformen i 2007*.

Lokaliseret d. 29.08.2019

<https://sim.dk/arbejdsomraader/kommunal-og-regionaloekonomi/kommunale-opgaver-og-struktur/kommunalreformen-i-2007/>

Dansk sygeplejeråd (2008). *Stor ulighed i sundhed i Danmark*

Lokaliseret d. 17.07.2019

<https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/stor-ulighed-i-sundhed-i-danmark>

SDU, Statens institut for folkesundhed (2019). Ulighed i sundhed

Lokaliseret d. 24/08.2019

https://www.sdu.dk/da/sif/forskning/ulighed_i_sundhed

Idunn (2018). Hvad er sygepleje

Lokaliseret d. 06.09.2019

https://www.idunn.no/klinisk_sygepleje/2018/02/nu_igen_hvad_er_sygepleje

Bilag