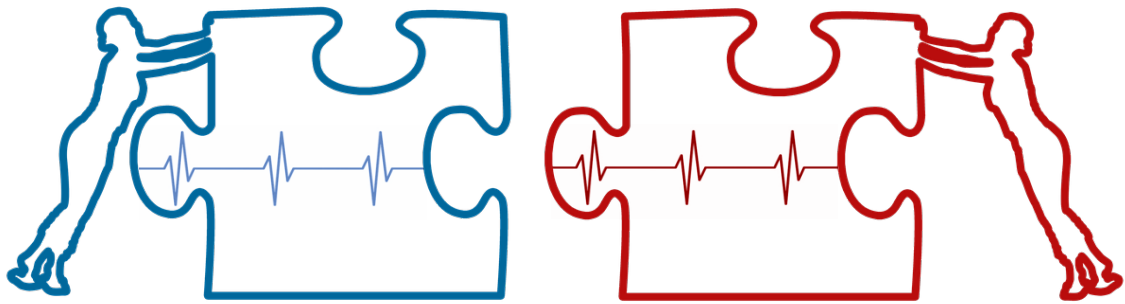


Sygeplejersker på hospitalets brændpunkter – mellem arbejdspress og samarbejde med vikarer



Billede 1: Eget design med brug af copyright free billeder fra Pixabay

En kvalitativ undersøgelse af hvordan fastansatte sygeplejersker oplever samarbejdet med sygeplejerskevikarer, og hvordan de fastansatte sygeplejersker oplever, at brugen af vikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø

Specialeafhandling

Kandidaten i socialt arbejde på Aalborg Universitet i København

Dato: 11. april 2023

Vejleder: Ane Grubb

Udarbejdet af:

Caroline Liddy Voss Rasmussen (20202460)

Mie Fuglsang Hansen (20202761)

Antal anslag: 191.102

Abstract

As a consequence of a shortage of nurses in Denmark, the hospitals use agency nurses to make up the shift schedule. It has not been possible to identify studies which examine how permanent nurses experience the use of agency nurses.

The purpose of this case study is to provide new knowledge about which factors permanent nurses, in a department where there is a large shortage of nurses, has an impact on the collaboration with agency nurses, and how the appearance of agency nurses affects the psychosocial working environment in the department from the permanent nurses' perspective. Our research design is a case study, and for the collection of empirical data, we have made four focused observations and five semi-structured interviews with permanent nurses from the same ward. It is concluded that permanent nurses experience that five trust parameters and six adaptation strategies are important for trust and cooperation with the individual agency nurse. The trust parameters are the degree of trust that the permanent nurses have in the agency workers, and this is the agency nurses' skills, degree of responsibility, attitude to work and experience from the hospital department. The adaptation strategies are division of work tasks, training of substitutes, recognition, own systems and control, doing things yourself or stopping collaboration. The permanent nurses are dependent on the labor of the agency nurses to ease the high work pressure on the ward. Overall, the permanent nurses experience that the psychosocial working environment is perceived as unsafe because of the agency nurses. A large number of changing nurse substitutes contributes to the experience of a lack of structure, lack of influence, lack of meaningfulness and great unpredictability in the work. The permanent nurses experience that the use of agency nurses contributes to the experience of high physical and emotional demands. At the same time, the permanent nurses experience increased work pressure because they have to double-check and introduce new agency nurses. The permanent nurses find it unfair that the agency nurses receive a higher salary while at the same time feeling that they take on a lesser degree of responsibility, and at the same time that no demands are made to the competences of the agency nurses, but high demands are placed on the competences of the permanent nurses.

An important finding from this case study shows that a lack of guidelines for training and competence development of agency nurses increased work pressure for the permanent nurses and the experience of an unsafe working environment. There is a need for political focus on this issue as well as further research in this field.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	5
1.1 Problemfelt	5
1.2 Det sociale problem	7
1.3 Formål med specialet	8
2. Problemformulering	9
2.1 Arbejdsspørgsmål	9
3. Begrebsafklaring	10
4. Baggrundsafsnit	12
4.1 Arbejdspres på hospitalerne	12
4.2 Konsekvenser af arbejdspresset	13
4.3 Sygeplejersker i den offentlige debat	14
4.4 Politiske tiltag	14
4.5 Sygeplejerskevikarer	15
4.6 Kortlægning Region Sjælland	16
5. Videnskabsteori	19
6. Metode	21
6.1 Kvalitativt casestudie	21
6.2 Fokuseret feltstudie	22
6.3 Semistrukturerede interviews	24
6.4 Øvrige datakilder	26
6.5 Adgang til feltet	26
6.6 Etiske overvejelser	28
6.7 Præsentation af feltet	29
6.8 Præsentation af informanter	32
7. Analysestrategi	34

8.	Teori.....	36
	8.1 Streetlevel bureaucracy.....	36
	8.2 Nyinstitutionel teori.....	36
	8.3 Social kapital.....	37
	8.4 Seks arbejdsmiljødimensioner.....	39
9.	Analyse.....	40
	Analyseafsnit 1: Det psykosociale arbejdsmiljø.....	40
	Analyseafsnit 2: Samarbejdet mellem sygeplejersker og vikarer.....	52
	Analyseafsnit 3: Sygeplejerskernes strategier.....	62
	Analyseafsnit 4: Vikarernes indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø.....	70
10.	Diskussion.....	79
11.	Konklusion.....	81
12.	Perspektivering.....	83
	Litteraturliste.....	85
	Bilag.....	96
	Bilag 1: Litteraturgennemgang.....	96
	Bilag 2: Vores forforståelser.....	98
	Bilag 3: Inklusionskriterier for afdeling, feltstudie og informanter.....	100
	Bilag 4: Observationsguide.....	101
	Bilag 5: Efter-refleksioner.....	103
	Bilag 6: Semistruktureret interviewguide fastansatte sygeplejersker.....	104
	Bilag 7: Semistruktureret interviewguide oversygeplejerske.....	106
	Bilag 8: Kompetenceprogram.....	108
	Bilag 9: Kategorisering og kodning.....	109
	Bilag 10: Portfolio.....	112

1. Indledning

I dette indledende afsnit udfoldes problemfeltet, der danner grundlag for specialets problemformulering samt argumenteres for et socialt problem, der potentielt opstår blandt hospitalssygeplejersker på denne baggrund. Afslutningsvis beskrives det forskningssamarbejde, som specialet udarbejdes under samtidig med, at specialets formål klarlægges.

1.1 Problemfelt

Sygeplejersker udgør den største faggruppe på danske hospitaler, og i slutningen af 2022 arbejdede der knap 35.000 sygeplejersker på landets somatiske hospitaler (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, 2022). Nyere undersøgelser viser, at særligt hospitalssygeplejersker, ansat under regionerne, i stigende grad oplever mistrivsel på arbejdspladsen. En trivselsundersøgelse af Danske Regioner (2022a) viser, at 27% af de regionalt ansatte sygeplejersker ikke er tilfredse med deres arbejde overordnet set, hvilket betyder, at de ender på en delt sidsteplads over jobtilfredshed af i alt 16 repræsenterede faggrupper. En arbejdsmiljøundersøgelse foretaget af Dansk Sygeplejeråd (2021) viser, at der er en sammenhæng mellem et højt arbejdstempo, underbemanding og lav jobtilfredshed. Undersøgelsen viser, at det særligt er sygeplejersker ansat på akut-, kirurgiske og medicinske hospitalsafdelinger, som oplever et højt arbejdstempo og mistrivsel. Overordnet oplever seks ud af 10 sygeplejersker, at de altid eller ofte arbejder meget hurtigt, og mere end hver femte svarer, at de har følt sig stressede inden for de sidste to uger. Mere end hver tredje har taget medicin for at kunne overkomme arbejdsdagen, og over hver femte sygeplejerske føler sig udbrændt i arbejdet. Samtidig føler næsten hver tredje sig psykisk nedslidt, og mere end hver femte føler sig fysisk nedslidt. Derudover er næsten syv ud af 10 helt eller delvis enige i, at der er forhold i deres arbejdsliv, der vanskeliggør, at de kan blive i faget til pensionsalderen. (Dansk Sygeplejeråd, 2021)

Trivslen blandt sygeplejersker påvirkes af et komplekst samspil af multiple faktorer i arbejdsvilkårene og arbejdsmiljøet på arbejdspladsen. En væsentlig faktor bag den stigende mistrivsel kan associeres med en rekordhøj mangel på faggruppen og en stigning i antallet af patienter, hvilket bidrager til et øget arbejdspress. Færre søger ind på landets sygeplejerskeuddannelser, derudover genovervejer både nyuddannede og sygeplejerskestuderende deres karrierevalg. (Uddannelses- og Forskningsstyrelsen, 2022; Noer, Glavind & Ankersen, 2020) Aktuelt mangler der knap 5000 sygeplejersker i landets

regioner og kommuner, og manglen estimeres til at stige til over 8000 i 2030 (Larsen & Jakobsen, 2022; Damvad Analytics, 2021). Sygeplejerskemanglen er særlig stor i regionerne, hvor både fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker anses som et stort problem. På blot et år fra 2021 til 2022 er der sket et frafald på over 2000 sygeplejersker på de somatiske hospitaler svarende til knap 6% (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, 2022). En rapport fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2022) viser, at sygeplejerskejobs har en forgæves rekruttering i de regioner, hvor det står værst til, på 50% i Hovedstadsområdet, 55% på Sjælland og 60% i Vestjylland. Sygeplejeforsker Vibeke Røn Noer og næstforkvinde i Dansk Sygeplejeråd Dorthe Boe Danbjørg peger begge på, at sygeplejerskemanglen og det arbejdspress, det medfører, skaber en negativ spiral, hvor flere sygeplejersker mistrives. Dette medfører, at flere vælger at forlade faget og færre søger ind på sygeplejerskeuddannelsen, hvilket skaber et endnu større pres på de tilbageværende sygeplejersker med risiko for, at de også forlader faget. (Trolle, 2022; Danbjørg, 2021)

Den stigende mangel på sygeplejersker medfører, at hospitalsafdelingerne er nødsaget til at anvende sygeplejerskevikarer. Dansk Sygeplejeråd forhandler aktuelt overenskomsttaftaler med 57 private vikarbureauer, og fra 2011 til 2019 er der sket en fordobling af antallet af eksterne sygeplejerskevikarer fra 900 til 1800. (Lorenzen, 2022; Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner, 2022)

Der er flere eksempler på vikarer, der i medierne fortæller, at de har fået arbejdsglæden tilbage, efter de har udskiftet deres faste stilling med tilværelsen som vikar. Årsagen til dette er, at lønnen er højere, samtidig med at de oplever større fleksibilitet, fordi de selv planlægger deres vagter. (Frederiksen, Friis & Blume, 2022; Fomsgaard, 2023) Vikarerne bidrager til, at manglen på personale reduceres midlertidigt, men i medierne tegnes der samtidig et billede af, at der sker en skævvridning, når fastansatte har det overordnede ansvar for, at arbejdsopgaverne løses korrekt, mens vikarerne har mindre ansvar og aflønnes højere (Lorenzen, 2022; Bachmann & Møller, 2022). Et kvalitativt studie af Jansson & Engström (2016) viser, at fastansatte intensivsygeplejersker i Sverige både har positive og negative oplevelser i forhold til anvendelsen af vikarer. Selvom de fastansatte helst vil undgå vikarer, fremhæves det alligevel som positivt, at samarbejdet med dem ofte er godt, og at vikarerne bidrager med vidensudveksling mellem intensivafdelinger. Derudover er vikarernes tilstedeværelse afgørende for, at de fastansatte ikke bliver forstyrret på deres fridage. De negative aspekter, der fremhæves, er, at det er opslidende konstant at oplære nye vikarer samtidig med, at arbejdspresset øges som konsekvens af, at vikarerne ikke ved, hvor tingene

er placeret på afdelingen. Vikarerne indgår desuden ikke i det sociale fællesskab på afdelingen, hvilket ellers vægtes højt for de fastansatte. (Jansson & Engström, 2016) Da dette studie er foretaget på intensive afdelinger, kan det diskuteres, om det er generaliserbart til almene hospitalsafdelinger¹, der aktuelt er under stort arbejdspress, og hvor der ikke stilles krav til sygeplejerskevikarers kompetence og erfaring. Det har ikke været muligt for os at identificere hverken danske eller internationale studier, som undersøger fastansattes sygeplejerskers oplevelser med vikarer på almene hospitalsafdelinger. Dog viser et dansk studie af Hølge-Hazelton & Berthelsen (2020), at en stærk kultur på hospitalsafdelinger og et tæt socialt sammenhold mellem sygeplejerskerne har positiv indflydelse både arbejdsglæden og sygeplejerskernes lyst til at blive på arbejdspladsen. Et andet dansk tværnsnitsstudie af Lind, Bjerregård, Olsen, Berthelsen & Hølge-Hazelton (2021) viser, at der er en sammenhæng mellem afdelinger med en høj bemanning og lille udskiftning i personalegruppen og et godt arbejdsmiljø. Selvom disse to studier ikke beskæftiger sig med anvendelsen af vikarer, underbygger det antagelsen om, at en fasttømret personalegruppe har en positiv indflydelse på arbejdsmiljøet på den enkelte afdeling. Men hvad gør det så ved de fastansattes oplevelser af det psykosociale arbejdsmiljø, når der er en stor udskiftning i personalegruppen med skiftende vikarer? Da sygeplejerskemanglen forventes at stige over de kommende år, betyder det angiveligt også, at antallet af vikarer vil stige, hvorfor vi mener, det er relevant at undersøge dette i en dansk kontekst på en almen sengeafdeling.

1.2 Et socialt problem

Sygeplejersker som overordnet faggruppe karakteriseres ikke som en socialt udsat gruppe. Alligevel mener vi, at der kan argumenteres for, at en gruppe af hospitalssygeplejersker oplever social ulighed i sundhed grundet det arbejdspress, der opstår i forbindelse med en voksende sygeplejerskemangel samt et stigende antal patienter. Den sociale ulighed kommer til udtryk i form af mistrivselssymptomer såsom stress, udbændthed samt fysisk og psykisk nedslidning. Samtidig viser forskning, at arbejdsrelateret stress øger risikoen for udvikling af både fysisk og psykisk sygdom, herunder hjertekarsygdomme, demens, depression og angst. (Rosengren, et al. 2004; Rugulies, Bültmann, Aust & Burr, 2006; Morley, Ives, Bradbury-Jones & Irvine, 2019; Burston & Tuckett, 2012) Selvom fænomenet social ulighed i sundhed normalt ikke anvendes til at dække over velfærdsmedarbejdere, tyder det på, at det er

¹ Almene hospitalsafdelinger henviser i denne sammenhæng til medicinske, kirurgiske eller akutafdelinger, hvor det for sygeplejersker (fastansatte eller vikarer) ikke kræver en efteruddannelse at kunne arbejde

strukturelle vilkår, der skubber en gruppe af hospitalssygeplejersker ind i denne kategori. Der er endnu ikke forskningsmæssigt fuldt overblik over faktorerne bag den sociale ulighed i sundhed, men betegnelsen af fænomenet beskrives som en samfundsbetings strukturel ulighed blandt grupper af borgere betinget af socioøkonomiske faktorer (Danske Patienter, 2019). Det virker paradoksalt, at sygeplejersker, som varetager pleje og behandling af syge patienter, selv potentielt oplever mistrivselssymptomer, fysisk eller psykisk sygdom på grund af arbejdsvilkårene på hospitalerne. Samtidig sætter disse faktuelle vilkår angiveligt sygeplejersker i et krydspres, hvor de skal vælge mellem patienterne eller deres egen trivsel og helbred. At vilkårene på hospitalerne tilmed har negativ betydning for behandlingen af patienterne på hospitalerne, udfoldes i specialets baggrundsafsnit.

1.3 Formål med specialet

Formålet med specialet er at tilvejebringe ny viden om, hvad fastansatte sygeplejersker oplever har betydning for samarbejdet med sygeplejerskevikarer, på en afdeling med mangel på sygeplejersker og stort forbrug af sygeplejevikarer. Derudover er formålet at undersøge, hvordan de fastansatte sygeplejersker oplever, at brugen af sygeplejevikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen. Specialet laves under samarbejde med Bibi Hølge-Hazelton, som er professor og forskningsleder på det igangværende forskningsprogram REkruttering og FAStholdelse (REFAS) af sygeplejersker i Region Sjælland. REFAS løber fra januar 2021 frem til december 2025 og er iværksat på baggrund af den stigende sygeplejerskemangel. Hovedformålet med REFAS er at øge patientsikkerheden gennem undersøgelser af, hvilke faktorer, der har betydning for, at sygeplejersker fortsat fastholdes og rekrutteres. (Region Sjælland, 2021a) Fund fra specialet kan anvendes af REFAS til videre forskning på området eller hjælpe til udvikling af nye strategier for fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker. Samtidig har vi visioner om, at den viden, der produceres i specialet, skal udgives i en faglig artikel i samarbejde med professor Bibi Hølge-Hazelton.

2. Problemformulering

Hvad oplever fastansatte sygeplejersker har betydning for samarbejdet med sygeplejerskevikarer, og hvordan oplever de fastansatte sygeplejersker, at brugen af vikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?

2.1 Arbejdsspørgsmål

Til besvarelsen af problemformuleringen har vi udarbejdet fire arbejdsspørgsmål, der angives nedenfor. Da konteksten på afdelingen har betydning for samarbejdet med vikarerne, tager første arbejdsspørgsmål udgangspunkt i de fastansatte sygeplejerskers oplevelse af afdelingens psykosociale arbejdsmiljø overordnet set. Dette er med øje for, at samarbejdet med vikarerne og vikarnes indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø ikke kan isoleres fra arbejdsmiljøet, men dette er fokus de øvrige arbejdsspørgsmål.

- 1) Hvordan oplever de fastansatte det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?
- 2) Hvilke parametre, oplever de fastansatte sygeplejersker, har betydning for samarbejdet med sygeplejerskevikarerne?
- 3) Hvilke strategier anvender de fastansatte sygeplejersker for at tilpasse samarbejdet med sygeplejerskevikarerne?
- 4) Hvordan oplever de fastansatte sygeplejersker, at brugen af vikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?

3. Begrebsafklaring

- **Sygeplejerskevikarer**

I specialet omtales sygeplejerskevikarer som vikarer eller afløsere og henviser til sygeplejersker, som ikke er fastansatte på den pågældende afdeling. Inden for stort set alle sundhedsfag anvendes der vikarer, men i dette speciale fokuseres der udelukkende på sygeplejerskevikarerne. Der skelnes desuden mellem *interne* og *eksterne* vikarer, afhængigt af om de er ansat af regionens interne vikarkorps eller eksterne private vikarbureauer. (Dansk Sygeplejeråd, u.å.)

- **Samarbejde**

Begrebet samarbejde kan veksle mellem forskellige samarbejdsformer, fra at arbejdsopgaverne uddelegeres mellem individer til, at individer er indbyrdes afhængige af hinanden for at løse arbejdsopgaverne (Bang & Dalsgaard, 2005). Vores fokus ved samarbejdet retter sig mod relationelle forbindelser, der har indflydelse på oplevelsen af samarbejdet samt faktorer i samarbejdet, der har betydning for medarbejdernes trivsel samt arbejdsmiljøet på arbejdspladsen.

- **Psykosocialt arbejdsmiljø**

Arbejdsmiljøet adskilles typisk i det fysiske, psykiske og sociale forhold, hvor vi hovedsageligt vil have fokus på de psykiske og sociale forhold i dette specialeprojekt. På denne baggrund anvendes begrebet "psykosocialt arbejdsmiljø", da dette definatorisk rummer både det psykologiske og det sociale aspekt i arbejdsmiljøet. I litteraturen diskuteres både formuleringen af begrebet og definitionerne på begrebet (Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2022; Sørensen, Hasle, Hesselholt & Herbøl, 2012). Vores forståelse af det psykosociale arbejdsmiljø tager udgangspunkt i Arbejdstilsynets (u.å.a.) definition af begrebet, der beskrives som et samspil mellem psykiske og sociale forhold på arbejdspladsen og den enkelte medarbejder. Dette samspil kan påvirke medarbejdernes psykiske og fysiske helbred positivt såvel som negativt, og der er dermed ligeledes en sammenhæng mellem arbejdsmiljøet og medarbejdernes trivsel.

I nedenstående figur har vi illustreret de elementer, der med udgangspunkt i arbejdstilsynets definition danner udgangspunktet for vores forståelse af begrebet.



Figur 1: Psykosocialt arbejdsmiljø (egen illustration på baggrund af Arbejdstilsynets (u.å.) definition)

- **Trivsel**

I specialet anvendes begrebet *trivsel* som modsætning til begrebet *mistrivsel*, og vores fokus på begreberne er i relation til arbejdsmiljøet. Vores forståelse af trivselsbegrebet tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens (2022) definition, der ligeledes rummer det psykosociale aspekt og beskrives som en tilstand af mental sundhed, hvor vedkommende kan udfolde sine evner, håndtere stress og daglige udfordringer samt indgå i sociale fællesskaber med andre. Omvendt anvendes mistrivselsbegrebet ud fra Det Nationale Forskningscenters definition, der forstås som en tilstand med psykisk ubehag, der vanskeliggør at arbejde produktivt, indgå i sociale fællesskaber og indgå i normale hverdagsaktiviteter (Grønvad et al., u.å.).

4. Baggrundsafsnit

Igennem hele specialeprocessen er der foretaget litteratursøgninger, der har bidraget til at kvalificere specialets problemformulering, samt afdække relevant forskning og litteratur om tendenser og fænomener på området (Bilag 1). I følgende afsnit vil vi udfolde nogle af de faktorer, der danner grundlag for et øget arbejdspress på hospitalerne, samt hvilke konsekvenser dette har for sygeplejersker og patienter. Dernæst skitseres et oprør blandt sygeplejersker, den politiske håndtering af problematikken, samt anvendelsen af sygeplejevikarer. Afslutningsvis kortlægges sygeplejerskemanglen og brugen af vikarer i Region Sjælland, hvor vores undersøgelse finder sted.

4.1 Arbejdspress på hospitalerne

Hele sundhedsvæsenet lider under et stigende arbejdspress i takt en øget mangel på sundhedspersonale, et øget antal patienter, samt en større kompleksitet i sygdomsbilledet blandt patienterne (Larsen & Jakobsen, 2022; Iversen & Kjellberg, 2018). Arbejdspreset vokser samtidig i forbindelse med forlængede ventetider på diagnostik, behandling og operationer af patienter, som konsekvens af personalemanglen, aflyste patientaftaler under coronapandemien og sygeplejerskestrejken i 2021. Trods et stort politisk fokus på de lange ventelister er der endnu ikke sket en afvikling, og i 2023 skubber hospitalerne fortsat en pukkel af patienter foran sig. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023a)

Selvom manglen på sundhedspersonale generelt præger hospitalerne, så har sygeplejerskemanglen særlig betydning, fordi de udgør den største faggruppe på hospitalerne. Udover at der er øget behov for sygeplejersker, kan det betragtes som en væsentlig årsag til, at manglen på sygeplejersker vokser, at det er svært både at fastholde og rekruttere faggruppen. (Larsen & Jakobsen, 2022; Danske Patienter et al., 2019) Et stigende antal søger væk fra de danske hospitaler, og tal fra Helsedirektoratet i Norge viser, at over 10.000 danske sygeplejersker har søgt autorisation til at arbejde i Norge (Fomsgaard, 2023). Desuden vælger 28% af sygeplejerskerne overordnet set at forlade faget inden for 10 år, og mere end hver fjerde nyuddannede sygeplejerske tvivler på, om de er i faget om bare fem år (Larsen & Jakobsen, 2022; Noer, Glavind & Ankersen, 2020). Samtidig vælger 53% af sygeplejerskerne at arbejde på deltid. Blandt 18% af disse er det på grund af faktorer i arbejdsmiljøet, og blandt

42% er det fordi det er svært at få arbejdsliv og privatliv til at hænge sammen. (Dansk Sygeplejeråd, 2021)

Arbejdspresset på hospitalerne er også afhængigt af den demografiske udvikling, hvilket ligeledes bidrager til en øget arbejdsmængde for sygeplejerskerne. Antallet af danskere over 75 år vil stige med 36% fra 2017-2025, hvilket betyder, at antallet af indlæggelser estimeres til at stige med 9% i samme periode (Danske Patienter et al., 2019). I en VIVE-rapport af Iversen & Kjellberg (2018) vurderes det, at den demografiske udvikling medvirker til en stigning i sundhedsudgifterne på 0,9-1,1% årligt. Arbejdsbyrden vokser ligeledes på grund af den store udvikling inden for medicinsk forskning og teknologisk udvikling, hvilket betyder, at man kan tilbyde pleje og behandling til patienter, hvor der tidligere ikke fandtes behandlingsmuligheder. Dertil kommer der en stigning af andelen af borgere med kroniske sygdomme, som KOL, diabetes og hjertekarsygdomme. (Danmarks Statistik, 2020; Danske Regioner, 2022b)

4.2 Konsekvenser af arbejdspresset

Travlhed og underbemanding har negative konsekvenser for både patienter og sygeplejersker. Spørgeskemaundersøgelser blandt læger og sygeplejersker viser, at over halvdelen af de adspurgte oplever, at travlhed har medvirket til alvorlige utilsigtede hændelser samt forværring i patienternes tilstand. Dertil har enkelte oplevet, at fejl, der er lavet i forbindelse med travlhed, har været medvirkende årsag til, at patienter er afgået ved døden. (Yngre Læger, 2021).

Omvendt viser et dansk regionalt tværsnitstudie, at der er en sammenhæng mellem høj bemanning samt lav sygeplejerskeomsætning og færre genindlæggelser, kortere indlæggelsestid, lavere dødelighed og højere patienttilfredshed (Lind et al., 2021).

Når sygeplejersker oplever, at de ikke udfører deres arbejde tilstrækkeligt i relation til patienterne, kan de udvikle moralsk stress, hvilket både påvirker patientkontakten og den enkelte sygeplejerskes trivsel (Morley et al., 2019; Burston & Tuckett, 2012). Moralsk stress bør ikke forveksles med begrebet stress. Det er derimod en betegnelse, der anvendes, når velfærdsprofessioner, såsom sygeplejersker, ikke kan udføre deres omsorgsarbejde i overensstemmelse med egne krav og gældende retningslinjer. Sygeplejersker med moralsk stress oplever psykiske symptomer såsom frustration, vrede og tristhed samt fysiske symptomer såsom smerter, kvalme, søvnløshed og grådabilitet. I yderste konsekvens kan moralsk stress føre til udbrændthed, hvor sygeplejersker bliver for udmattede til at udøve

omsorg, hvilket kan medføre, at de undgår elementer af deres arbejde. Arbejdsglæden vil i denne forbindelse forsvinde med risiko for, at sygeplejersken skifter arbejdsplads eller profession. (Ibid.)

4.3 Sygeplejersker i den offentlige debat

Gennem de senere år har omdrejningspunktet i debatten blandt sygeplejersker været et dårligt arbejdsmiljø og uforsvarlig behandling af patienterne som konsekvens af bureaukrati, besparelser, personalemangel samt et stigende antal patienter. Derudover har særligt de regionalt ansatte sygeplejersker også bekendtgjort deres utilfredshed med et lønniveau, som de ikke mener svarer til den indsats, de yder (Christiansen, 2019; TV2 Kommunikation, 2021; Tidmand & Christensen, 2020). Den årelange debat kulminerede i 2021 i kølvandet på COVID-19, da over 5000 sygeplejersker valgte at strejke under sloganet *“Vi er mere værd”*. Baggrunden for strejken var at indgå i forhandling med politikerne om bedre arbejdsvilkår i sundhedsvæsenet. Derudover var strejken et opgør med tjenestemandereformen fra 1969, der placerede sygeplejersker på et lavere løntrin i forhold til de mandsdominerede fag. Dansk Sygeplejeråd, der også varetager sygeplejerskers interesser, stod på sidelinjen under strejken, da sygeplejerskerne skulle forhandle løn og arbejdsvilkår med politikerne. Den rekordlange strejke førte ikke til enighed ved forhandlingsbordet med politikerne, og efter godt 10 uger blev den afbrudt af et politisk lovindgreb med et forlig om en lønstigning på 5,02% over de efterfølgende tre år. (Holst, 2021)

4.4 Politiske tiltag

Vilkårene på hospitalerne har gennem de seneste år været omdrejningspunkt for stor politisk debat, og der er løbende iværksat initiativer med fokus på forbedring, fastholdelse og rekruttering af sundhedspersonale. I 2019 blev der indgået en aftale om, at der skulle ansættes 1000 flere sygeplejersker i 2020-2021, og en anden aftale skulle sikre uddannelse af 1100 ekstra sygeplejersker fra 2023-2026 (Finansministeriet, 2020). Dog viser tal fra 2021-2022, at opsigelser blandt sygeplejersker på hospitalerne er stigende samtidig med, at antallet af ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen er faldende (Kommunernes og Regionernes Løndatakontor, 2022; Uddannelses- og Forskningsstyrelsen, 2022). I 2021 forsøgte man i Region Midtjylland at afhjælpe sygeplejerskemanglen ved at ansætte øvrige faggrupper såsom pædagoger og socialrådgiver til de patientnære opgaver på akutafdelingerne og sengeafsnittene (Region Midtjylland, 2021). I 2022 blev der nedsat en kommission for robusthed i sundhedsvæsenet, hvis formål er at komme med anbefalinger til løsninger, der kan

håndtere udfordringerne i sundhedsvæsenet og sikre adgang til uddannet og kompetent personale. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2022) Der er desuden af flere omgange indgået aftale mellem regeringen og regionerne om, at fastansatte sygeplejersker får et såkaldt FEA-tillæg (Frivilligt Ekstra Arbejde) for at udføre ekstra arbejde. Dette betyder, at fastansatte sygeplejersker, som tager overarbejde, honoreres med en løn, der udgør 180% af deres normale løn som incitament til at udføre ekstra arbejde. (Region Hovedstaden, 2020) I december 2022 fremlagde den nye SVM-regering et nyt regeringsgrundlag, hvor det fremgår, at der skal afsættes midler til at sikre højere løn og bedre arbejdsvilkår til hospitalsansatte. Derudover ønskes det, at der bliver skabt et bedre arbejdsmiljø med mere tid til kerneopgaverne, mere fast personale og mindre brug af vikarer. (Regeringen, 2022) Efterfølgende fremlagde regeringen i starten af februar 2023 en akutplan for sundhedsvæsenet med en række konkrete initiativer, der skal afhjælpe den aktuelle personalemangel og travlheden på hospitalerne. Akutplanen omhandler blandt andet modregning i efterlønnen hos efterlønsmodtagere, som bidrager, øget brug af udenlandsk arbejdskraft samt honorering af ekstraarbejde til hospitalsansatte i forbindelse med afvikling af udskudte aktiviteter. Desuden skal privathospitalerne bistå i afviklingen af de lange ventelister på hospitalerne, og samtidig lægges der op til, at administrativt arbejde, såsom udvikling, forskning og Ph.d.-arbejde, kan vige for det mere patientnære arbejde. (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2023b) Som nyeste tiltag er en Sundhedsstrukturkommission nedsat i slutningen af marts 2023, hvis formål er at komme med anbefalinger til hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal indrettes (VIVE, 2023).

4.5 Sygeplejerskevikarer

Selvom den siddende regering ønsker at nedbringe brugen af vikarer, er der i skrivende stund ikke sket en afvikling af brugen. Derimod viser den nyeste opgørelse, at antallet af eksterne vikarer har været stigende over de senere år, mens den samlede sum af sygeplejersker ansat i interne vikarkorps ikke er kortlagt (Beskæftigelsesministeriet et. al., 2022). På flere af de eksterne vikarbureauers hjemmeside opstilles fordelene ved at tilvælge tilværelsen som sygeplejerskevikar. Blandt andet fremhæves det, at man får et mere fleksibelt arbejdsliv med større frihed og overskud, fordi man har muligheden for selv at planlægge sine vagter og samtidig får en væsentlig højere løn end i det offentlige (Powercare, u.å.; Nordic Medicare, u.å.). Der stilles hverken fra de interne eller eksterne vikarbureauer krav om, at vikarerne skal have særlige kompetencer eller erfaring for at blive ansat. Det kræver dog en specialuddannelse at tage vagter på bl.a. intensivafdeling eller som anæstesisygeplejerske.

Selvom både de interne vikarkorps og eksterne vikarbureauer gerne ser, at vikarerne har erfaring, kan vikarer i princippet blive ansat uden erfaring eller som nyuddannede. Det er op til den enkelte region og afdeling, om der stilles krav til vikarernes erfaring eller kompetencer. For eksempel har Region Midtjylland et krav om, at vikarer som minimum skal have et års hospitalserfaring inden for de sidste tre år, hvor landets øvrige regioner ikke stiller nogen overordnede krav. Dermed er det op til de enkelte afdelinger i disse regioner, hvorvidt de har krav til den enkelte vikars kompetencer eller erfaring.² De interne vikarer er ansat i interne vikarkorps, der udbydes af det enkelte hospital eller region, og modtager udover en grundløn, svarende til deres anciennitet, inklusiv pension og feriepenge, et flextillæg på 22,54% (Region Sjælland, 2022a). Grundlønnen blandt de eksterne vikarer varierer mellem de eksterne vikarbureauer, men grundlønnen betragtes som betydeligt højere end de fastansattes. Tilsvarende får de eksterne vikarer højere lønsatser for overarbejde og i forbindelse med vagttillæg på aften-, natte- og weekendvagter. (Beskæftigelsesministeriet et. al., 2022; VB-FSASID, 2020) Særligt brugen af vikarer fra de eksterne vikarbureauer anses som en stor samfundsøkonomisk byrde, da de eksterne bureauer udgøres af private udbydere, der opnår økonomisk profit for hver sygeplejerskevagt, der dækkes. Regionernes udgifter til eksterne sygeplejerskevikarer ligger på omtrent 250 millioner kroner årligt. (Dansk Sygeplejeråd, u.å., Beskæftigelsesministeriet et. al., 2022)

4.5 Kortlægning Region Sjælland

Undersøgelsen i dette projekt finder sted på en medicinsk afdeling i Region Sjælland. Region Sjælland har gennem de senere år oplevet et særlig stort arbejdspress grundet lange ventelister som konsekvens af 27.000 udskudte patientaftaler og 2700 udskudte operationer under coronapandemien og sygeplejerskestrejken (Region Sjælland, 2021b). Regionen oplever desuden stor mangel på fastansat sundhedspersonale, herunder særligt sygeplejersker. Samtidig opleves store problemer med både fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker, og i 2022 blev sygeplejersjobs forgæves opslået i 55% af tilfældene. (Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering, 2022) At der opleves en sammenhæng mellem arbejdsforholdene på hospitalerne og fastholdelsen, kommer til udtryk i et åbent brev til regionsrådet underskrevet af over 3500 af regionens sygeplejersker:

²Data vedrørende sygeplejerskevikarers erfaring er kortlagt på baggrund af telefoniske samtaler med de interne vikarkorps og eksterne vikarbureauer i regionerne

“Vi skriver, fordi vi er dybt bekymrede. Vi er både bekymrede for sygeplejerskerne og for patienterne i Region Sjælland. Fremtiden ser mere end dyster ud, hvis der ikke med det samme bliver gjort en indsats for at få regionens sygeplejersker til at blive og for at rekruttere sygeplejersker til de mange ledige sygeplejerskestillinger i Region Sjælland (...) Vagtplanerne hænger ikke sammen til trods for, at sygeplejerskerne udviser en helt overmenneskelig fleksibilitet. Overbelægning, dobbeltvagter, inddragede fridage, utilstrækkelig tid til oplæring af nyansatte og nyuddannede, og ansvar for alt for mange patienter er hverdagskost mange steder. Det urimelige arbejdsmiljø på sygehusene og i psykiatrien medfører sygdomsmeldinger pga. stress og har også fået en del sygeplejersker til at søge væk. Mange har endda søgt ud af faget, og endnu flere overvejer at gøre det. Og det kniber med at få besat de ledige stillinger, for op imod hvert andet opslag fører ikke til ansættelse af en sygeplejerske. Det er jeres ansvar at forbedre arbejdsmiljøet, så vi sammen kan sikre et sundhedsvæsen, vi kan være bekendt.”

(Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland, 2021 s. 1)

Da det er svært at rekruttere og fastholde sygeplejersker, har Region Sjælland gennem mange år benyttet sig af eksterne sygeplejerskevikarer. I 2019 forsøgte man dog at gøre op med brugen ved at stoppe samarbejdet med de eksterne bureauer. Dette var i et håb om at få de eksterne vikarer over i et nyt internt vikarkorps, der er drevet af regionen selv (Region Sjælland, 2019a). Regionsrådsformand i Region Sjælland, Heino Hansen, udtalte i denne sammenhæng:

“Etableringen af vores eget vikarkorps er en vigtig arbejdsmiljøindsats. Det vil kunne mærkes på arbejdsmiljøet ude på afdelingerne, fordi det er en kollega, som kender arbejdsgangene og systemerne, der kommer. Samtidig forventer vi, at det interne vikarkorps bidrager til god patientsikkerhed og kvalitet i plejen. Det er også erfaringerne fra de andre regioner (...) Udgifterne til vikarer i Region Sjælland har de seneste år været alt for høje, og vi håber, at vi med vores eget interne vikarkorps får en bedre og billigere løsning.”

(Region Sjælland, 2019a, s. 1)

Allerede året efter måtte regionen dog erkende, at det ikke var muligt at stoppe brugen af eksterne vikarer permanent, da der var et fortsat behov for den ekstra arbejdskraft (Frederiksen, Friis & Blume, 2022). Regionsformanden udtaler i denne forbindelse:

“Vi har jo måttet sande, at vi ikke kan klare os uden de eksterne vikarer. Vores mål er, at vi gerne vil undgå eksterne vikarer på plejeområdet – og det er stadig min ambition (...) Det er en bombe under vores økonomi og under sundhedssystemet.” (Ibid., sektion 6)

I Region Sjælland er der fortsat et stort fokus på fastholdelse og rekruttering af kompetent arbejdskraft inden for sundhedsvæsenet. Regionsrådet nedsatte i 2021 et særligt udvalg for fastholdelse og rekruttering med fokus på at styrke rekrutteringsgrundlaget samt sikre en attraktiv arbejdsplads for de nuværende medarbejdere i regionen (Region Sjælland, 2022b).

I samme periode blev forskningsprogrammet REFAS etableret specifikt med fokus på fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker gennem forskning, der understøtter dette formål (Region Sjælland, 2021a).

5. Videnskabsteori

I dette speciale indtager vi et hermeneutisk fænomenologisk perspektiv inspireret af Bjørn Schiermers fortolkning i bogen *“Fænomenologi - teorier og metoder”*. Denne tilgang er hovedsageligt en fænomenologisk tilgang, men trækker tråde ind i hermeneutikken (Schiermer, 2013a). Årsagen til, at vi har valgt denne videnskabsteoretiske position, er, at vi ønsker en forståelse af fastansatte sygeplejerskers livsverdens med fokus på udvalgte fænomener, og samtidig ønsker fortolkning af casestudiets datamateriale for at opnå en ny unik viden. Livsverden er et begreb, der hører hjemme i den fænomenologiske tradition og karakteriseres som en før-videnskabelig erfaringsverden, som den verden der leves og tages for givet (Schiermer, 2013b). Fortolkningsbegrebet hører derimod primært hjemme i hermeneutikken og defineres som en cirkulær proces, hvor man kontinuerligt anvender sin forforståelse om fænomenet til at fortolke med og derigennem opnår en ny forståelse. Fortolkningsprocessen anses i denne sammenhæng som afgørende for vores forståelse om forskere (Schiermer, 2013a).

Vores videnskabsteoretiske perspektiv er både styrende for vores positionering som forskere samt indsamling og bearbejdning af projektets empiriske datamateriale. Derudover anvendes en induktiv metode, der også er i tråd med vores videnskabsteoretiske perspektiv, hvilket betyder vores empiriske datamateriale, der danner grundlag for de forståelser og begreber, der udvikles i specialet (Järvinen & Mik-meyer, 2017).

Med udgangspunkt i Schiermers forståelse af begrebet epoché er det ikke muligt for os som forskere at fjerne vores forforståelse fuldstændigt, når vi undersøger et givent fænomen. Dog kan vi som forskere anstrenge os i det omfang, det er muligt for ikke at lade vores forforståelser være styrende for vores nye forståelser af fænomenerne. (Schiermer, 2013a) Dette har vi blandt andet forsøgt ved at være åbne for nye uventede fænomener, der viste sig undervejs i vores dataindsamlingsproces, og som syntes at have betydning. Særligt fordi vi selv begge to er uddannede sygeplejersker og har erfaring inden for det felt, vi undersøger i, var vi særlig opmærksomme på, at vores forforståelser og erfaringer har betydning for vores umiddelbare forståelse af genstandsfeltet. Blandt andet læste vi litteratur om fordele, ulemper og opmærksomhedspunkter ved at indtage denne position som forsker i eget felt. Derudover nedskrev vi individuelt vores forforståelser (Bilag 2) for løbende at diskutere dem under hele specialeprocessen. Vi har ligeledes valgt at benytte os af såkaldte breaching-strategier i et forsøg på at fremmedgøre os fra det felt, som vi undersøger. Ifølge Schiermer (2013a) anses

rejsen som et klassisk eksempel på en breaching-strategi, hvor man som forsker bliver fremmedgjort og dermed automatisk forstyrres i de selvfølgeligheder og erfaringer, man har. Den nye forståelse, der opstår, sker først, når man rejser væk og ikke ser på de fænomener og omgivelser, man altid har set på (Schiermer, 2013a). I forbindelse med udarbejdelsen af vores forskningsdesign forsøgte vi at indtænke breaching-strategier, der skulle sikre os fremmedgørelse og en metode, hvorpå vi kunne sætte vores forforståelser i epoché. Blandt andet var det en bevidst breaching-strategi, at vi foretog fokuserede feltobservationer i begyndelsen af vores empiriske dataindsamling. Formålet var at fremmedgøre os fra vores tidligere erfaringer som sygeplejersker ved at erfare, hvad informanterne erfarede, og dermed forsøgte vi samtidig at sætte vores forforståelser i epoché.

6. Metode

I følgende metodeafsnit vil vi redegøre og argumentere for de metodiske valg, der danner baggrund for projektets forskningsdesign. Derudover vil vi beskrive vores adgang til feltet samt udfolde nogle af de etiske overvejelser, vi har gjort undervejs i specialeprocessen. Afslutningsvis præsenteres projektets felt og informanter.

6.1 Kvalitativt casestudie

Da vi ønsker forståelse og indsigt i fastansatte sygeplejerskers livsverden og deres oplevelser i relation til de fænomener, der udspiller sig i feltet, er det relevant at anvende et kvalitativt metodedesign. Formålet med kvalitativ forskning er at se virkeligheden fra perspektivet hos dem, man studerer og forstå deres oplevelse af, hvilken betydning fænomenerne har for dem. Samtidig er det en metodisk tilgang, hvor man fortolker og søger mening gennem analyse af sit empiriske datamateriale. (Järvinen & Mik-Meyer, 2017) For at opnå en nuanceret viden og forståelse af sygeplejerskernes oplevelser tager vores metodedesign udgangspunkt i metodetriangulering, hvor der anvendes flere kvalitative metoder. De anvendte metoder danner udgangspunkt for vores empiriske dataindsamling og omfatter fokuserede feltobservationer og semistrukturerede interviews. Med inspiration fra grounded theory er vi gået eksplorativt til forskningsfeltet og har samtidig undervejs udviklet vores forskningsdesign inspireret af vores løbende indsigter.

Vores overordnede forskningsdesign udgør et casestudie, og baggrunden for dette valg er, at vi ønskede at opnå en dybdegående forståelse af udvalgte fænomener direkte i den kontekst, hvor fænomenerne udspiller sig. Casestudiet karakteriseres som en empirisk undersøgelse, der kan anvendes til at studere et samspil af faktorer inden for én afgrænset kompleks enhed. Samtidig anses det som relevant at studere konteksten, da denne har betydning for de fænomener, der studeres. (Frederiksen, 2018) Feltet, der udgør casen, er en medicinsk afdeling på et hospital i Region Sjælland, og informanterne består af fastansatte sygeplejersker fra denne afdeling. Vores kriterier for udvælgelse af afdelingen, der skulle udgøre casen, var, at det var en almen hospitalsafdeling med mangel på fastansatte sygeplejersker samt et ugentligt forbrug af sygeplejerskevikarer (Bilag 3). I nedenstående tabel illustreres casestudiets metodedesign.

Casestudie			
Metode	Deltager/informant	Antal	Varighed
Fokuserede feltobservationer	Fastansatte sygeplejersker	<u>Fire feltobservationer:</u> ○ To dagvagter (kl. 7-15) ○ En aftenvagt (kl. 15-23) ○ En nattevagt (kl. 23-07)	8 timer pr. vagt
Semistrukturerede interviews	Fastansatte sygeplejersker	<u>Fem interviews:</u> ○ Et fysisk interview (uden for arbejdstid) ○ To interviews online (i arbejdstid) ○ To interviews telefonisk (i arbejdstid)	40-70 min. pr. interview
Semistruktureret interview	Oversygeplejerske	Et online interview	60 min.

Tabel 1: Metodedesign

Formålet med dette casestudie er at kaste nyt lys på en større problemstilling på baggrund af en konkret case, og dermed har vores formål ikke været at søge generaliserbarhed. I relation til Flyvbjergs (2010) definitioner på forskellige casetyper, vil vi karakterisere casestudiet som en “*ekstrem case*”. Karakteristika ved den ekstreme case er at søge dybere årsager bag et givent problem samt tydeliggøre konsekvenser af problemet inden for den specifikke case (Ibid.).

6.2 Fokuseret feltstudie

I første fase af den empiriske dataindsamling valgte vi at tage udgangspunkt i fokuserede feltobservationer (feltstudie), hvor vi skulle følge fastansatte sygeplejersker på en medicinsk afdeling. Det var et inklusionskriterium for afholdelsen af feltobservationer, at der skulle være minimum en vikar på arbejde (Bilag 3). Baggrunden for at vælge det fokuserede feltstudie var, at det gav os mulighed for at studere udvalgte fænomener fra et sygeplejerskeperspektiv og samtidig gav os indblik i den kontekst, hvor disse fænomener udspiller sig. Samtidig dannede vores observationer udgangspunktet for casestudiets videre forskningsspørgsmål

samt forskningsdesign. Feltstudiet bestod af i alt fire observationer, hvor vi fulgte og observerede fire forskellige fastansatte sygeplejersker på afdelingen på fire forskellige vagter. Vi ville som udgangspunkt gerne have foretaget feltobservationerne, hvor vi begge var til stede i en såkaldt forskertrianglering, men på grund af travlhed på afdelingen, valgte vi kun at være én til stede ad gangen. Vi foretog i første omgang feltobservationer i to dagvagter, hvorefter vi påbegyndte interviews i undersøgelsens næste fase. Her var det tydeligt, at de fastansatte sygeplejersker oplevede, at samarbejdet med vikarerne varierer afhængigt af, om det var dag-, aften- eller nattevagt. Derfor foretog vi yderligere to fokuserede feltobservationer i henholdsvis en aften- og en nattevagt ud fra samme metodiske tilgang, men med de nye fokuspunkter vi havde fået indsigt i.

Til designet af feltstudiet lod vi os inspirere af artiklen *“The use of focused ethnography in nursing research”* af Edward Venzon Cruz og Gina Higginbottom (2013), der viser, hvordan fokuseret feltstudie kan være med til at forstå og udbedre sygeplejepraksis. Samt artiklen *“Forsker-triangulering – en tilgang til observationer i praksis”* af Berthelsen & Hølge-Hazelton (2020), som skitserer anvendelsen af det fokuserede feltstudie inden for sygeplejeforskningen til at opnå en forståelse for kultur, miljø og sociale situationer. De fokuserede feltobservationer er særlig relevante til at undersøge sociale fænomener, der opstår heri med fokus på et særskilt emne eller en fælles oplevelse med miljø og kultur, der foregår i specifikke omgivelser (Cruz & Higginbottom, 2013). Denne metode gav os ligeledes mulighed for at identificere og beskrive mere snævert definerede kulturer og give os en forståelse af de fastansatte sygeplejerskers oplevelser. Samtidig var denne metode essentiel for, at vi kunne observere stemningen på afdelingen og interaktionen mellem personalet på afdelingen (Berthelsen & Hølge-Hazelton, 2020). Med inspiration fra ovenstående artikler og udgangspunkt i Arbejdstilsynets (u.å.a.) definition på arbejdsmiljø, udarbejdede vi en observationsguide (Bilag 4) med fire overordnede temaer: “fakta”, “fysisk-”, “psykisk-” og ”socialt arbejdsmiljø”. Under hvert tema havde vi lavet en række fokuspunkter, som vi mente var særligt relevante for vores observationer, for eksempel “Arbejdsopgaver” og “Stemninger (tonefald, øjenkontakt, kropssprog m.m.)”.

Efter grundige overvejelser om hvordan vi gerne ville positionere os selv som forskere, valgte vi at iføre os sygeplejerskeuniform i forbindelse med feltstudiet. At iføre sig hospitalsuniform giver forskeren en unik adgang ind i feltet på hospitalet, der tillader at komme helt tæt på det, der studeres (Evron, 2017). På denne baggrund tillod det os at følges med sygeplejerskerne fra et sygeplejerskeperspektiv, uden at vi vakte opsyn eller skilte os ud rundt på afdelingen. Vi

fik på denne baggrund relativt ubemærket adgang til at færdes blandt resten af personalegruppen til møder, måltider, i medicinrummet, på patientstuerne og hvor sygeplejerskerne ellers havde deres gang. Dog valgte vi ikke at iføre os et sygeplejerskeskilt, så vi ikke blev forvekslet med sygeplejerskerne, som var ansvarlige for pleje og behandlingen af patienterne på afdelingen. Forud for vagtens start havde vi forberedt den sygeplejerske, vi skulle gå med, på, at vores rolle som observatører ville være passiv. På denne måde forsøgte vi at få et indblik i arbejdsmiljøet på afdelingen ud fra sygeplejerskernes perspektiv og hvilke sociale processer, der udspillede sig i relation til vikarerne. Vi havde på forhånd bestemt, at vi gerne måtte være åbne for eventuelt uformelle samtaler med personalet på afdelingen for at verificere konkrete observationer eller opnå en dybere forståelse af sygeplejerskernes livsverden. Vi stillede desuden de sygeplejersker, som vi fulgtes med, to konkrete spørgsmål inspireret af Berthelsen & Hølge-Hazelton (2020):

“Er der noget, som du synes er vigtigt at vise mig, for at jeg bedre kan forstå, hvad der er særligt for jeres afdeling? Er der noget, som du synes er særligt vigtigt at fortælle mig, for at jeg bedre kan forstå, hvorfor du tror, sygeplejersker vælger at arbejde her?” (Ibid., s. 18)

Undervejs nedskrev vi endvidere feltnoter, for at vi kunne huske de observationer og refleksioner, vi gjorde os. Efter hver vagt svarede vi desuden på en række efterrefleksionsspørgsmål, også inspireret af Berthelsen & Hølge-Hazelton (2020), mens vi stadig havde alle observationerne klart i vores erindringer (Bilag 5). Vi gennemlæste hinandens feltnoter og diskuterede i øvrigt vores individuelle observationer med henblik på at få indsigt i hinandens observationer og nye forståelser.

6.3 Semistrukturerede interviews

I anden fase af dataindsamlingen afholdt vi enkeltinterviews med fastansatte sygeplejersker, men grundet omstændigheder på afdelingen var vi nødt til at lave flere omvalg i vores interviewdesign undervejs. I alt valgte fem af afdelingens fastansatte sygeplejersker at deltage som informanter i semistrukturerede interviews. Fire ud af de fem informanter blev også fulgt i forbindelse med casestudiets fokuserede feltobservationer, og dermed deltog en af informanterne udelukkende i interview. Grundet omstændigheder på afdelingen fik informanterne selv mulighed for at vælge, om de ville deltage online eller fysisk, og om det skulle være i eller uden for arbejdstid. En sygeplejerske valgte at blive interviewet fysisk på

afdelingen uden for arbejdstid, to valgte det online format i arbejdstiden via Google Meet, og to blev interviewet telefonisk i arbejdstiden. Vi ville som udgangspunkt gerne have, at hvert interview skulle have været omkring 60 minutter, men efter aftale med oversygeplejersken kunne interviews i arbejdstiden maksimalt være 30 minutter uforstyrret. På den baggrund varierede interviewlængden på de fem interviews mellem 40 og 70 minutter.

Som udgangspunkt ville vi have afholdt fokusgruppeinterviews med fastansatte sygeplejersker fra afdelingen for at studere fænomenerne i den gruppedynamik, der ville opstå mellem informanterne. Dog var det ikke muligt at samle flere sygeplejersker på samme tid grundet mangel på sygeplejersker. Derfor valgte vi i stedet at afholde enkeltinterviews med de fastansatte sygeplejersker, som ønskede at deltage. Vi valgte det semistrukturerede interview inspireret af Kvale & Brinkmann (2009) med udgangspunkt i bestemte fænomener, som vi ønsker at undersøge, men hvor der er plads til, at informanterne kan udfolde deres perspektiver og meninger (Bilag 6). Informanterne fik på denne baggrund mulighed for at præge interviewet i den retning, mens en af os styrede interviewet, og den anden skrev noter og supplerede med spørgsmål undervejs. Interviewguiden var organiseret ud fra tre overordnede temaer "*Informanten*", "*Afdelingen*" og "*Sygeplejerskevikarer*". Spørgsmålene i vores guide var desuden åbne og blev desuden modificeret undervejs i forbindelse med nye forståelser og indsigter, vi fik undervejs i dataindsamlingsprocessen. Under interviewene fik vi desuden mulighed for at få uddybet, konkretiseret og af- eller bekræftet forståelser, der var opstået i forbindelse med feltstudiet. I et forsøg på at sætte vores sygeplejefaglige forforståelser i epoché, lod vi vores indledende del af interviewguidens tre temaer være inspireret af Silvia Gherardis (2012) interviewmetode "*Interviews with the double*". Rent praktisk betød denne metodiske tilgang, at vi skulle stille spørgsmålene på en måde, så meningen ikke blev taget for givet i informanternes svar. Dog formåede vi kun at anvende denne metode i begrænset omfang under de interviews, der blev foretaget i arbejdstiden på grund af tidspres. Vi forsøgte dog så vidt muligt ikke at stille spørgsmålene indforstået for at sikre, at vi ikke missede sygeplejerskernes forståelser af fænomenerne. Derudover bad vi informanterne, når det var relevant, om at komme med eksempler og uddybe de fænomener, som de beskrev. Alle interviews blev optaget med henblik på efterfølgende transskribering. Efter at alle interviews var afholdt, fordelte vi optagelserne mellem os, så vi transskriberede halvdelen af interviewene hver, og samtidig gennemlæste vi hinandens transskriptioner. Vi valgte en transskriptionsstrategi, hvor vi undlod at inkludere lyde og ord som "øh" og "host", som vi ikke mente havde betydning for meningsindholdet. Derimod valgte vi at inkludere

latter, suk og længere tænkepauser, som vi mente kunne have en betydning for både meningsindholdet og vores senere bearbejdning af datamaterialet.

6.4 Øvrige datakilder

For at blive klogere på feltet og undersøge konteksten valgte vi at interviewe afdelingens oversygeplejerske. Dette interview blev foretaget ud fra en anden semistruktureret interviewguide (Bilag 7) og var inspireret af spørgsmål, der var dukket op undervejs i forbindelse med vores feltstudie og interview med de fastansatte sygeplejersker. Formålet med dette interview var ikke at undersøge de fastansatte sygeplejerskers oplevelser, men derimod at øge vores forståelse af casestudiets kontekst. Blandt andet faktuelle informationer omkring normeringen af sygeplejersker på afdelingen, brugen af vikarer samt belægningen af patienter. Derudover anvendes information fra afdelingens hjemmeside blandt andet til at beskrive, hvilke patienter, afdelingen har ansvar for og hvilke faggrupper, der er ansat på afdelingen. På grund af anonymisering af afdelingen og hospitalet kildehenvises der ikke til faktuelle informationer, der kommer fra afdelingens egen hjemmeside. Efter afholdelsen af interviewet tilsendte oversygeplejersken os et kompetenceprogram, der ligeledes anvendes som datakilde til forståelse af casestudiets kontekst. Dette kompetenceprogram udgør 14 sider med de kompetencekrav, der forventes, at fastansatte sygeplejersker opnår. Det udleveres til de fastansatte sygeplejersker i forbindelse med deres ansættelse og kan anvendes under ansættelsen til løbende evaluering af de kompetencer, der opnås. Kompetenceprogrammet siger dels noget om de organisatoriske rammer, som sygeplejerskerne er ansat under, og samtidig siger det noget om det faglige ansvar, der påhviler de fastansatte sygeplejersker.

6.5 Adgang til feltet

Adgangen til feltet endte med at være en lang proces med mange forhindringer undervejs, hvor vi samtidig var nødsaget til at foretage flere omvalg i vores forskningsdesign. Dog bidrog processen også til, at vi fik et indblik i den hverdag, som sygeplejerskerne i undersøgelsen arbejder under, hvilket også fremstod som en form for empirisk fund i sig selv. Professor og forskningslederen fra REFAS, Bibi Hølge-Hazelton, var vores gatekeeper i adgangen til feltet. I første omgang foretog vi feltobservationer og interviews på en medicinsk afdeling i Region Sjælland, som viste sig kun i begrænset omfang at anvende sygeplejerskevikarer trods stor mangel på fastansatte sygeplejersker. Derfor blev vi, i samråd med forskningslederen på REFAS, enige om at gennemføre undersøgelsen på en anden

afdeling. Derfor vil de empiriske data, indsamlet på denne afdeling, *ikke* indgå i dette specialeprojekt.

Til vores casestudie valgte vi derfor at finde en anden hospitalsafdeling i Region Sjælland, som havde et reelt forbrug af sygeplejerskevikarer samtidig med, at der var mangel på fastansatte sygeplejersker. Vores gatekeeper, satte os i forbindelse med chefsygeplejersken på en medicinsk afdeling på et andet hospital i Region Sjælland, som satte os i videre kontakt med oversygeplejersken på den pågældende afdeling. Kort efter afholdt vi et fysisk møde på hospitalet med oversygeplejersken og en af hospitalets sygeplejefaglige forskningsledere. Under mødet beskrev vi specialets formål og kriterierne for både feltobservationer og interviews (Bilag 3). Oversygeplejersken fremhævede til mødet, at mange af de fastansatte sygeplejersker var udkørte, og at hun derfor ønskede, at det skulle være op til den enkelte informant, om de ville deltage i interview i eller uden for arbejdstid. Vi ville som udgangspunkt gerne have, at hvert interview skulle vare cirka 60 minutter, men oversygeplejersken indvilligede i, at sygeplejerskerne uforstyrret kunne deltage 30 minutter i arbejdstiden. Derudover blev det aftalt, at informanterne blev aflønnet for den tid, de brugte på interviewet uden for arbejdstid. Efter mødet fik oversygeplejersken tilsendt en projektbeskrivelse, som blev sendt videre til de fastansatte sygeplejersker på afdelingen, som hun mente egnede sig til at deltage. Hun valgte blandt andet ikke at spørge de sygeplejersker, som var deltidssygemeldt med stress. Vi fik løbende mailadresser på de fastansatte sygeplejersker, som ønskede at deltage i projektets feltstudie og interviews. Herefter forsøgte vi selv at lave aftaler med sygeplejerskerne omkring hvilke dage, vi skulle observere dem på vagt, og hvilke dage vi skulle interviewe dem. I korrespondancen med sygeplejerskerne gik der ofte lang tid mellem deres svar, som de undskyldte mange gange med, at de havde travlt på arbejde, så de derfor ikke fik tjekket deres arbejdsmails. Et stykke tid inde i processen måtte vi erkende, at det var meget svært at lave aftaler direkte med sygeplejerskerne, og derfor kontaktede vi oversygeplejersken igen. Hun hjalp os herfra med at lave konkrete aftaler med de sygeplejersker, som ønskede at deltage. Efter de to første feltobservationer begyndte vi afholdelsen af interviews. Den efterfølgende empiriske dataindsamling skete i en vekselvirkning mellem interviews og observationer afhængigt af, hvordan det passede ind med undersøgelsesdeltagerne. På grund af sygdom blandt undersøgelsesdeltagerne, som ønskede at deltage, oplevede vi tre gange, at feltobservationer blev aflyst, og at et interview blev aflyst. Derfor måtte vi planlægge nye aftaler, hvilket forlængede dataindsamlingsprocessen. Vi ønskede at foretage alle interviews fysisk på afdelingen, men

da vi oplevede, at det var meget svært at lave aftaler med sygeplejerskerne, valgte vi at lade det være op til den enkelte, hvorvidt de ville deltage fysisk eller online. I forbindelse med ét af interviewene oplevede sygeplejersken problemer med det fremsendte link til onlineinterview, hvorfor interviewet endte med at blive afholdt telefonisk. Samme interview, der blev foretaget i arbejdstiden, blev afbrudt undervejs på grund af en dårlig patient, men blev genoptaget igen senere på samme vagt. En anden sygeplejerske foretrak, at interviewet blev afholdt telefonisk, fordi hun ikke havde erfaring med online videoopkald.

6.6 Etiske overvejelser

Undervejs i hele specialeprocessen gjorde vi os løbende etiske overvejelser for at sikre, at vi handlede i overensstemmelse med de grundlæggende etiske retningslinjer og principper, som er skik inden for god videnskabelig praksis (Kvale & Brinkmann, 2009).

For at sikre at sygeplejersker deltog i projektet på et informeret grundlag, valgte vi indledningsvist at sende en projektbeskrivelse med kriterier for deltagelse og undersøgelsens formål til oversygeplejersken på afdelingen. Oversygeplejersken videregav efterfølgende projektbeskrivelsen til afdelingens sygeplejersker for at sikre deltagelse på et informeret grundlag. I projektbeskrivelsen blev afdelingens sygeplejersker blandt andet gjort opmærksomme på projektets etiske og juridiske rammer, herunder anonymisering samt mulighed for at trække sin deltagelse. Forud for interviewene samtykkede informanterne i, at interviews blev optaget og opbevaret forsvarligt sammen med øvrige personfølsomme data i henhold til gældende lovgivning, og at dette ville blive destrueret efter projektets afslutning. For at sikre både afdelingens og informanternes anonymitet har vi valgt både at anonymisere hospital, afdelingsspecialet samt navne på informanter, kollegaer, patienter med videre. Da afdelingens speciale har central betydning for casestudiets kontekst, var det ønskværdigt ikke at anonymisere afdelingen. Dog er der kun et begrænset antal af denne type medicinske afdelinger i Region Sjælland, hvorfor anonymisering vægtede højere end casens kontekst. Af samme årsag har vi censureret alle fagspecifikke begreber og kildehenvisninger, som knytter sig til afdelingsspecialet, så vi kan sikre både afdelingen og informanterne anonymitet. Dette betyder blandt andet, at der i citater i analysen vil være fjernet begreber, der leder tilbage til specialet, hvilket vil tydeliggøres med en parentes og forklaring i citatet. Afdelingen, der er ansvarlig for behandling af medicinske patienter, omtales derfor som medicinsk afdeling. For læsevenlighedens skyld valgte vi at anvende pseudonymisering af informanterne, hvor vi tildelte dem navne på baggrund af de mest benyttede pigenavne i Danmark i 2019 (Danmarks Statistik, u.å.).

I hele den empiriske dataindsamlingsproces, blev vi løbende konfronteret med etiske dilemmaer, som vi har forholdt os til. I forbindelse med rekrutteringen af sygeplejersker til projektet, anså vi det som en etisk balancegang mellem at lave aftaler med sygeplejerskerne og samtidig ikke presse dem til at lave aftaler, idet vi erfarede, at de i forvejen havde en travl hverdag. Efter aftale med oversygeplejersken og for at mindske ekstra tid på arbejdspladsen valgte vi blandt andet at lade det være op til den enkelte sygeplejerske, hvorvidt hun ville deltage i interviews i eller uden for arbejdstiden. Af samme etiske hensyn valgte vi at lade det være op til den enkelte sygeplejerske, om hun ville deltage i interviews fysisk eller online. Vi foretog disse valg velvidende, at det angiveligt har betydning for datakvaliteten, men på denne måde kunne vi sikre, at udførelsen af dataindsamlingen foregik på sygeplejerskernes præmisser.

At være forsker i eget felt førte også til en kæderække af løbende refleksioner og overvejelser. I forbindelse med det fokuserede feltstudie forsøgte vi at undgå at interagere med feltet i overensstemmelse med denne metodiske tilgang. Dog var der enkelte situationer, hvor vi oplevede, at sygeplejerskerne, som vi fulgtes med, havde så travlt, at de glemte ting, som kunne have betydning for patientsikkerheden. Selvom vi forsøgte at sætte vores forforståelser i epoché, erfarede vi, at det ikke var muligt at eliminere vores sygeplejefaglige forforståelser i denne sammenhæng. Derfor oplevede vi et etisk dilemma mellem at handle i overensstemmelse med vores videnskabsteoretiske ståsted og vores sygeplejefaglige viden. Da vi gennem vores egen autorisation som sygeplejersker er underlagt dansk lovgivning og sygeplejeetiske retningslinjer, er vi juridisk og etisk forpligtede til at vægte patientsikkerheden højest (Sygeplejeetisk Råd, 2014; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2019). På denne baggrund valgte vi i to konkrete episoder under feltstudiet at gøre fastansatte sygeplejersker, som vi fulgtes med, opmærksomme på ting, som vi ud fra et sygeplejefagligt perspektiv vurderede, var mest forsvarligt for patientsikkerheden.

6.7 Præsentation af feltet

Casestudiets undersøgelse fandt sted fra december 2022 frem til februar 2023. Som tidligere beskrevet er det en medicinsk sengeafdeling på et hospital i Region Sjælland, der udgør feltet i dette casestudie³. Afdelingen er ansvarlig for undersøgelse og behandling af patienter med

³ Følgende afsnit bygger på data fra det pågældende hospitals hjemmeside, interview med afdelingens oversygeplejerske, e-mail-korrespondance med en afdelingslæge, samt et kompetenceprogram henvendt til fastansatte sygeplejersker på denne afdeling. For at sikre hospitalets anonymitet anvendes der ikke kilder i afsnittet.

akutte medicinske sygdomme inden for et fagspecifikt område og foretager derudover ambulante udredninger af patienter inden for samme medicinske område. Afdelingen er delt op i to gange, hvor der på en ene gang primært ligger akutte og ustabile patienter, og på den anden gang ligger mere stabile patienter. Normalt har afdelingen en belægning på 29 sengepladser, hvoraf der er 26 sengepladser til indlagte patienter samt tre sengepladser til monitorering af patienter. Dog har afdelingen fra januar 2023 frem til marts 2023 fået dispensation til at få reduceret sin belægning til 18 patienter plus tre monitoreringspladser på grund af stor personalemangel. Denne dispensation skete dermed lidt under halvvejs inde i vores empiriske dataindsamling. Det er første gang, afdelingen har fået dispensation til at have en reduceret belægning af patienter. Dog ses stadig en overbelægning af patienter på 120-160% under dette midlertidige tiltag, hvor der normalt er en gennemsnitlig overbelægning på 115%. Afdelingen er normeret til at have 30 fastansatte sygeplejersker, men da specialets undersøgelse finder sted, mangler der 20 fuldtidsansatte sygeplejersker på afdelingen. Da flere af afdelingens sygeplejersker er ansat på deltid eller er deltidssygemeldt, betyder det, at der akkumuleret set er 10 sygeplejerskestillinger, der aktuelt er besat. Afdelingen er normeret til på hverdage at have fem sygeplejersker i dagvagter, fire i aftenvagter og tre i nattevagter. På afdelingen arbejdes ud fra den plejeform, som kaldes tildelt patientpleje, hvor man som sygeplejerske har det fulde ansvar for et mere begrænset antal af patienter, typisk to-tre stykker. I et kompetenceprogram, som tildeles nyansatte sygeplejersker på afdelingen, fremgår en række faglige, sociale og organisatoriske kompetencer, som de fastansatte sygeplejersker skal komme i besiddelse af i forbindelse med deres ansættelse (Bilag 8).

Når der er udækkede sygeplejevagter, dækkes disse, ifølge oversygeplejersken, ud fra følgende rækkefølge: I første omgang kigges der på belægningen af patienter og kompetencerne blandt personalet på den pågældende vagt, og på denne baggrund vurderes det, om det er muligt at undvære en eller flere sygeplejersker. Hvis der *er* behov for en sygeplejerske på den pågældende vagt, vurderes det, om en fastansat sygeplejerske kan omlægges fra en anden vagt, eller en fastansat vil tage en ekstra vagt med FEA-tillæg. Hvis ikke dette er muligt, så lægges sygeplejerskevagten ud til det interne vikarkorps. Hvis vagten ikke besættes her, lægges vagten videre ud i de eksterne vikarbureauer. Hvis det stadig ikke er muligt at dække vagten, vurderes det, om det er muligt at lade en SOSU-assistent træde i stedet for en sygeplejerske.

Der anvendes gennemsnitligt 15-16 sygeplejerskevikarer ugentligt. Vikarerne består af en blanding af sygeplejersker, som fast tager vagter på afdelingen og sygeplejersker, som ikke kender afdelingen på forhånd. Selvom afdelingen gerne ser, at vikarerne har erfaring, er der ingen krav til hverken kompetencer eller erfaring udover en gældende sygeplejerskeautorisation. Vikarer, som kommer på afdelingen, modtager ikke på forhånd information omkring specialet eller afdelingen. Afdelingsledelsen har dog for nyligt opsat plancher på personalekontoret, hvor vikarer kan orientere sig i forhold til relevante tidspunkter og gøremål for de pågældende vagter. Da casestudiet tager sin begyndelse, er der, ifølge oversygeplejersken, ingen faste retningslinjer for, hvordan nye vikarer introduceres til afdelingen. Vi erfarer dog under casestudiets sidste feltobservation, at ledelsen netop har implementeret en ny folder rettet mod vikarer, og som kommer i tre udgaver afhængigt af, om det er dag-, aften- eller nattevagt. I folderne ses en kort præsentation af afdelingen, vigtige telefonnumre, dagsordenen for de forskellige vagter, øvrige vigtige informationer, samt en beskrivelse af hvordan man skal modtage afdelingens patientgrupper. Da denne nye folder først er implementeret efter indsamling af vores empiriske datamateriale, indgår brugen af denne ikke som aktiv del af casestudiets undersøgelse.

Udover sygeplejersker består afdelingens faste personale blandt andet af SOSU-sassister, ergoterapeuter, fysioterapeuter, læger, psykologer, socialrådgivere, lægesekretærer, og servicemedarbejdere. På afdelingen er der desuden typisk i dagvagter på hverdage både assistentelever og sygeplejerskestuderende. Der er aktuelt ansat 14 SOSU-assisterter på afdelingen, hvoraf de fire er ansat som ekstra, da det aktuelt ikke er muligt at ansætte sygeplejersker i de ubesatte stillinger. Afdelingen har gennem længere tid manglet en ledende overlæge, da det ikke har været muligt at besætte denne stilling, og afdelingen oplever også generel lægemangel. Dermed er lægerne typisk ansat i tværgående stillinger mellem denne afdeling og øvrige afdelinger på samme hospital. Lægenormeringen udgør på hverdage fire læger, hvoraf to er speciallæger og de to øvrige yngre uddannelseslæger. Den aktuelle sygeplejefaglige ledelse består både af en oversygeplejerske og sygeplejefaglig souschef, som på undersøgelsestidspunktet begge havde været i deres respektive stillinger under et halvt år. Afdelingsledelsen står for udviklingen og administration på afdelingen, og under vores tilstedeværelse på afdelingen gennemgik afdelingen en række nye udviklingstiltag.

6.8 Præsentation af informanter

I følgende afsnit vil vi præsentere de fastansatte sygeplejersker, som har deltaget i casestudiets fokuserede feltobservationer samt semistrukturerede interviews. Da sygeplejerskernes rigtige navne er anonymiseret, anvendes følgende fiktive navne i analysen: “Emma”, “Alma”, “Clara”, “Freja” og “Sofia”. I nedenstående tabel præsenteres de sygeplejersker, som var på arbejde de pågældende vagter, hvor feltstudiet fandt sted.

Fokuseret feltstudie			
Felt-observation	Deltager	Sygeplejersker	Vikarer
Dagvagt (1)	Emma	En øvrig fastansat	En vikar ansat gennem internt vikarkorps, som tidligere har taget nogle vagter på afdelingen
Dagvagt (2)	Clara	En øvrig fastansat, som pga. deltidssygemelding med stress, kun var på arbejde halvdelen af vagten	En vikar ansat gennem internt vikarkorps, som tidligere har været fastansat på afdelingen
Aftenvagt	Sofia	Ingen øvrige fastansatte	To sygeplejerskevikarer, hvoraf den ene var ansat gennem interne vikarkorps og kendte afdelingen i forvejen, og den anden var ansat gennem eksternt vikarbureau og havde sin første vagt på afdelingen
Nattevagt	Freja	Ingen øvrige fastansatte	En vikar ansat gennem eksternt vikarbureau, og som ofte tager vagter på afdelingen

Tabel 2: Fokuseret feltstudie

I nedenstående tabel præsenteres de fem informanter, som deltog i casestudiets interviews, hvoraf fire af dem også deltog i feltstudiet.

Semistrukturerede interviews	
Informant	Præsentation
Emma	Hun har været uddannet sygeplejerske i over 20 år og blev ansat på afdelingen for et år og to måneder siden, hvor hun kun arbejder i dagvagter og aftenvagter. Hun er fastansat 16 timer om ugen, men hun tager som regel en ekstra vagt pr. uge. Emma er aktuelt ved at blive ansvarlig for onboarding af nyansatte sygeplejersker. Interviewet blev afholdt fysisk over 70 minutter uden for arbejdstid.
Alma	Hun har arbejdet som social- og sundhedsassistent i 13 år, og har været uddannet sygeplejerske i tre år. Hun har arbejdet på afdelingen i halvandet år, hvor hun først var tilknyttet som ekstern vikar, og efterfølgende blev hun fastansat på otte timer om ugen. Alma arbejder primært i nattevagter, og tager løbende mange ekstra vagter, så hun samlet set arbejder mellem 32-45 timer ugentligt. Interviewet foregik online af 50 minutters varighed i arbejdstiden.
Clara	Hun har været uddannet sygeplejerske i otte år og har arbejdet på afdelingen sammenlagt i fire år. Hun er ansat 37 timer om ugen og tager hovedsageligt dag- og aftenvagter. Clara er uddannet klinisk vejleder og fungerer også som udskrivelseskoordinator på afdelingen. Interviewet blev afholdt online af 40 minutters varighed i arbejdstiden.
Freja	Hun har været uddannet sygeplejerske i fem år og har arbejdet på denne afdeling, siden hun blev færdiguddannet. Hun er ansat 37 timer ugentligt og arbejder kun i dagvagter og nattevagter. Hun deltog i et telefonisk interview i arbejdstiden af i alt 40 minutters varighed.
Sofia	Hun har været uddannet sygeplejerske i ni år og har arbejdet på denne afdeling i lidt over tre år. Hun er ansat 32 timer ugentligt, men tager som regel en eller flere ekstra vagter hver uge. Hun arbejder som udgangspunkt i dagvagter og aftenvagter, men tager også nattevagter til tider. Interviewet blev foretaget telefonisk i arbejdstiden og varede i alt 45 minutter.

Tabel 3: Semistrukturerede interviews

7. Analysestrategi

Vores analysestrategi er inspireret af grounded theory, udviklet af Glaser & Strauss, med udgangspunkt i Charmazs (2017) fortolkning. Grounded theory er en emergent metode, som tager udgangspunkt i den empiriske verden og frembringer en induktiv forståelse i takt med, at begivenhederne udfoldes, og der opstår en øget mængde viden (Ibid.). Denne analysestrategi, som går hånd-i-hånd med vores fænomenologiske induktive tilgang, har været formende for hele vores forskningsproces. Årsagen til, at vi valgte denne analysestrategi, er, at den er rodfæstet i praksis og giver os mulighed for at undersøge de sociale processer og strukturer, der udspiller sig i praksis fra et sygeplejerskeperspektiv. Samtidig har denne tilgang øje for, at informanter kan undertrykke eller benægte vigtige fakta i deres liv, og derfor skal man som forsker være opmærksom på at forsøge at forstå deres situation nærmere end at tolke på deres handlinger på baggrund af egne forforståelser. Ved at se logikken gennem informanternes perspektiv og opnå indsigt i deres erfaringer kan vi tilvejebringe en ny unik viden. (Ibid.) Denne analysestrategi tillod os desuden at gå frem og tilbage mellem indsamling af empiri og analyse af data og lade vores forskningsspørgsmål og metodadesign inspirere af vores empiriske fund. Vi valgte undervejs i fællesskab at foretage en indledende kodning med henblik på at forme vores videre dataindsamlingsproces. På denne baggrund kunne vi lade vores semistrukturerede interviewguide inspirere af observationer fra vores feltstudie. På samme måde fik vi også mulighed for at komme tilbage til feltet og lave yderligere feltobservationer med ny viden, vi havde opnået gennem interviews. I analysen af vores data havde vi ikke på forhånd valgt teorier eller begreber, men dette opstod derimod gennem emergerende mønstre fra empirien på baggrund af kodning og begrebsliggørelse, som vi selv foretog. I denne sammenhæng er vores kodning af datamaterialet defineret af, hvad vi som forskere ser i empirien. Samtidig lavede vi løbende memoskrivning, hvor vi undersøgte, sammenlignede samt analyserede data, koder og senere kategorisering. Memoskrivning anses som de indledende skridt fra kodning og kategorisering mod den indledende analyse (Ibid.). Undervejs i hele analyseprocessen var vi opmærksomme på ikke at tillægge de forskellige koder og kategorier en værdi, der var præget af vores egne forforståelser, for at det skulle fremstå tro mod interviewpersonernes oplevelser og udsagn. Derfor valgte vi også at gå tilbage til vores nedskrevne forforståelser for at sikre os, at de ikke var styrende for vores nye erkendelser og nye forståelser af datamaterialet.

Til slut bestod vores samlede datamateriale af nedskrevne feltnoter og efterrefleksioner fra fire fokuserede feltobservationer samt transskriptioner fra fem semistrukturerede enkeltinterviews. Vi valgte herfra at kode det samlede datamateriale i yderligere to faser inspireret af grounded theory med henblik på at organisere, systematisere og analysere vores store mængder af data. I første fase valgte vi at lave en systematisk linje-for-linje-kodning, hvor vi individuelt gennemgik data systematisk. Ved at gennemgå datamaterialet i fragmenter forsøgte vi ikke at blive opslugt af informanternes overordnede verdensbillede, og på denne måde kunne vi se analytisk på de enkelte fragmenter. Den aktive kodning tvang os til at interagere med data og stille spørgsmål til dem, og kodningen foregik som et bindeled mellem data og udviklingen af vores egne teoretiske sondringer. Koderne udsprang enten direkte fra informanternes udtalelser eller fra vores egne tolkninger af, hvad essensen af udsagnene var. Selve kodningsprocessen er desuden en konstant komparativ metode, hvor vi undervejs markerede analytiske sondringer med en kode for senere at sammenligne data i ligheder og forskelle. Disse sammenligninger skete både i forbindelse de enkelte feltnoter eller transskriptioner eller på tværs af datamaterialet. Efter at vi hver især havde kodet alt datamaterialet, præsenterede vi vores koder for hinanden og diskuterede forskelle og ligheder. I næste fase udarbejdede vi i fællesskab overordnede kategorier ved at gennemgå de hyppigste og vigtigste koder fokuseret og selektivt. I denne proces valgte vi også at gå videre med de koder, som vi syntes var mest relevante i relation til det forskningsspørgsmål, der samtidig blev klarlagt, og vi valgte dermed også at frasortere nogle koder. Hver kategori blev formet med henblik på at kunne rumme en underinddeling af de hyppigst forekommende mønstre i flere koder. Vi endte med 13 overordnede kategorier, der rummede de i alt 71 koder, som vi endte med at gå videre med til analysen (Bilag 9). Et eksempel på forskellige koder, der blev formet til en kategori, er koderne *“Ønsker at udnytte sine kompetencer”*, *“Høj faglighed anses som vigtig”*, *“Patientsikkerhed vægtes højt”*, *“Motivation ved at gøre en forskel for patienterne”*, *“Samarbejdet med faste kollegaer er vigtigt”*, der blev til kategorien *“Motivation ved arbejdet”*.

8. Teori

Da vi arbejder ud fra en induktiv tilgang, har vi fundet de analytiske slutninger med udgangspunkt i empirien selv. Efterfølgende har vi dog udvalgt en række teorier, der er udvalgt på baggrund af de empiriske fund. Denne teori anvendes til at udfolde og kaste nyt lys på vores empiriske datamateriale, men med respekt for casestudiets induktive fund. I følgende afsnit vil vi præsentere og argumentere for de udvalgte teorier, der anvendes i analysen.

8.1. Street-level bureaucracy

Med udgangspunkt i Michael Lipskys (1980) teori i bogen *“Street level bureaucracy – dilemmas of the individual in public services”* ønsker vi at undersøge det arbejdspress, som sygeplejerskerne i casen arbejder under. Denne teori er udvalgt, fordi den kan hjælpe til at forstå årsagen til, at sygeplejerskerne oplever arbejdspress samt forstå, hvordan de håndterer dette. Ifølge Lipsky (1980) kendetegner den offentlige levering af velfærd, at der næsten altid er begrænsede ressourcer til rådighed, men omvendt en ubegrænset efterspørgsel på ressourcer. Samtidig oplever velfærdsmedarbejdere et modsætningsforhold i frontlinjen, når der på den ene side leveres service direkte til mennesker, hvilket indebærer interaktion, omsorg og ansvar og på den anden side leverer service, der er betinget af bureaukrati og begrænsede midler (Ibid.). Dette kan medføre et arbejdspress, der samtidig stiller velfærdsmedarbejderne i et krydspres, hvor de må prioritere i deres arbejdsopgaver. Den såkaldte frontlinje er der, hvor velfærdsstaten møder borgerne, og dermed er det velfærdsmedarbejdere, som er den direkte kontakt mellem stat og borger. På denne baggrund er det velfærdsmedarbejdere, der fortolker og oversætter politikker til praksis, og denne omsætning foregår gennem medarbejderens faglige skøn. Krydspreset med begrænsede ressourcer og stor efterspørgsel betyder, at velfærdsmedarbejdere kan være nødt til at anvende copingstrategier for at håndtere dette arbejdspress. (Ibid.)

8.2 Nyinstitutionel organisationsteori

Nyinstitutionel teori karakteriseres som en teoriretning inden for samfundsvidenskaben, hvor det ikke er én specifik forfatter, der står bag, men snarere en bevægelse af bidrag (Pedersen, 2014). Vores anvendelse af denne teori tager afsæt i Jesper Strandgaard Pedersens (2014) bidrag i bogen *“Klassisk og moderne organisationsteori”* samt Nanna Mik Meyer og Kasper Villadsens (2007) kapitel i bogen *“Magtens former”*. Den teoriretning er særligt egnet til at

studere offentlige institutioner, hvilket gør denne teori særlig relevant for os i dette casestudie. Årsagen til dette er, at de offentlige institutioner ofte leverer ydelser af “blød værdi”, som er svært målbare (Mik-Meyer & Villadsen, 2007). Vi har derfor valgt denne teoretiske retning, da den kan anvendes til at anskue det gensidige afhængighedsforhold, som denne afdeling har med de vikarbureauer, der er tilknyttet afdelingen og hvilke værdier og antagelser, der legitimeres eller ikke legitimeres institutionerne imellem.

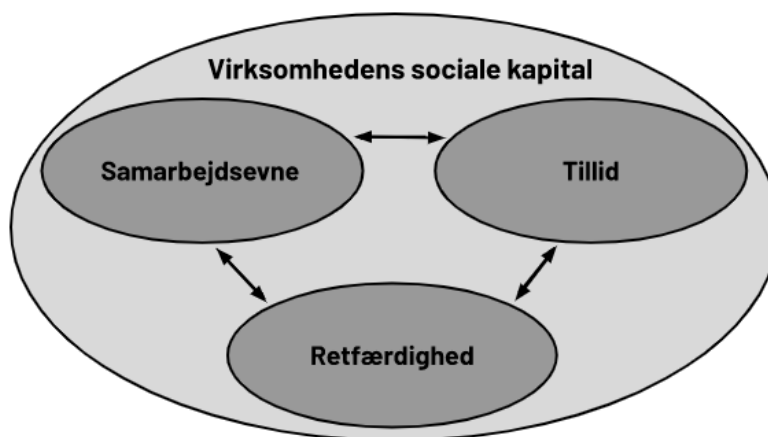
Institutionelle logikker refererer til de grundlæggende antagelser, normer og værdier, der er styrende for den måde, der handles og tænkes på i den enkelte organisation. De institutionelle logikker er styrende for, hvordan medarbejderne i institutionen udfører deres arbejde og hvilke handlinger, der anses som legitime (Pedersen, 2014). Logikkerne, der hersker i institutionen, kan ses som et sæt spilleregler, hvor logikkerne reproduceres gennem handling. I forskellige institutioner hersker forskellige institutionelle logikker, der kan være præget af forskellige antagelser, normer og værdier (Mik-Meyer & Villadsen, 2007).

Inden for nyinstitutionel teori refererer begrebet legitimitet til, hvorvidt en organisation accepteres og anerkendes af dens omgivelser i det organisatoriske felt. Der ses et afhængighedsforhold mellem aktørerne som hver især bidrager med ydelser til hinanden. Legitimitet anses som et afgørende element for, om organisationen fremstår troværdig over for sine omgivelser. Hvis organisationen fremstår troværdig, vil den lettere få adgang til ressourcer. Hvis organisationen derimod ikke fremstår legitim, kan det betyde, at det er sværere at få adgang til ressourcer, og i sidste ende kan det have betydning for organisationens overlevelse. (Mik-Meyer & Villadsen, 2007) Teorien kan understøtte de fund, der omhandler sygeplejerskernes oplevelser af vikarernes drivkræfter, værdier og handlinger. Om vikarerne handler i overensstemmelse med afdelingens institutionelle logikker, er afgørende hvorvidt de legitimeres.

8.3 Social kapital

Begrebet social kapital har en bred udbredelse inden for samfundsvidenskaben, men anvendelsen er begrænset inden for arbejdsmiljøforskning på virksomhedsniveau. I artiklerne *“Virksomhedens sociale kapital - en ny indfaldsvinkel til det psykiske arbejdsmiljø?”* af Kristensen, Hasle og Pejtersen (2008) og *“Virksomhedens sociale kapital”* af Olsen, Toft, Hasle og Kristensen (2008), introduceres begrebet i en arbejdsmiljøkontekst, der underbygges af empirisk forskning. Vi har valgt denne teoretiske udlægning af social kapital, fordi den kan anvendes til at undersøge faktorer, der har betydning for samarbejdet mellem de fastansatte sygeplejersker og sygeplejerskevikarer. Teorien har et kollektivt perspektiv og kan desuden

hjælpe os med at forstå samarbejdets indflydelse på arbejdsmiljøet. Der ses en sammenhæng mellem virksomhedens sociale kapital og arbejdsmiljøet på arbejdspladsen, medarbejdernes trivsel og helbred samt produktiviteten blandt medarbejderne. Tre følgende faktorer anses som afgørende for virksomhedens sociale kapital: *samarbejdsevne, tillid og retfærdighed* (Ibid.). Disse faktorer har gensidig indflydelse på hinanden, hvilket illustreres i nedenstående figur samt udfoldes i følgende underafsnit.



Figur 2: Illustration af social kapital (Kristensen, Hasle og Pejtersen, 2008 s. 33)

Samarbejdsevne: Medarbejderes samarbejdsevne udvikles gennem praktisering af samarbejde i hverdagen, hvor også normer og værdier for samarbejdet udvikles og medfører en fælles forståelse af hinandens situationer og reaktionsmønstre. Nødvendig erfaring og kompetence har betydning for samarbejdet, og samtidig afhænger samarbejdet af en oplevelse af retfærdighed samt gensidig tillid medarbejdere imellem.

Tillid: For samarbejdsevnen har tillid mellem kollegaer stor betydning. Definitionen på begrebet tillid læner sig i denne forbindelse op ad følgende definition: *“The willingness of a party to be vulnerable to the actions of another party based on the expectation that the other will perform a particular action important to the trustor, irrespective of the ability to monitor or control that other party”* (Kristensen et al., 2008, s. 34)

Retfærdighed: Det knytter sig primært til forholdet mellem ledelse og medarbejdere, hvor asymmetrien i magtforholdet ikke forstås som negativt. Definitionerne på retfærdighed spænder vidt, men her lægges vægt på retfærdighed i fordeling af goder i relation til den enkeltes bidrag til gruppen. Hvis goderne ikke deles retfærdigt, kan konflikt opstå samt oplevelse af manglende loyalitet, vrede og frustration.

8.4 Seks arbejdsmiljødimensioner

Den danske arbejdsmiljøforsker Tage Søndergård Kristensen (2008) har på baggrund af empirisk forskning identificeret seks arbejdsmiljødimensioner, der er afgørende for medarbejdernes trivsel på arbejdspladsen. De første fem af de seks dimensioner kan medarbejderne ikke få høj nok grad af, hvorimod den sjette dimension omkring krav i arbejdet afhænger af den enkelte medarbejders behov (Ibid.). Vi har valgt at anvende denne teori, fordi den kan anvendes til at belyse hvilke elementer i arbejdsmiljøet, der har betydning for sygeplejerskernes trivsel. Betydningen af de seks dimensioner udfoldes i følgende punkter:

- | |
|--|
| 1) Indflydelse: Medarbejderen har indflydelse på sit arbejde samt betingelserne på arbejdspladsen, hvilket f.eks. omhandler, hvem man samarbejder med, arbejdstiden samt hvordan arbejdet tilrettelægges. |
| 2) Belønning: Medarbejderen har en oplevelse af, at belønningen af arbejdet svarer til indsatsen i udførelsen af arbejdet. Belønningen vedrører både lønnen, anerkendelse for arbejdet samt mulighed for udvikling på arbejdspladsen. |
| 3) Meningsfuldhed: Medarbejderen har en oplevelse af meningsfuldhed i arbejdet, når der er en sammenhæng mellem personlige mål og værdier samt selve indholdet i arbejdet (Ibid.). |
| 4) Social støtte: Medarbejderne kan både opnå social støtte fra kollegaer og ledere på arbejdspladsen. Støtten kan desuden både være af praktisk og psykologisk karakter. |
| 5) Forudsigelighed: Medarbejderen har den relevante viden om arbejdet, der er nødvendig for at kunne udføre arbejdet i visheden om, hvad arbejdet indebærer. |
| 6) Krav: Mængden af krav skal hverken være for høj eller for lav, men afhænger af den enkelte medarbejders behov. Kravene skal overordnet være klare og underinddeles i kvantitative og kvalitative krav. De kvantitative krav omhandler mængden af krav, og de kvalitative krav omhandler følelsesmæssige krav, der stilles i arbejdet (Ibid.). |

9. Analyse

Med udgangspunkt i vores hermeneutisk fænomenologiske position, tager analysen afsæt i de fastansatte sygeplejerskers livsverdensperspektiv. Analysen er opdelt i fire afsnit, som kronologiske besvarelser af casestudiets fire arbejdsspørgsmål.⁴

Analyseafsnit 1: Det psykosociale arbejdsmiljø

For at undersøge den kontekst, som samarbejdet mellem sygeplejerskerne og vikarerne udspiller sig i, ønsker vi i første analyseafsnit at besvare følgende arbejdsspørgsmål: *Hvordan oplever de fastansatte det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?*

Alene om at holde afdelingen kørende

Afdelingen, der udgør casen, er normeret til at have 30 fastansatte sygeplejersker, men da casestudiet foretages, er der kun ansat et antal svarende til 10 fuldtidsansatte sygeplejersker. Manglen på sygeplejersker betyder, at afdelingen sjældent er fuldt normeret med sygeplejersker, selvom der ofte anvendes vikarer på afdelingen. Alle sygeplejersker oplever, at den daglige undernormering har indflydelse på arbejdsmiljøet på afdelingen. Dette kommer til udtryk i følgende citat, hvor Clara spørges ind til, hvordan hun oplever, det er at arbejde på afdelingen:

“Jeg synes, det er hektisk. Jeg synes, det er meget udfordrende, fordi man er meget alene som sygeplejerske især. Også som assistent. Man er bare meget alene. Vi har selvfølgelig en ledelse, der er der, men vi mangler bare så mange. Ja, vi er bare så få ansatte her. Man føler på en måde lidt ejerskab over for afdelingen. Så man vil jo rigtig gerne gøre det godt, når man er her. Men man føler sig også tit alene om at gøre det godt og have det overblik, som det kræver at holde en afdeling kørende.”

Ovenstående citat understreger, at vilkårene på afdelingen fører til en oplevelse af ofte at føle sig alene om det ansvar, der anses som afgørende for, at afdelingen fungerer. Samtidig påpeges det, at Clara føler ejerskab over for afdelingen, hvilket tolkes som, at sygeplejerskerne påtager sig stort ansvar for, at afdelingen fungerer. Dette bekræftes af flere

⁴ I analysen omtales fastansatte sygeplejersker som “sygeplejersker” og sygeplejerskevikarerne som “vikarer”. Ligeledes vil det psykosociale arbejdsmiljø omtales som “arbejdsmiljøet” og den medicinske afdeling, som udgør casen, omtales “afdelingen”.

af sygeplejerskerne og blev også observeret under feltstudiet, hvor det blev observeret, at en sygeplejerske tog stort ansvar for mange arbejdsopgaver på én gang. Eksempelvis blev Clara fulgt i en dagvagt, hvor hun alene havde ansvaret for alle sygeplejefaglige opgaver i forhold til halvdelen af afdelingens 27 indlagte patienter.

Mange bolde i luften

Manglen på sygeplejersker er ikke udelukkende en selvstændig problematik, men bør også ses i lyset af de sygeplejefaglige opgaver, som sygeplejerskerne stilles overfor. Ifølge Lipsky (1980) er det velfærdsmedarbejderne i frontlinjen, som er ansvarlige for levering af velfærdsydelser til borgerne og dermed udgør bindeleddet mellem statens velfærdsydelser og borgerne. I denne sammenhæng udgør sygeplejerskerne bindeleddet mellem den offentlige sundhedssektor og patienterne på afdelingen. I det praktiske møde er sygeplejerskerne ansvarlige for levering af pleje og behandling til de indlagte patienter. Ifølge Lipsky (1980) oplever velfærdsmedarbejdere ofte et arbejdspress som konsekvens af mangel på ressourcer på den ene side og stor efterspørgsel på ressourcer på den anden side. Samtidig kan velfærdsmedarbejdere møde et modsætningsforhold, når der på den ene side leveres service direkte til mennesker, hvilket indebærer interaktion, omsorg og ansvar og på den anden side levere service, der er betinget af bureaukrati og begrænsede midler. Dette kommer til syne i denne case, hvor der på den ene side er stor mangel på sygeplejersker, hvilket betyder, at der kun er begrænsede sygeplejefaglige ressourcer til rådighed. På den anden side er der stor efterspørgsel på sygeplejefaglige ressourcer blandt afdelingens patienter. Det er i dette spændingsfelt mellem de begrænsede ressourcer og stor efterspørgsel på ressourcer, at sygeplejerskerne oplever et stort arbejdspress. Ifølge Lipsky (1980) opstår et krydspres som konsekvens af arbejdspresset, hvilket betyder, at velfærdsmedarbejderen må anvende uformelle praksisser eller copingstrategier, som løsningen på at håndtere arbejdspresset (Ibid.). Hvor Lipsky fokuserer på copingstrategier, som velfærdsmedarbejdere anvender i relation til borgere, undersøger vi i tredje analyseafsnit, hvilke strategier det tolkes, at sygeplejersker anvender i relation til vikarer.

Efterspørgslen på ressourcer på afdelingen bør ikke ses som en mundtlig efterspørgsel, men snarere som en efterspørgsel, der afhænger af summen af patienter og kompleksiteten af den enkelte patient. Dette kommer til udtryk i følgende citat, hvor sygeplejersken Sofia forklarer, hvorfor hun oplever, at der er travlt på afdelingen:

“Vi har ofte overbelægning. Vi havde 26 patienter i går, hvor vi var normeret til 18. Vi er en akutafdeling, og vi skal tage de akutte patienter, ingen andre kan tage. Der skal sættes mere pris på denne afdeling, fordi den er hektisk, og vi har ikke nok personale.”

At Sofia beskriver, at afdelingen ofte har overbelægning af patienter samtidig med, at der ikke er sygeplejersker nok, tolkes som årsag til et stort arbejdspress. Afdelingen har under normale omstændigheder en overbelægning på gennemsnitligt 115%, men under en midlertidig dispensation på afdelingen, hvor belægningen reduceres fra 29 til 21, ses en overbelægning af patienter på mellem 120-160%. Af samme årsag er det heller ikke tydeligt i casestudiets empiriske datamateriale, at arbejdspresset opleves mindre blandt sygeplejerskerne i denne periode. Det tyder på, at der er en nogenlunde stor efterspørgsel på ressourcer og mangel på sygeplejersker, hvilket har betydning for oplevelsen af et konstant stort arbejdspress. At Sofia i interviewet forklarer, at patienterne ofte er akut syge, betyder, at efterspørgslen er af en specifik karakter, der kræver specialiserede ressourcer. Samtidig betyder det akutte aspekt, at sygeplejerskerne må foretage en triagering af arbejdsopgaverne, og hvor mindre akutte arbejdsopgaver tilsidesættes for en stund. Dette er angiveligt også katalysator for et øget arbejdspress, hvor de sygeplejefaglige ressourcer fastlåses hos den akutte patient samtidig med, at der sker en pausering i afviklingen af de øvrige arbejdsopgaver på afdelingen. Alt i alt tyder det på, at efterspørgslen på ressourcer ikke blot er stor, men også kræver specialiserede ressourcer. Dette underbygges af følgende citat, hvor sygeplejersken Alma spørges ind til, hvordan hun oplever, det er at arbejde på afdelingen:

“Altså jeg vil sige, at det er en ret kompleks afdeling, hvor der sker enormt mange ting både i personalegruppen, men også på gulvet og ved patienterne. Specialet, det er jo mega, mega bredt og også til tider rigtigt akut. Der er også rigtig mange frustrationer i forhold til de her ret mange (anonymiseret fagspecifikke type patienter, som er svært syge, red.) patienter, som vi kan have. Så det er en afdeling, hvor man skal holde tungen lige i munden, man skal kunne håndtere rigtig, rigtig mange bolde i luften.”

Overordnet beskriver Alma afdelingen som kompleks, hvilket dels kan tolkes som kompleksitet i arbejdsmiljøet på afdelingen, men det kan samtidig tolkes som, at afdelingens patienter er af kompleks karakter. At Alma beskriver specialet som “mega mega bredt” tolkes som, at hun oplever, at patienterne er indlagt med mange forskellige sygdomme, hvilket

samtidig betyder, at der er en bred efterspørgsel på en række af specialiserede ressourcer. Det tyder i denne sammenhæng på, at sygeplejerskerne arbejder under et arbejdspress, hvor der ikke blot er stor efterspørgsel på ressourcer, men også akut og specialiserede efterspørgsel på ressourcer. At Alma forklarer, “*man skal holde tungen lige i munden*”, og “*man skal kunne håndtere rigtig, rigtig mange bolde i luften*”, indikerer ligeledes et krydspres, hvor sygeplejerskerne skal varetage akutte og plejekrævende patienter parallelt med, at de skal håndtere mange arbejdsopgaver på en gang.

Faglige, sociale og organisatoriske kompetencer

Den store og brede efterspørgsel på sygeplejerskernes ressourcer betyder, at der samtidig er behov for kompetencer som svarer til denne efterspørgsel. Overordnet er afdelingens sygeplejersker, på lige fod med andre danske sygeplejersker, underlagt autorisationslovgivningen, som juridisk forpligter sygeplejersker til at udøve deres sygeplejegering i overensstemmelse med Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 1990). I denne bekendtgørelse beskrives det under kapitlet om “Sygeplejerskens pligter” § 5, at: “*En sygeplejerske er under udøvelsen af sin gerning forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.*” (Ibid., Kapitel 2). Afdelingens sygeplejersker er endvidere underlagt et lokalt kompetenceprogram på afdelingen med følgende formål:

“Kompetenceudvikling er tænkt som et metodisk redskab, der beskriver den enkelte medarbejders ansvar og muligheder for kontinuerlig udvikling af faglige, sociale og organisatoriske kompetencer i ansættelsen (...) Målet med kompetenceudvikling er, at medarbejderen målrettet og kontinuerligt bygger videre på sin faglige viden, færdigheder, rutiner, professionalisme og reflekterer og lærer af sine erfaringer. Med et stigende kompetenceniveau øges kravene til den faglige kunnen såvel som til den organisatoriske forståelse og ansvarstagen.” (Kompetenceprogram, s. 2)

I kompetenceprogrammet fremgår tre overordnede kompetenceområder med en række konkrete kompetencer under, som sygeplejerskerne løbende skal komme i besiddelse af. Det fremhæves i programmet, at det er sygeplejerskernes ansvar kontinuerligt at udvikle og tilegne sig de konkrete nedskrevne kompetencer. Sygeplejerskerne skal løbende evaluere med en nøgleperson fra afdelingen, hvilke kompetencer der er tillært. Det er værd at bemærke, at der ikke blot stilles krav til sygeplejerskernes “*faglige kompetencer*”, men også til de “*sociale*

kompetencer” og “*organisatoriske kompetencer*”. De faglige kompetencekrav spænder bredt fra basale sygeplejefaglige kompetencer til specialespecifikke kompetencer rettet mod behandling og pleje af den type af medicinske patienter, som er indlagt på afdelingen. Derudover stilles der krav til, at sygeplejerskerne blandt andet skal kunne påtage sig rollen som ansvarshavende og gå stuegang på patienterne. Hvor de sociale kompetencekrav blandt andet fokuserer på, at sygeplejerskerne skal samarbejde effektivt, opbygge tillid samt hjælpe og vejlede kollegaer ved behov, stiller de organisatoriske kompetencekrav skarpt på prioritering af arbejdsopgaver, patientsikkerhed samt afdelingens visioner og værdier. (Ibid.)

Kompetenceprogrammet kan hjælpe os med at forstå de krav og forventninger, der stilles til afdelingens fastansatte sygeplejersker. Selvom sygeplejersken både samarbejder med vikarer og øvrige faggrupper, så stilles der særlige krav til sygeplejerskernes kompetencer og grad af ansvar. Særligt de faglige kompetencekrav har betydning for, at patienterne modtager de rette specialiserede kompetencer, der efterspørges. Det tyder på, at sygeplejerskerne har en afgørende rolle på afdelingen, hvor de som eneste faggruppe på afdelingen har monopol på en række kompetencer, der både er afgørende for patientsikkerheden samt de sociale og organisatoriske rammer på afdelingen.

Det er skruen uden ende

Det høje arbejdspress på afdelingen trækker en række af konsekvenser med sig, der ligeledes har betydning for arbejdsmiljøet på afdelingen. Af sygeplejerskerne beskrives hverdagen på afdelingen som “*hektisk*”, “*travl*”, “*kaotisk*” og “*der mangler struktur*”. På papiret arbejdes der ud fra plejeformen tildelt patientpleje, men når efterspørgslen på ressourcer overstiger de ressourcer, der er til rådighed, ændres plejeformen. Det blev observeret under feltstudiet, at sygeplejerskerne prioriterer de vigtigste opgaver, der understøtter patientsikkerheden, hvilket betyder, at plejeformen ændrer sig til enten gruppepleje⁵ eller rundepleje⁶, eventuel en kombination. I løbet af en vagt bliver sygeplejerskerne desuden løbende afbrudt i deres arbejde af øvrige faggrupper og vikarer, som også er afhængige af sygeplejerskernes kompetencer og faglige viden. Dette blev både observeret i forbindelse med feltstudiet, men oplevelsen af dette blev samtidig verificeret under interviews med sygeplejerskerne. Sygeplejerskerne fik, i denne sammenhæng, løbende tilført ekstra opgaver, fordi kun de har kompetencerne til at udføre specifikke opgaver. Betydningen af dette tolkes som

⁵ Gruppepleje er, når en gruppe af personale, med en gruppeleder i spidsen, har ansvaret for en mindre gruppe af patienter.

⁶ Rundepleje er, hvor personalet tildeles hver sin arbejdsopgave, som skal udføres på alle afdelingens patienter. (Marker, 2010)

uforudsigelighed i deres arbejde, hvilket anses som negativt for arbejdsmiljøet. Når der mangler forudsigelighed i arbejdet, opleves arbejdsmiljøet som utrygt, og der er en øget risiko for udvikling af stressreaktioner hos medarbejderne (Arbejdstilsynet, u. å.b). At arbejdsmiljøet påvirker trivslen blandt sygeplejerskerne, kommer blandt andet til udtryk i følgende citat:

“Folk er trætte. Folk er mentalt og fysisk trætte heroppe. Nogle dage kan man jo have, hvor man har travlt og redder det hele, men det er det bare hver dag. Det er det bare hver dag. Der er ingen dage, hvor vi ikke hele tiden er bagud med noget, bagud med noget, bagud med noget. Jeg havde det sådan forleden dag, “det er skruen uden ende.” (Emma)

At Emma beskriver sygeplejerskerne som mentalt og fysisk trætte, tyder på, at arbejdsmiljøet opleves som fysisk og psykisk belastende for sygeplejerskerne. Den fysiske træthed relaterer sig angiveligt til mængden af arbejdsopgaver, travlhed og et højt arbejdstempo. Den mentale træthed relaterer sig derimod formentlig til det store ansvar, som sygeplejerskerne oplever, at de har parallelt med de trange arbejdsvilkår, som de arbejder under. At Emma i relation til travlheden samtidig forklarer, *“det er bare hver dag”, “det er skruen uden ende”, og “vi er hele tiden bagud”*, tyder samtidig på, at arbejdspresset ikke blot opleves periodevis, men at arbejdsmiljøet bærer præg af et konstant fysisk og psykisk arbejdspress. Dette bekræftes på tværs af sygeplejerskerne.

Vi leger med menneskeliv

Flere af sygeplejerskerne italesætter, at de oplever, at patientsikkerheden sættes over kurs, når arbejdspresset bliver for højt. Dette underbygges af interviewet med sygeplejersken Sofia, som forklarer, at sygeplejerskerne nogle gange står i nogle farlige situationer, når den i forvejen pressede afdeling skal modtage akut dårlige patienter. Hun blev herefter spurgt, hvorfor hun oplever, at det er farligt, hvortil hun svarer: *“Fordi det er et sygehus, og vi leger med menneskeliv. Du kan ikke lave fejl. Når vi er trætte, laver vi flere fejl. Du vil gerne lave tingene hurtigt.” (Sofia)*. Alvoren og konsekvenserne af sygeplejerskernes arbejde understreges i ovenstående citat, hvor det bliver tydeligt, at sygeplejerskerne har ansvaret for patienternes liv. At Sofia både ytrer: *“Det er nogle gange også farligt”, og “Når vi er trætte, laver vi fejl”*, indikerer, at arbejdspresset øger risikoen for, at sygeplejerskerne laver fejl. Det tolkes som om, at sygeplejerskerne oplever, at de stilles under høje følelsesmæssige krav, når

de på den ene side skal arbejde hurtigt og effektivt med ansvar for mange arbejdsopgaver på én gang, og på den anden side skal arbejde fokuseret med ansvar for den enkelte patients liv. Flere af sygeplejerskerne forklarer, at det er svært at leve op til det ansvar, som de stilles overfor, hvilket angiveligt er afgørende for, at arbejdsmiljøet opleves som psykisk belastende. Ifølge Kristensen (2007) kan krav på arbejdspladsen opdeles i kvantitative og kvalitative krav. Hvor kvantitative krav handler om arbejdstempo og mængden af arbejde, så er de kvalitative krav både af emotionel og kognitiv karakter. Hvornår krav opleves som "for høje" er typisk afhængigt af den enkelte medarbejders tolerance (Ibid.). Det tyder i denne sammenhæng på, at sygeplejerskerne i dette casestudie overordnet oplever, at både de fysiske og følelsesmæssige krav er for høje.

Ens kompetencer er med til at redde liv

At der stilles høje krav til sygeplejerskernes kompetencer, tolkes som positivt, når ressourcerne er til stede, og omvendt tolkes det som negativt, når der er stor mangel på ressourcer. På tværs af interviewene kommer det til udtryk, at en af sygeplejerskernes største motivationsfaktorer ved arbejdet er at give patienterne en kompetent og værdig behandling samt at besidde en høj faglighed. Dette kommer blandt andet til udtryk i følgende citat, hvor Alma spørges, hvad der motiverer hende ved arbejdet:

"Det, der motiverer mig ved at være på en så hård afdeling, det er at det er meget synligt, at ens faglighed er med til at gøre en forskel. At vide at de her hurtige beslutninger og kompetencer i den akutte fase er med til at redde liv."

Ovenstående citat underbygger, at Alma i høj grad motiveres af sit arbejde. Samtidig tolkes det som om, at hun oplever stor meningsfuldhed ved at yde en behandling, som bærer præg af høj faglighed og kompetent behandling. Samme elementer samt omsorg til patienter tyder på at have stor betydning for samtlige af sygeplejerskerne. Meningsfuldhed anses som en af de afgørende dimensioner for arbejdsmiljøet på arbejdspladsen og medarbejdernes trivsel og afgørende betydning for denne følelse er en oplevelse af sammenhæng mellem personlige mål, værdier og selve indholdet i arbejdet (Kristensen et al., 2008). Samtidig hænger meningsfuldhed med arbejdet og motivationen ved arbejdet uløseligt sammen. Når det alligevel opleves som negativt, at der stilles store krav til sygeplejerskernes kompetencer, er det, når summen af kompetencer ikke kan stå mål med efterspørgslen.

Åh nej, gad vide hvordan det går oppe på afdelingen?

Blandt sygeplejerskerne er det tydeligt, at de hver især tager et stort ansvar for, at afdelingen fungerer, og at patienterne får en behandling, der i deres optik anses som værdig og kompetent. En væsentlig årsag til dette er angiveligt den meningsfuldhed, sygeplejerskerne oplever ved arbejdet. Samtidig kan et kollektivt perspektiv hjælpe os med at forstå, hvorfor sygeplejerskerne tager et stort ansvar. Inden for den nyinstitutionelle organisationsteori forklares det, hvordan værdier og antagelser er socialt skabte fænomener, der danner rammen for, hvordan man i institutionen organiserer sig. Logikkerne forbinder dels aktører med institutionerne, og samtidig er logikkerne afgørende for, hvilke handlinger der anses som legitime for at opnå sit mål. (Pedersen, 2014) At høj faglighed og omsorg for patienter vægter højt blandt sygeplejerskerne, tyder på, at det er professionslogikker, der dominerer på afdelingen, hvilket går hånd i hånd med afdelingens lokale kompetencekrav og sygeplejeautorisationens forpligtelser. Inden for professionslogikken udgør professionens etiske og faglige forpligtelser rammen for værdier og antagelser i organisationen (Pedersen, 2014). Genstandsfeltet for sygeplejerskeprofessionen er blandt at påtage sig et fagligt ansvar og bidrage til at bevare liv. Samtidig omfatter det hensyntagen til patientens integritet, anerkendelse af værdighed samt omsorg for den enkelte patient. (Sygeplejeetisk Råd, 2014) Når professionslogikken dominerer på afdelingen, er det også inden for disse organisatoriske rammer, at sygeplejerskerne legitimt kan handle. Inden for denne teoretiske forståelse handler det ikke blot om, at medarbejdere er drevet af en indre motivation, men nærmere at værdierne skabes og reproduceres gennem kollektiv handling. Når sygeplejerskerne påtager sig ansvar, handler det samtidig om, at dette anses som legitimt på afdelingen. Følgende citat tolkes som et eksempel på, hvilke handlinger der anses som legitime og dermed er afgørende for sygeplejerskernes handlinger:

“I sidste uge, da jeg var i dagvagt, var der to afløsere, der ikke mødte op. En sygeplejerske og en assistent, og så er der kun en fast sygeplejerske, og så måtte jeg jo blive. Så måtte jeg blive i 16 timer, og så møder jeg ind igen dagen efter klokken 7, for jeg kunne ikke få nogen medarbejdere dagen efter, og så havde jeg også arbejde dagen efter. Jeg kunne næsten ikke mere. Jeg var lige ved at græde, da jeg kom hjem, og så knaldede jeg lilletåen ind i stolebenet, så var det hele bare nok (griner).”
(Emma)

Ovenstående citat understøtter det ansvar, som Emma påtager sig for ikke at efterlade sin kollega som eneste sygeplejerske i aftenvagte. Det er relevant at bide mærke i, at hun forklarer, at *“Jeg kunne næsten ikke mere”*, hvilket indikerer, at hun hjælper til trods for, at hun næsten ikke kan holde til det. Dette kan hænge sammen med, at denne handling anses som legitim. I dette konkrete eksempel er det interessant, at professionslogikken ikke blot er herskende, når sygeplejerskerne er på arbejde, men også betyder at sygeplejerskerne føler sig nødsaget til at tage ekstra arbejde. Dette kan hænge sammen med, at der netop er så få sygeplejersker på afdelingen, og derfor opleves kravet til sygeplejerskens tilstedeværelse som endnu større. Dette resulterer i, at hver enkelt sygeplejerske påtager sig et ekstra stort ansvar, der er afgørende for levering af specialiserede kompetencer, som afdelingens patienter efterspørger. Selvom Emma frivilligt bliver på overarbejde, så tyder det på, at hun går på kompromis med sine egne behov i en sådan grad, at hun næsten ikke kan holde til det. Manglen på sygeplejersker betyder endvidere, at sygeplejerskerne ofte kontaktes i deres fritid vedrørende hjælp med ekstra vagter. Clara beskriver under interviewet, at hun bliver kontaktet derhjemme cirka fire gange ugentligt. Til spørgsmålet om dette påvirker hende, svarer hun:

“Ja, det gør det faktisk lidt ”Åh nej, gad vide, hvordan det går oppe på afdelingen?” og ”Kan mine kollegaer holde til det?” og ”Kan patienterne holde til det? Får de nu den mad, drikke og vask de skal have?” Jeg kan godt mærke, at det stresser mig en lille smule. Men samtidig tror jeg også, at jeg er blevet så god til at lægge det fra mig, når jeg er derhjemme. Men jeg kan godt mærke, at jeg lige har et par minutter, hvor jeg tænker ”Gad vide, hvordan det hele står til deroppe?” Og der er da også tit, hvor jeg vender det med min kæreste og spørger: ”Hvad, synes du, at jeg lige skal tage derop i et par timer?” Hvor han så siger: ”Ej, det synes jeg ikke er en god idé.” Der er også nogle gange, hvor han siger: “Det kan du godt”. ”

Citatet er et eksempel på, at Clara bliver konfronteret med en bekymring og ansvarsfølelse, når hun bliver kontaktet af afdelingen i sin fritid. Det er tydeligt, at Clara bekymrer sig for både kollegaer og patienterne, selv når hun kontaktes i sin fritid. Selvom hun beskriver, at hun er blevet bedre til at lægge ansvarsfølelsen fra sig, så forklarer hun, at det opleves stressende. Væsentligt er det samtidig, at flere af sygeplejerskerne oplever, at det i sidste ende er deres ansvar, at patienterne modtager den korrekte behandling. Dette kan muligvis forklare, hvorfor en af sygeplejerskerne tidligere er citeret for, at hun føler ejerskab over afdelingen. Dette tolkes ligeledes som, at sygeplejerskerne oplever et stort psykisk arbejdspress i denne

sammenhæng som en konsekvens af mangel på ressourcer over for en stor efterspørgsel på ressourcer i relation til Lipskys (1980) teori. Interessant er det særligt, at arbejdspresset og oplevelsen af ansvar ikke blot er til stede, når de er på arbejde, men også flyder ind som en bekymring i sygeplejerskernes fritid.

Det er ren tryghed faktisk

Selvom arbejdsmiljøet på afdelingen bærer præg et stort fysisk og psykisk arbejdspress og høje fysiske og følelsesmæssige krav, så tyder det på, at samarbejdet mellem de fastansatte sygeplejersker har positiv indflydelse på arbejdsmiljøet. Det synes i denne sammenhæng relevant at inddrage teori omkring social kapital af Olsen et al. (2008), hvor tillid og samarbejdsevne har betydning for virksomhedens sociale kapital. Denne teori bygger på empirisk forskning og viser en sammenhæng mellem virksomhedens sociale kapital og arbejdsmiljøet på arbejdspladsen, medarbejdernes trivsel og helbred samt produktiviteten blandt medarbejdere (Ibid.). Mellem de fastansatte sygeplejersker beskrives samarbejdet som tillidsfuldt, og det kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne støtter hinanden, når arbejdsvilkårene tillader det. Tillid defineres som en sårbarhed i forholdet mellem parterne, der dels bygger på en fælles forståelse af, hvordan der skal ageres samtidig med, at man har tiltro til den andens handlinger (Ibid.). På denne baggrund skaber tilliden mulighed og rum for, at sygeplejerskerne kan hjælpe hinanden og dermed i en fælles opgaveløsning lette arbejdspresset. At sygeplejerskerne hver især tager ekstra vagter for at få vagtplanen til at gå op, er et ud af flere eksempler på, at sygeplejerskerne hjælper til i fællesskab med at løfte arbejdsbyrden. Ifølge Kristensen (2008) er social støtte fra kollegaer en af de væsentligste faktorer for medarbejders trivsel. Den sociale støtte kan både være af praktisk og psykologisk karakter og vigtigt for begge typer er, at den kommer, når der er behov for det. Et ud af flere eksempler på, at sygeplejerskerne støtter hinanden, er i følgende citat, hvor Clara spørges, hvordan hun oplever samarbejdet med sine sygeplejerskekollegaer:

“Vi ved alle godt, hvad man står i for nogle situationer, så derfor hjælper man også hinanden. Man samarbejder omkring sine patienter. Det er meget nemmere at få det uddelegeret, det du ikke kan nå, fordi dine kollegaer ved præcis, hvad det er, du uddelegerer til dem, fordi de har ikke brug for en forklaring eller oplæring. Man stoler bare på hinanden. Det er ren tryghed faktisk.”

Det tyder på i ovenstående citat, at der er flere faktorer, som er afgørende for oplevelsen af et godt samarbejde mellem sygeplejerskerne. Først og fremmest tyder det både på, at sygeplejerskerne oplever tillid i relationen til hinanden, hvilket betyder, at arbejdsmiljøet opleves som trygt, når arbejdsvilkårene tillader det. At Clara endvidere beskriver *“dine faste kollegaer ved præcis, hvad det er, du uddelegerer”*, tyder på, at der sygeplejerskerne imellem eksisterer en tavs viden, der ligeledes understøtter et tillidsfuldt samarbejde. I følgende citat med sygeplejersken Emma, kommer arbejdsvilkårene og samarbejdets betydning ligeledes til udtryk, da hun svarer på spørgsmålet om, hvad der motiverer hende ved hendes arbejde:

“Jeg stopper aldrig (griner). Selvom vi har megatravlt, så har jeg bare vænnet mig til den arbejdsgang. Der var en dag, hvor vi ikke havde noget at lave, hvor jeg tænkte “det kan jeg slet ikke finde ud af, det kan jeg slet ikke finde ud af”. Selvom man er træt, så er man alligevel en lille smule høj, når man går hjem, fordi vi har fået grebet mange af boldene, og vi har gjort, hvad vi kunne. Os faste, vi er glade sammen, så griner vi af det. Der er sådan en varm stemning heroppe.”

At Emma forklarer, at hun aldrig stopper trods det, at hun oplever arbejdet som fysisk og psykisk trættende, tolkes som, at selve arbejdet og samarbejdet med kollegaerne opvejer for de negative aspekter. Det tyder på, at Emma oplever, at sygeplejerskerne har en god samarbejdsevne, hvor de i samarbejde løfter ansvaret for at løse arbejdsopgaverne. At det tilmed beskrives, at der er en varm stemning på afdelingen, hvor de faste kollegaer griner og er glade sammen, indikerer, at sygeplejerskerne har positive relationer til hinanden. At der er en tryk og positiv stemning blandt de fastansatte sygeplejersker, ytres blandt alle sygeplejerskerne. Dette tolkes som om, at det smitter af på arbejdsmiljøet som en grundlæggende oplevelse af tryghed. Dog skal det understreges, at det kun tyder på, at denne tryghed er til stede, når arbejdspresset og vilkårene tillader det, da sygeplejerskerne som tidligere beskrevet også ofte føler sig alene om ansvaret for afdelingen.

Delkonklusion:

Det konkluderes, at arbejdsmiljøet bærer præg af et konstant fysisk og psykisk arbejdspress som konsekvens af mangel på sygeplejersker på den ene side og en stor og bred efterspørgsel på sygeplejefaglige kompetencer blandt afdelingens patienter på den anden side. Det konstante arbejdspress udmønter sig i et højt arbejdstempo, travlhed og manglende struktur på de enkelte vagter, hvilket samtidig betyder, at sygeplejerskerne oplever en høj

uforudsigelighed i arbejdet. Arbejdsmiljøet bærer samtidig præg af høje fysiske og følelsesmæssige krav, når sygeplejerskerne udsættes for en stor arbejdsmængde samt et stort antal akutte og komplekse patienter. Omvendt har det en positiv indflydelse på arbejdsmiljøet, at sygeplejerskerne oplever en høj grad af meningsfuldhed ved arbejdet. Samarbejdet mellem sygeplejerskerne bygger på en høj grad af tillid, social støtte, tavs viden og god samarbejdsevne, hvilket samtidig er afgørende for, at arbejdsmiljøet opleves trygt, når arbejdsvilkårene tillader det.

Analyseafsnit 2: Samarbejdet mellem sygeplejersker og vikarer

I dette analyseafsnit vil vi besvare følgende arbejdsspørgsmål: *Hvilke parametre oplever de fastansatte sygeplejersker har betydning for samarbejdet med sygeplejerskevikarerne?*

Fra helt grønne vikarer til dem med 40 års erfaring

Indledningsvis vil vi beskrive, hvem vikarerne er, og hvilket ansættelsesforhold de har for efterfølgende at beskrive, hvilke parametre, det tolkes, har betydning for samarbejdet med vikarerne i sygeplejerskernes optik. Vikarerne beskrives som en mangfoldig gruppe med forskelligt kompetenceniveau og erfaring samt forskellig indstilling til arbejdet. Nogle af vikarerne tager ofte vagter og kender afdelingen særdeles godt, hvor andre kun kommer en gang imellem og en øvrig gruppe af helt nye vikarer, som ikke kender afdelingen i forvejen. Dette underbygges i følgende citat, hvor Alma svarer på, hvem hun oplever, vikarerne er: *“Der kan vi jo have alt fra ja, helt grønne sygeplejersker, der aldrig har været på et hospital før, som kommer og skal være anden sygeplejerske i en nattevagt for eksempel til en sygeplejerske, der har 40 års erfaring”*. Udover den store variation i vikarernes kompetencer og erfaring, så kommer de dels fra regionens interne vikarkorps og dels fra eksterne vikarbureauer. På tværs af interviewene tyder det på, at vikarernes enten interne eller eksterne ansættelse ikke har særlig betydning for oplevelsen af samarbejdet med dem, hvilket vi ellers havde en fælles for forståelse for.

Derimod har vi identificeret fire afgørende parametre ved den enkelte vikar, der tolkes at have betydning for tilliden og samarbejdet med vikaren. Disse fire parametre er vikarens kompetencer, vikarernes grad af ansvar, vikarens indstilling til arbejdet samt vikarens tavse viden. Derudover har vi identificeret, at tiden angiveligt også er en væsentlig faktor for samarbejdet. De i alt fem parametre har vi identificeret på baggrund af dybdegående analyse af det empiriske datamateriale. Vi er desuden løbende gået tilbage i datamaterialet for at krydstjekke vores analytiske fund i et forsøg på at verificere disse tolkninger. Alle fem parametre influerer hinanden i mere eller mindre grad. Afgørende er, at de tilsammen er grobund for sygeplejerskernes oplevelse af tillid til vikaren, hvilket kan perspektiveres til teori omkring social kapital, hvor tillid hænger uløseligt sammen med samarbejdsevnen. Fokus for denne teoretiske ramme er på organisatorisk niveau, hvor den skitserer sammenhængen mellem tillid og samarbejdsevne. Det beskrives i denne sammenhæng, at samarbejdsevnen afhænger af tillid, der udvikles gennem praktisering af samarbejde i hverdagen, hvor normer og værdier formes sammen. (Olsen et al., 2008) Da vi ligeledes

tolker, at samarbejdet med vikaren afhænger af tillid, har vi valgt at kalde de fem parametre for tillidsparametre. Vores analytiske betragtning af disse parametre skal dog forstås på individniveau modsat teorien om social kapital, og på denne baggrund knyttes det til den enkelte sygeplejerskes oplevelse af den enkelte vikar. For at visualisere parametrenes betydning kan hvert parameter forstås som et kontinuum, hvor der i den ende er lav grad af tillid, og i den anden ende er en høj grad af tillid til vikaren. Det tolkes, at sygeplejersken godt kan have høj grad af tillid på et parameter, men lav grad af tillid på et andet parameter. I følgende figur har vi forsøgt at illustrere de fem tillidsparametre, og i følgende afsnit vil vi udfolde vores fortolkninger og betydning af de enkelte tillidsparametre.



Figur 3: Tillidsparametre (egen illustration)

Kompetencer

Det bliver et helvede

Først og fremmest fremhæves vikarens faglige kompetencer på tværs af sygeplejerskerne som en af de væsentligste parametre for sygeplejerskernes tillid til vikaren. Kompetencerne kan underinddeles i to overordnede kategorier, der dels indbefatter specialespecifikke kompetencer og dels er generelle sygeplejefaglige kompetencer. De specialespecifikke kompetencer omhandler blandt andet håndtering af specialespecifikke medicinpræparater samt vurdering af specifikke symptomer, der knytter sig til den type af medicinske patienter, som er indlagt på afdelingen. De generelle sygeplejefaglige kompetencer omhandler mere basale færdigheder, der går på tværs af somatiske afdelingsspecialer, såsom måling af patienters vitale parametre, sondeanlæggelse, kateterpleje, mobilisering samt relevant dokumentation. Alt i alt tyder det på, at vikarens kompetencer anses som et vigtigt parameter, fordi det hænger sammen med, at patienterne i sygeplejerskernes optik får den korrekte behandling i overensstemmelse med afdelingens kompetencekrav. Det er i denne sammenhæng værd at bemærke, at vikarerne ikke nødvendigvis har disse kompetencer, som

sygeplejerskerne tillægger værdi og danner baggrund for tillid. Årsagen til dette er, at der fra afdelingens side ikke stilles krav til, at vikarerne har specifikke kompetencer eller erfaring. Afgørende for denne analytiske pointe er dog, at sygeplejerskernes tillid til vikaren inden for dette parameter afhænger af vikarens grad af begge typer af kompetencer. Alle sygeplejerskerne giver udtryk for, at det er problematisk, når de oplever, at vikarerne ikke kan varetage sygeplejefaglige opgaver eller har de fornødne kompetencer hertil. Freja fortæller:

“Så er de her bare for at være her, men de er booket som sygeplejersker, men kan ikke varetage sygeplejerskefaglige opgaver og kan ikke gå stuegang, kan ikke tage medicin. Så er man i realiteten kun én, fordi hende den anden kan kun varetage SSA-opgaver (social- og sundhedsassistent, red.) og hjælpe ude på gangen. Så det bliver en kæmpe udfordring, og det bliver et helvede. Det bliver en ret hård vagt.”

Det tolkes som afgørende for alle sygeplejerskerne, at vikarerne både besidder specialespecifikke og basale sygeplejefaglige kompetencer. Når disse ikke er til stede, skabes mistillid til vikaren, og samarbejdet anses som udfordrende og utrygt. Enkelte historier går igen blandt flere af sygeplejerskerne med vikarer, der anses som usikre og inkompetente. Et eksempel på dette er: *“Det var en sygeplejerske fra et ambulatorium, der var så inkompetent, og kunne finde på at give noget medicin fra en sondesprøjte i et PVK⁷. Altså, det kan patienten jo dø af!”* (Freja). Det tolkes, at fortællinger som denne kan være årsag til, at flere af sygeplejerskerne som udgangspunkt oplever mistillid til særligt de nye vikarer. Omvendt anses samarbejdet som tillidsfuldt, når vikaren besidder de fornødne kompetencer, der svarer til patienternes efterspørgsel på ressourcer og afdelingens kompetencekrav. Et eksempel på dette er, hvor Alma svarer på, hvad det vigtigste er ved vikaren: *“Det er nok noget af det allervigtigste for mig, det er, når tingene virkelig brænder på, så har jeg mulighed for at læsse nogle af de her opgaver af på en, der har kompetencerne til det”*. Det tolkes, at der opleves en høj grad af tillid til vikarer med høje kompetencer. Dog tyder det på, at når arbejdspresset er højt, har sygeplejerskerne ikke altid tid til at afsøge nye vikarers kompetencer, og dermed udnyttes denne vikars kompetencer ikke nødvendigvis, hvilket blev observeret i feltobservationen i aftenvagten.

⁷ Perifer venekanyle: bruges til infusion af blandt andet medicin direkte i blodbanen (Ravn, Larsen, Foss & Hansen-Nord, 2022)

“Vi sidder i vagtstuen, hvor de forskellige opgaver netop er blevet uddelegeret. En af assistenterne spørger den ene vikar, om hvor hun tidligere har arbejdet, hvortil hun svarer, at hun gennem otte år har arbejdet på en intensivafdeling samt har del vikarerfaring fra forskellige afdelinger. Sofia lytter med i samtalen, og ser overrasket ud over denne information, men ændrer ikke i arbejdsgangen.” (Feltnoter, aftenvagt)

Denne vikar må antages at have opnået en del faglige kompetencer ud fra den beskrevne erfaring fra en afdeling for kritisk syge patienter. Men da der på den pågældende vagt var et betydeligt arbejdspress, og sygeplejersken Sofia var i dobbeltvagt på grund af sygdom, tolkes det som, at den manglende tid kan være årsag til, at hun ikke valgte at ændre i opgavefordelingen på trods af, det eventuelt kunne lette arbejdspresset.

Ansvar

Der mistede jeg totalt overblikket

At vikaren tager ansvar for arbejdsopgaverne, tolkes som et afgørende parameter for at sygeplejerskerne har tillid til vikaren og dermed samarbejdet med denne vikar. Det tolkes, at sygeplejerskerne oplever, at vikaren skal tage ansvar for, at konkrete arbejdsopgaver udføres og ligeledes tage ansvar for at stille spørgsmål til de fastansatte, hvis de føler sig usikre. Interessant ved parameteret for ansvar er dog, at det tolkes, at sygeplejerskerne mener, at vikaren hverken må tage for lidt eller for meget ansvar i relation til sygeplejefaglige opgaver og beslutninger. At vikarerne ikke må tage for meget ansvar hænger angiveligt sammen med, at sygeplejerskerne oplever, at korrekt pleje og behandling af patienterne i sidste ende opleves som deres ansvar. Når vikaren tager for meget ansvar, svækkes tilliden til denne vikar, hvilket kommer til udtryk i følgende citat:

“Jeg har haft en sygeplejerskevikar, der kom og tog rigtig meget ansvar, selvom hun ikke havde været på afdelingen før og tog rigtig meget over, begyndte at ringe til forvagten uden at orientere mig først og uden at have målt værdier på patienten, selvom der faktisk var lagt en plan på patienten, der stod et notat. Det blev bare rigtig øv, hvor jeg måtte stå og forklare forvagten, der jo kom akut op og måtte ligesom afblæse den her situation, fordi vi faktisk stod i en habituel situation. Det var sådan lidt, hvor jeg tænkte, at der mistede jeg totalt overblikket og blev faktisk ret frustreret over, at jeg ikke lige havde en finger med i det, fordi der så skete de her ting, der ikke var optimale.” (Alma)

I det konkrete eksempel understreges den frustration, der opstår i samarbejdet, når vikaren tager for meget ansvar i Almas optik. I det konkrete eksempel antages det også at have betydning, at vikaren er ny på afdelingen, hvorfor der angiveligt ikke er opbygget tillid i relationen endnu. Dermed opfattes vikarens grad af ansvar som særlig mistillidsskabende. Vigtigt er det dog, at Alma ønsker at have *“finger med i det”*, før vikaren handler selvstændigt. Dette perspektiv bekræftes af flere af sygeplejerskerne. Omvendt tyder det på, at vikarer, som tager for lidt ansvar i forhold til arbejdet, ligeledes bidrager til mistillid blandt sygeplejerskerne. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Det er, fordi de kommer udefra. De vil ikke påtage sig noget ansvar. Det er som om, at hver gang der altså... nogle af sygeplejerskerne, nu skal jeg ikke sige alle selvfølgelig, men når der kommer nogen, så er de ligesom “Jeg er fra et ambulatorie, og jeg kender ikke medicinen, jeg kender ikke specialet.” (Freja)

Det går igen på tværs af sygeplejerskerne, at de oplever det som problematisk, at vikarer ikke påtager sig et ansvar, uagtet hvad årsagen er. Det tolkes i denne sammenhæng, at sygeplejerskerne bliver bekræftet i, at patientsikkerheden i sidste ende er deres ansvar, da de med en gruppe af vikarerne ikke kan føle sig sikre ved deres grad af ansvar. Samtidig tyder det på, at tilliden til vikarer, som ikke tager ansvar, svækkes, fordi de ikke kan føle sig sikre på, at patientrelaterede opgaver udføres korrekt. Afgørende for sygeplejerskernes tillid til vikaren er, at de tager det korrekte ansvar, der hverken er for lidt eller for meget. Det anses som tillidsfuldt, når vikaren ikke selvstændigt tager beslutninger såsom at ringe til lægen, men i stedet aflægger rapport til sygeplejerskerne omkring konkrete observationer eller arbejdsopgaver. Dette udtrykkes i følgende citat:

”Det er det, og vi har nogle, der er rigtig gode, som kender afdelingen. Hvor de kommer og siger: “Vi har en patient hernede, jeg tror, at han har en blødning.” “Det er godt, at du vender tilbage til mig”. “Hans vitale værdier siger sådan og sådan, og han er så tung, så jeg kan ikke vække ham, og bum, bum, bum” Jeg får bare det hele serveret på et sølvfad, og så ringer jeg til forvagten, og så bum og så har jeg hældt adrenalin op, ned og blive scannet og videre. Ja så kører det bare.” (Emma)

Indstilling

Der er en uundgåelig distance mellem os

Et tredje parameter, som har betydning for sygeplejerskernes oplevelse af tillid til vikaren, er den indstilling, som vikaren har til arbejdet. Indstillingen har vi inddelt i tre hovedkategorier: patientindstilling, arbejdsindstilling og vikarindstilling. Vores forståelse af indstillingerne kan sidestilles med vikarernes attitude, herunder hvilke motiver og værdier, sygeplejerskerne oplever, at vikarerne har.

Patientindstillingen forstås som den tilgang, sygeplejerskerne oplever, at vikaren har over for patienter og pårørende. Det tolkes som afgørende for sygeplejerskernes oplevelse af tillid til vikaren, at vikarens indstilling til patienterne er i overensstemmelse med den professionslogik, der dominerer på afdelingen. Her anses omsorg, respekt og kompetent behandling som afgørende for legitimiteten i relation til den nyinstitutionelle teori omkring institutionelle logikker (Pedersen, 2014). Når vikaren handler i overensstemmelse med professionslogikken, har det samtidig positiv indflydelse på sygeplejerskernes tillid til vikaren. Hvis vikarens patientindstilling omvendt ikke er i overensstemmelse med professionslogikken, så resulterer det i mistillid til vikaren samt et dårligt samarbejde som resultat. Et eksempel på dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Jeg har en, som lige har været her, en forholdsvis nyuddannet sygeplejerske, der vitterligt ingen empati har. Som snakker rigtig, rigtig grimt til patienterne. Snakker meget højt ude på gangen, ingen situationsfølelse, og jeg blev faktisk rigtig nervøs for at have hende på arbejdet her. For eksempel står hun og snakker om grøn afføring hos en anden patient ude på gangen, hvor der så er en masse pårørende sammen med en patient, der så fodbold. De fik sådan ufrivilligt lagt øre til, at der var en patient nede på stue 17, der havde grøn afføring. Og det oplever jeg faktisk ret tit, at der er mange, der ikke lige har den der respekt for, de har lidt glemt plien.” (Clara)

Arbejdsindstillingen rummer sygeplejerskernes oplevelse af vikarens tilgang til arbejdet og kan sidestilles med begrebet arbejdsmoral. Fokus er på den attitude, vikaren har til arbejdet. Når sygeplejerskerne oplever, at vikaren er motiveret, har en positiv indstilling og påtager sig ansvar, opleves tillid til vikarerne. Omvendt tyder det på, at der opstår mistillid til de vikarer, der ikke opleves som motiverede, har en negativ indstilling og ikke tager ansvar for arbejdet. Et eksempel på dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Der har jeg været megabitter. Især hvis det har været en sygeplejerske, der har siddet på sin flade røv hele aftenen eller dagen, eller hvornår de nu har været der. Og man har selv skøjtet rundt, men man har ikke kunnet sætte dem til noget.” (Clara)

Den sidste indstilling, har vi valgt at kalde vikarindstilling. Det tolkes, at sygeplejerskerne oplever, at alle vikarerne besidder denne indstilling, uagtet at de ellers anses som kompetente, ansvarsfulde eller med en korrekt indstilling til arbejdet. Vikarindstillingen omhandler det overordnede motiv, som sygeplejerskerne oplever, at vikarerne har ved arbejdet. I denne forbindelse lægger alle sygeplejerske vægt på, at de oplever, at vikarerne dels er motiveret for lønnen, og dels ikke påtager sig samme grad ansvar som de fastansatte. I relation til den nyinstitutionelle teori tyder det på, at sygeplejerskerne oplever, at vikarerne som gruppe i højere grad er drevet af egen profit, hvilket i højere grad er i tråd med markedslogikker (Pedersens, 2014). På denne baggrund tolkes det samtidig, at det ikke er muligt, at sygeplejerskerne oplever samme grad af tillid til vikarerne som til deres faste kollegaer. Det tyder på, at der opleves en distance til vikarerne, hvorfor samarbejdet med vikarerne ikke anses som ligestillet med samarbejdet mellem de fastansatte. Et eksempel på dette skitseres i følgende citat:

“Nogle af dem er. Dem, der kommer her sådan rigtigt meget, hvor man næsten glemmer, at de er vikarer, de interagerer meget godt med os andre, men jeg vil sige, der er en distance. Det er der bare. En eller anden uundgåelig distance mellem os, og det lyder absurd, men det er der bare. Jeg kan godt mærke, at i og med at jeg er ansat her, det er min faglige stolthed, og jeg vil gerne have, det hele bare spiller. Hvor der kan jeg mærke, at vikarerne kan gå hjem og være ligeglade i bund og grund, fordi de har tjent deres penge. De fleste af dem, der kommer her, er jo megagode og totalt samvittighedsfulde. Men man kan sige, at man kan godt mærke, at der er den der distance, og man vil ikke sådan åbne sig for dem, fordi “måske ser jeg dig ikke igen i 4 uger eller et halvt år”. Så man åbner sig ikke op på samme måde for dem, som med ens faste kollegaer.” (Clara)

Tavs viden

Der er behov for mere kommunikation

Endnu et væsentligt tillidsparameter, vi har identificeret, som har betydning for samarbejdet med vikaren, er tavs viden. Begrebet tavs viden defineres som en viden, der opbygges

gennem tid og erfaring, men som er vanskelig at sætte ord på (Jacobsen & Thorsvik, 2014). Den tavse viden omhandler afdelingens rutiner, måder at gøre tingene på og forståelse af hinandens arbejdsopgaver. Vi tolker, at den tavse viden er afgørende for, at sygeplejerskerne oplever, at vikarernes arbejde bliver gjort i overensstemmelse med afdelingens normer og rutiner. Samtidig tolkes det, at den tavse viden er afgørende for, at sygeplejerskerne ikke skal bruge ekstra tid på oplæring og forklaring. Jo højere grad af tavs viden den enkelte vikar besidder, jo højere grad af tillid tolkes det, at sygeplejerskerne har til vikaren. Sygeplejerskernes kompetencer hænger i flere tilfælde sammen med vikarernes tavse viden. Et eksempel på, hvilken betydning mangel på tavs viden har, kommer til udtryk i følgende citat:

“Der er lidt et problem med så mange vikarer, fordi der er behov for mere kommunikation, når der er vikarer. Måske 30, 50, 80 % mere nogle gange, når det er første gang. Der skal være meget mere kommunikation. Men i akutte situationer har du ikke tid til så meget kommunikation. Du skal bare kigge på din kollega, og så ved de, hvad de skal gøre. Når du arbejder med nogen, der ikke kender afdelingen, bliver de akutte situationer skrøbelige.” (Sofia)

Som angivet i det ovenstående citat, tyder det på at sygeplejerskerne oplever at det går ud over patientsikkerheden, når vikarens tavse viden mangler. Forud for udarbejdelsen af dette casestudie havde vi en forforståelse om, at sygeplejerskerne ville mene, det var usolidarisk, at tidligere kollegaer valgte at blive vikarer. Dog viser vores empiriske datamateriale, at det opleves positivt blandt flere af sygeplejerskerne, når vikarer er tidligere ansatte fra afdelingen. Årsagen til dette tolkes som, at de har den nødvendige tavse viden og erfaring, som er et væsentligt parameter for tillid i samarbejdet. Dog er det værd at bemærke, at tilliden til de tidligere ansatte dog svækkes i relation til den vikarindstilling, som vi tolker, at sygeplejerskerne oplever, at de besidder.

Tiden

De nye og de gamle vikarer

Tiden er det femte tillidsparameter, der antages at have betydning for sygeplejerskernes tillid og samarbejde med vikaren. Vi har valgt, at dette parameter har en anden farve på vores illustration af de fem parametre, da tiden dels ikke knytter sig direkte til vikaren, og dels anses den som afgørende parameter for de fire øvrige parametre. Tiden anses som særlig vigtig for

et samarbejde, da tillid ikke opstår spontant, men at tillid er noget, der skabes relationelt gradvist over tid, når betingelserne tillader dette (Davy & Ågård, 2017).

Med blik for det empiriske datamateriale tolkes det, at tiden kan adskilles i to dimensioner. Den ene dimension af tiden er den tid, som er til rådighed på den enkelte vagt og kan være begrænset, da arbejdspresset ofte fører til tidspres. Det viser sig blandt sygeplejerskerne, at der er forskellig opfattelse af, hvornår der er bedst mulighed for at opbygge et tillidsfuldt samarbejde med vikaren. Hvor én sygeplejerske oplever, at der er god tid i nattevagter til samarbejde med vikarerne, så oplever andre sygeplejersker, at der mangler tid om natten til at samarbejde med vikarerne.

Den anden dimension af tiden er den tid, som vikaren sammenlagt har været på afdelingen. I denne sammenhæng tyder det på, at jo længere tid vikaren har været på afdelingen, jo mere tillid har der været mulighed for at opbygge på denne baggrund. Blandt andet er tiden også afgørende for, at vikaren kan opbygge tavs viden og erfaring. Tiden er dog ikke nødvendigvis altid afgørende for, om der opstår tillid til vikaren; hvis sygeplejerskerne eksempelvis oplever, at vikaren har en uempatisk indstilling til patienten eller har en uengageret indstilling til arbejdet. Tiden er dog både afgørende for, at sygeplejerskerne har mulighed for at opbygge tillid og vurdere vikarens kompetencer, ansvar, indstilling og tavse viden. Det tolkes samtidig som afgørende for vikarens perspektiv at de har tid til at lære at indordne sig under de værdier, handlinger og kompetencer, der fra sygeplejerskernes perspektiv anses som tillidsskabende. At tiden har væsentlig betydning, for tillid til vikaren kommer til udtryk i følgende citat: *“Jeg er ikke rigtig stødt på nogen vikarer, der har været her et par gange og har taget stuegang. Det er for stor en mundfuld, og det er heller ikke sikkert, altså”* (Freja). Omvendt tyder det på, at Freja oplever en større grad af tillid til vikarer, som har arbejdet på afdelingen over længere tid: *“Gamle faste sygeplejersker, der har været her før, det er nogle faste vikarsygeplejersker, der arbejder fra et internt eller eksternt vikarbureau, de kender afdelingen så godt, at de kan tage stuegang eller medicin”*.

Delkonklusion

Det konkluderes, at de fem tillidsparametre har afgørende betydning for sygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med vikarerne. Det første tillidsparameter er vikarens kompetencer, og jo højere grad af kompetencer, vikaren besidder, jo højere grad af tillid har sygeplejersken til vikaren. Det andet tillidsparameter er vikarens ansvar, hvor vikaren hverken skal tage for lidt eller for meget ansvar, for at samarbejdet anses som tillidsfuldt i denne relation. Det tredje tillidsparameter er henholdsvis patientindstilling, arbejdsindstilling og vikarindstilling. I

forhold til patientindstillingen anses det som tillidsfuldt, når vikaren har empati over for patienter og pårørende, men mangler dette, opleves det som mistillidsskabende. I forhold til arbejdsindstillingen anses det som tillidsskabende, når vikaren har en motiveret og positiv indstilling til arbejdet, men har vikaren omvendt en umotiveret og negativ indstilling, opleves det modsatte. Vikarindstilling besidder alle vikarer, og det er grobund for mistillid, fordi sygeplejerskerne oplever, at vikarerne er motiverede for løn og fleksibilitet ved vikarbejdet fremfor omsorg og høj faglighed. Den fjerde tillidsparameter er tavs viden, som vikaren opbygger gennem tid og erfaring på afdelingen. Jo højere grad af tavs viden, den enkelte vikar har, jo højere grad af tillid har sygeplejerskerne til den pågældende vikar. Det sidste tillidsparameter er tiden, der er afgørende for sygeplejerskernes opbyggelse af tillid til den enkelte vikar i relation til de øvrige fire tillidsparametre.

Analyseafsnit 3: Sygeplejerskernes strategier

I dette analyseafsnit vil vi besvare følgende arbejdsspørgsmål: *Hvilke strategier anvender de fastansatte sygeplejersker for at tilpasse samarbejdet med sygeplejerskevikarerne?*

Tilpasningsstrategier

Som beskrevet i første analyseafsnit så oplever afdelingens sygeplejersker at arbejde under et højt arbejdspress som konsekvens af en stor efterspørgsel på sygeplejefaglige ressourcer på den ene side, over for mangel på sygeplejefaglige kompetencer på den anden side. Ifølge Lipsky (1980) er en konsekvens af et sådant arbejdspress, at velfærdsmedarbejderen i frontlinjen oplever at stå i et krydspres, hvor de må prioritere mellem arbejdsopgaverne for at håndtere krydspreset. På denne baggrund beskrives det, at velfærdsmedarbejderen ser sig nødsaget til at anvende forskellige copingstrategier eller uformelle arbejdspraksisser for at håndtere dette krydspres. Inden for denne teoretiske ramme fokuseres på, hvordan velfærdsmedarbejderen håndterer og anvender forskellige copingstrategier i relation til borgeren eller patienten (Ibid.). Fokus for vores casestudie har ikke været på sygeplejerskernes kontakt til patienterne, men derimod på hvordan sygeplejerskerne håndterer arbejdspresset og det krydspres, der opstår på denne baggrund i relation til vikarerne. At sygeplejerskerne anvender copingstrategier for at håndtere arbejdspresset i relation til vikarerne er en analytisk tolkning, som vi har lavet på baggrund af casestudiets empiriske datamateriale. Vi har valgt at kalde disse copingstrategier for tilpasningsstrategier, da vi tolker, at dette er strategier, som sygeplejerskerne anvender for at tilpasse samarbejdet mellem sygeplejersker og vikarer, så det fra deres individuelle vurdering bliver mest optimalt.

På den medicinske afdeling, der udgør denne case findes der ingen retningslinjer for, hvordan nye vikarer introduceres til afdelingen, eller hvordan rollefordelingen mellem sygeplejersker og vikarer skal være. Dette er angiveligt årsag til, at den enkelte sygeplejerske oplever det nødvendigt at udvikle egne strategier for at tilpasse samarbejdet. Det tolkes, at sygeplejerskernes tilpasningsstrategier udvikles og tilpasses på individniveau, og på denne baggrund er det den enkelte sygeplejerskes vurdering af vikarens tillidsparametre, der danner hovedgrundlaget. Det antages, at strategierne også kan være påvirket af strukturelle vilkår såsom arbejdspress, personalenormering samt vagttypen. Tilpasningsstrategierne kommer til syne både som ubevidste og bevidste handlinger, der er afgørende for, hvilke arbejdsopgaver vikaren må udføre, og hvordan rollefordelingen mellem sygeplejersker og vikarer udfolder

sig. Hvordan vikarerne forholder sig til tilpasningsstrategierne, som sygeplejerskerne benytter sig af, har afgørende betydning for sygeplejerskernes oplevelse af samarbejdet med vikarerne. Det tolkes, at det for alle sygeplejersker er vigtigt, at vikaren indordner og tilpasser sig den rollefordeling, de beslutter sig for på den pågældende vagt. Samtidig har det betydning, at vikaren indordner og tilpasser sig, fordi den valgte rollefordeling af den enkelte sygeplejerske anses for at være den bedst mulige, for at patientsikkerheden er acceptabel.

Det tolkes, at sygeplejerskerne oplever, at de har monopol på at fordele arbejdsopgaverne og arbejdsgangen, og vikarerne indgår således ikke i denne fordeling. Det må understreges, at det ikke er fordi, sygeplejersken ikke mener, at vikaren skal påtage sig et ansvar med de konkrete uddelegerede opgaver, men det er sygeplejerskerne, der dikterer i hvilken grad, vikaren skal tage ansvar.

Tiden er i denne kontekst også en vigtig faktor, da strategierne skal ses som noget, der opbygges og udvikles over tid. Dette er blandt andet fordi, sygeplejerskens erfaring og kompetencer påvirker de beslutninger, der træffes, og derfor kan strategierne løbende erstattes eller ændres med mere optimale måder at udforme rollefordelingen og samarbejdet med vikarerne. På tværs af det empiriske datamateriale ses der flere ligheder i sygeplejerskernes strategier, men også forskelle. Vi er kommet frem til de seks væsentligste strategier, sygeplejerskerne benytter, der vises i følgende figur, samt uddybes nedenfor.



Figur 4: Tilpasningsstrategier (egen illustration)

Sætte et stærkt hold

Sygeplejerskerne ønsker ved vagtens start at kortlægge nye vikarens erfaring og kompetencer. Selvom dette gøres en smule forskelligt blandt sygeplejerskerne, så tyder det på at vigtigst for alle er, at de hurtigt kan få en fornemmelse af hvem vikaren er og hvad de kan. Freja svarer i følgende citat, hvad hun gør, når en ny vikar kommer på afdelingen:

“Først og fremmest spørger vi altid ind til hvor meget de kan og hvor langt deres kompetencer strækker. Om de har været på afdelingen før. På baggrund af det, så planlægger vi dagen med “så gør jeg det, og så gør du det og bum, bum, bum”. Og sådan fortsætter vi og så bliver der jo sagt “Ved det mindste så kommer du til mig, ikke”, og fortæller hvad det er, og fortæller dine interventioner osv osv osv, og så handler vi på baggrund af det.”

Det tolkes, at sygeplejerskerne definerer en del af vikarernes rolle ud fra deres erfaring og kompetencer, og denne proces bliver til en strategi, og de tilpasser arbejdsfordelingen efter dette. Alle sygeplejerskerne bruger denne strategi, hvor flere beskriver det som at *“sætte et stærkt hold på begge sider”*. De placerer en erfaren vikar sammen med en mindre erfaren og omvendt. Arbejdsfordelingen er lavet på forhånd i vagtskemaet, og en af sygeplejerskerne beskriver, at hun ser på den i forvejen, og hvis hun vurderer, den ikke er optimal, tilpasser hun den. Andre sygeplejersker tilpasser ofte fordelingen ved vagtens start eller løbende i vagten, hvor Clara blandt andet ændrer plejeformen til rundepleje, hvis hun vurderer, at det er mere optimalt for samarbejdet. Hvis det vurderes, at vikaren ikke kan varetage sygeplejefaglige opgaver som medicinadministration, så tilpasses arbejdsgangen ved at sygeplejerskerne varetager medicinen, og vikaren får rene plejeopgaver på gangen, hvilket Emma forklarer i følgende citat:

“Og jeg har analyseret, hvor er det, at jeg får den største effektivitet ved hver enkelt. Vi har en, som kommer; han er ikke rigtig god til plejen, men han er rigtig god til medicinen, så ham sender jeg simpelthen i medicinrummet, og hvis du spørger ham, så siger han ja til alt. “Kan du tage hele afsnittet med medicin?”. “Ja ja, det kan jeg godt.” Så ved jeg, at jeg kan kalkulere alle de andre på gulvet.”

Det handler om at få mest udbytte af de kompetencer og erfaring, der er til rådighed, og en vej til dette kan være at bruge denne strategi, men det kan også handle om, at tilliden til vikaren er lav, og derfor placeres denne strategisk, således at kompetencerne er ligeligt fordelt.

Selvtilrettelagt oplæring

På afdelingen foreligger ingen retningslinjer for oplæring, introduktion eller kompetenceudvikling af vikarer. Mange af vikarerne ikke kender til afdelingens rutiner, arbejdsgange og måder at gøre tingene på, hvilket svækker sygeplejerskernes tillid til dem. På denne baggrund tolkes det, at sygeplejerskerne oplever ansvar for at oplære og introducere nye vikarer på afdelingen. Oplæringen udføres en smule forskelligt blandt sygeplejerskerne, men afgørende for alle er hvor meget tid og overskud den enkelte sygeplejerske har. Emma har for eksempel reflekteret over situationer, hvor hun oplever et potentiale for udvikling af vikarens kommunikationsevner til pårørende, som hun ikke har fundet tilfredsstillende. Hun fortæller:

“Jeg må jo hellere arbejde lidt med dem (vikarerne, red.), når de er her og ligesom sige: “Det synes jeg ikke, at du håndterer på den rigtige måde.” Nogle pårørende som er i dyb krise..., dem kan man ikke begynde at diskutere med, nej, dem er man nødt til at yde omsorg over for. I stedet for at puste sig op – os mod dem. Det er tit det, jeg oplever. Og der er jeg begyndt at blande mig lidt i håb om, at der er nogle ting, jeg kunne ændre i stedet for bare at sige “Nu skal I ikke komme her mere!” Fordi ellers så står vi og ikke har nogen.”

Citatet er et eksempel på en tilpasningsstrategi, der går ud på at tilpasse vikarens kommunikationsevner, så den stemmer overens med Emmas egen tilgang. Sofia har haft samme tanke om, at vikarerne har et behov for supervisering, da de enten ingen erfaring har eller mindre grad af den, og derfor er der behov for et øget fokus på dette, men hun beretter ikke om, at hun har brugt denne strategi i praksis. Det tyder på at Sofia ønsker et øget fokus på introduktion af vikarer, men oplever manglende tid til dette, hvilket udtrykkes i følgende citat:

“Vi skal bruge tid på dem (vikarerne, red.), og det er ikke fordi de ikke er gode, men det er fordi nogle vikarer kommer her ikke så ofte, måske er det første gang, de skal have lidt mere opmærksomhed, lidt mere kærlighed, lidt mere guidning. Sådan er det. Men nogle gange har vi travlt, så vi underviser ikke dem, vi viser dem ikke tingene. Og så sker det nogle gange, at de bliver stresset, så de kommer ikke igen. Og nogle gange er de meget dygtige. En gang havde vi vikar fra et lille hospital, en meget dygtig sygeplejerske. Hun overlevede to dage og så kom hun ikke mere.”

Anerkendelse

Anerkendelse af vikaren er en tilpasningsstrategi, hvor det gensidige afhængighedsforhold sygeplejerskerne og vikarerne imellem kommer til udtryk. Det tolkes som en måde at få samarbejdet til at blive endnu bedre og mere glidende samtidig med, at det handler om at få vikaren til at komme tilbage til afdelingen, på grund af den generelle mangel på arbejdskraft. Det tolkes, at det især handler om, at afdelingen skal ses som en attraktiv arbejdsplads for vikarerne, så de tilvælger den igen, og her er anerkendelse en strategi, der benyttes. At bruge anerkendelse som strategi kan ses som en investering i den sociale kapital, hvor sygeplejerskerne forsøger at skabe positive relationer, hvor der er gensidig tillid mellem parterne. I relation til nyinstitutionel teori anses dette samtidig som en måde, hvorpå sygeplejerskerne forsøger at fremstå legitime over for vikarerne og sikre at de ikke mister den arbejdskraft som vikarerne bidrager med. Dette illustrerer at vikarerne ikke blot er afhængige af afdelingen som arbejdsplads og indtægtskilde, men at sygeplejerskerne også er afhængige af vikarernes arbejdskraft. (Pedersens, 2014)

Flere af sygeplejerskerne bruger positive vendinger til at anerkende vikaren ved at spørge, om de ikke kunne tænke sig en fast stilling på afdelingen eller fortælle, at de anser dem som dygtige og gode. Årsagen til dette forklares med, at samarbejdet bliver bedre, fordi det opleves, at vikaren arbejder mere effektivt, når der gives ros. Emma bruger også anerkendelse til at lette stemningen, når hun oplever modstand fra vikarerne, ved at hun eksempelvis har lavet om på den planlagte arbejdsfordeling:

“Det er hårdt sådan at skulle please dem og gøre dem i godt humør. Og jeg prøver sådan flere gange at sige: “Vi er så glade for, at du er her i dag” og “Jeg ved ikke, hvad jeg skulle have gjort uden dig,” men det er bare tungt for mig. Hvis jeg kom på arbejde og var sur, fordi der var lavet om på arbejdsgangen, det kan man bare ikke.”

Særligt handler anerkendelse som strategi i sidste ende om at gøre det godt for patienterne. Det viser nedenstående eksempel, hvor en handling, der kunne synes at være rettet mod vikaren, hvis den kun var observeret og ikke italesat af sygeplejersken, viser sig at være for, at vikaren behandler patienten på en måde, sygeplejersken finder optimal:

“Dem, som sidder faste vagter, der har jeg også fundet ud af, at jo mere man yder dem - at komme med kaffe eller spise eller noget kage eller går ind og spørger, om de skal have en tissepause, jo mere giver de faktisk af kærlighed til patienten. I stedet for dem,

som er derinde i 100 år, og så når jeg kommer ind, så sidder de i skrædderstilling og bare kigger på telefonen. Og patienten ligger inde med åbne øjne ved siden af.”

(Emma)

Egne systemer og kontrol

Der er forskellige opgaver, der skal løses i løbet af en vagt, hvilket flere af sygeplejerskerne har sat i system ved at lave deres egen arbejdsfordeling og opgaveseddel. Formålet med opgavesedlerne er at give sygeplejersken et bedre overblik over vikarens arbejde, og samtidig kan de anvendes som en tjekliste. Hver enkelt sygeplejerske har deres egen individuelle måde at udarbejde arbejdsedlerne på, og der er derfor mindre forskelle, men overordnet ses ligheder. Det tolkes at årsagen til, at arbejdsedlen bruges som tilpasningsstrategi er, at flere af sygeplejerskerne oplever, at opgaver ikke bliver løst, når der opstår tvivl om, hvem der har ansvaret for opgaven. I denne sammenhæng tyder det på, at der på afdelingen mangler en tydelig defineret rollefordeling mellem sygeplejersker og vikarer, og dette kan arbejdsedlen afhjælpe. Dette underbygges af følgende citat:

“Og min vurdering er også at det gør det meget nemmere for vikarerne, fordi at de kan støtte sig op af den her seddel uden egentlig at kende patienterne, og sige ”okay, patienten skal vurderes klokken 2” – det kan man godt forholde sig til. De skal ikke selv gå ned og vurdere, om det er tid eller hvad man skal gøre.” (Alma)

Arbejdsedlen giver mulighed for kontrol af, om opgaverne er udført, og sygeplejerskerne giver alle udtryk for, at de mangler tillid til, at vikarerne får udført opgaverne, og det er derfor nødvendigt at følge op på det gennem vagten. Emma fortæller om, at hun oplever, at opgaverne ofte ikke blev udført og forklarer:

“Det dur jo simpelthen ikke, så tænkte jeg, hvordan gør jeg det lige bedst muligt? Så har jeg fundet ud af, at jeg laver en seddel, hvor hver side - det er den halve gang og den anden halve gang, og så har jeg skrevet alle opgaverne ned. Og så beder jeg dem om, når de er gået ind, at de så krydser af på min seddel, så jeg kan se, at det er gjort. Ja, og hvis jeg så lige pludselig kunne se, at der skulle være givet sonde klokken 18 på en stue, og der ikke er krydset af, så får jeg fat i dem med det samme.”

Citatet viser en tilpasningsstrategi hvor arbejdsopgaverne fordeles af sygeplejerskerne. Det antages, at det kan være forvirrende for vikarer, når der ikke er klare retningslinjer for arbejdsgangen, og denne forvirring kan føre til mistillid hos sygeplejerskerne. Ifølge teori om social kapital er det væsentligt, at der er tillid og klare retningslinjer for samarbejdet, og en manglende klarhed og forvirrende arbejdsgang kan underminere denne tillid (Olsen et al., 2008).

Gøre tingene selv

Hvis sygeplejerskerne skal arbejde sammen med en vikar, de har en lav grad af tillid til, tolkes det, at der i nogle situationer benyttes en tilpasningsstrategi, der omhandler at tage vikarens arbejdsbyrde på sig, hvilket underbygges af følgende citat:

“Jeg synes hurtigt, at der bliver det synligt, hvem der går med en vikar, og hvem der ikke gør. Simpelthen fordi, går man med en vikar, der ikke kender afdelingen, jamen så synes jeg bare, man nogle gange løber dobbelt så hurtigt, og så vil jeg faktisk nogle gange hellere bare gøre tingene selv.” (Alma)

Som citatet beskriver, påtages en ekstra arbejdsbyrde især ved en vikar uden tilstrækkelig erfaring. Hvis vikaren ikke er kendt på afdelingen, skal sygeplejerskerne ofte være behjælpelige med logistiske og praktiske aspekter. Dette kan opleves som et dobbeltarbejde for den enkelte sygeplejerske og en tilpasningsstrategi er at udføre opgaven selv. Dette opleves mindre krævende end at uddelegere og guide vikaren. Det antages, at tiden i denne tilpasningsstrategi spiller en væsentlig rolle, idet arbejdspress og travlhed vil have en betydning for, om sygeplejerskerne vurderer, de har overskud til oplæring af vikarerne.

Stoppe samarbejdet

Blandt sygeplejerskerne er der forskelle på, hvordan de takler vikarer, hvor der kun eksisterer lav grad af tillid. Flertallet af sygeplejerskerne vil gå til ledelsen og foreholde dem problematikken med den pågældende vikar og fremlægge, at vikaren ikke skal komme igen på afdelingen. Det opleves som uansvarligt at lade vikarer være på afdelingen, hvis de for eksempel ikke har de fornødne kompetencer eller ikke udviser empati overfor patienterne. Et eksempel på, at sygeplejerskerne helst vil undgå en vikar, som der er lav grad af tillid til, kommer udtryk i følgende citat: *“Jeg ville have gået 10.000 skridt mere, end jeg gjorde og så have undværet hende. Ja, sådan har man det nogle gange med nogen” (Clara).* Emma giver

dog udtryk for at det er problematisk at gå til ledelsen og klage over en vikar, da det i sidste ende kan betyde, at der tilføres færre vikarressourcer til afdelingen: *“Vi er afhængige af at have noget hjælp, så derfor kan man godt gå ind til lederen og brokke sig, men så har vi en mindre, vi kan trække på.”* Det er derfor en opvejning, sygeplejersken skal gøre ved hver vikar og deres handlinger og det gensidige afhængighedsforhold, hvor det i nogle tilfælde vægtes højere at have en vikar end slet ikke at have en, og derfor kan det være en tilpasningsstrategi at fravælge at informere ledelse om et muligt problem.

Delkonklusion

Sygeplejerskerne anvender individuelt tilpassede tilpasningsstrategier i relation til vikarerne for at håndtere det krydspres, som arbejdspresset på afdelingen medfører. Vi har identificeret i alt seks tilpasningsstrategier, som sygeplejerskerne anvender til at tilpasse samarbejdet med vikarerne. Den første tilpasningsstrategi opdeler sygeplejerskerne arbejdsopgaverne efter vikarens kompetencer og erfaring, samt vurderer hvilken plejeform, der synes mest effektiv for den pågældende vagt. Den anden tilpasningsstrategi, der kaldes selvtilrettelagt oplæring af vikaren, benyttes af en sygeplejerske til at oplære vikarer i, hvordan hun ønsker, en arbejdsopgave skal udføres. Den tredje tilpasningsstrategi omhandler anerkendelse, hvor sygeplejerskerne benytter ros og anerkendelse til at forbedre samarbejdet og få vikarerne tilbage til afdelingen igen. Den fjerde tilpasningsstrategi omhandler egne systemer og kontrol, hvor sygeplejerskerne udvikler individuelle systemer til at koordinere og kontrollere vikarenes arbejdsopgaver. Den femte strategi handler om at gøre tingene selv, da uddelegering og dertil forklaring af opgaven kan føles som dobbeltarbejde. Den sidste strategi går ud på at stoppe samarbejdet med vikaren ved at gå til ledelsen og klage over vikaren.

Analyseafsnit 4: Vikarernes indflydelse på det psykosociale arbejdsmiljø

I dette analyseafsnit vil vi besvare følgende arbejdsspørgsmål: *Hvordan oplever de fastansatte sygeplejersker, at brugen af vikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?* I dette afsluttende afsnit inddrages både nye og tidligere analytiske betragtninger til at undersøge, hvordan arbejdsmiljøet opleves i relation til vikarerne.

Vikarer slukker ildebrand

Der er konsensus blandt sygeplejerskerne om, at de er afhængige af vikarernes arbejdskraft på grund af stor mangel på fastansatte sygeplejersker. Dog tydeliggøres en klar ambivalens blandt alle sygeplejerskerne vedrørende vikarernes tilstedeværelse. Dette kommer til udtryk i følgende citat: *“Det gode ved det er jo, at vi simpelthen ikke kunne fungere som en afdeling, hvis vi ikke havde de her vikarer. Men samtidig med så er der også en kæmpestor forhindring i, at vi har dem”* (Freja). Dette underbygges af følgende citat: *“Det bedste må være, at de redder vores røv gang på gang, de slukker ildebrand. Det er nok det bedste ved det, men generelt er det jo for dårligt, at vi er nødsaget til at bruge så frygteligt mange vikarer”* (Clara). Begge citater indikerer, at sygeplejerskerne oplever, at brugen af vikarer nærmere er af nød end af god vilje. Trods ambivalensen vedrørende vikarernes tilstedeværelse, så tyder det på, at sygeplejerskerne anser vikarernes bidrag som afgørende for, at afdelingen har en større kapacitet af sygeplejefaglige ressourcer til rådighed. Dermed har den enkelte sygeplejerske såvel som vikar betydning for levering af sygeplejefaglige ressourcer, som afdelingens patienter efterspørger. Årsagen til dette er angiveligt, at sygeplejerskerne på tværs påtager sig et stort ansvar både på arbejde og uden for arbejdet, og dermed erkender at de har behov for hjælp til at aflaste den arbejdsbyrde, de oplever. At det beskrives, at vikarerne *”slukker ildebrand”*, understreger dog, at vikarerne bidrager til at afvikle arbejdspresset i flere tilfælde, men understøtter ikke at vikarerne bidrager til en kompetent behandling af patienter. Det tyder på at sygeplejerskerne ikke oplever samme grad af tillid til vikarerne som de gør med deres faste kollegaer. Et eksempel på dette: *“Hvis det er en der kender afdelingen, så kan jeg sådan, ikke slappe af, men så kan jeg uddelegere meget mere til personen end en der ikke kender afdelingen.”* (Clara).

Det tolkes nærmere som om, at sygeplejerskerne anser vikarerne som en nødvendig arbejdskraft snarere end som ligestillede og kompetente kollegaer. I tråd med dette tyder det ikke på, at vikarernes sociale og menneskelige tilstedeværelse vægtes højt i samme grad, som det gør mellem de faste kollegaer. En gruppe af vikarerne formår at bidrage til at lette

arbejdspresset, hvilket medvirker til, at arbejdspresset reduceres, og der skabes mere struktur i hverdagen, hvilket er afgørende for, at patienterne i sidste ende får en mere kompetent og værdig behandling. Det tolkes i denne sammenhæng, at vikarerne nærmere har positiv indflydelse på det fysiske arbejdsmiljø frem for det psykosociale, der er fokus i dette casestudie.

Hvad kan du varetage, for at jeg kan have ro i maven?

Vi har tidligere undersøgt, hvilke parametre der har betydning for oplevelsen af tillid og samarbejde med vikarer på individniveau. Graden af tillid til den enkelte har angiveligt betydning for sygeplejerskernes oplevelse af tryghed på den enkelte vagt. Trods afhængigheden af vikarer tyder det på, at sygeplejerskerne oplever, at brugen af et stort antal skiftende vikarer påvirker arbejdsmiljøet negativt. På denne baggrund mener vi også, at det er relevant at undersøge, hvordan brugen af vikarer på strukturelt niveau påvirker afdelingens arbejdsmiljø. Vi vil i denne sammenhæng anvende arbejdsmiljødimensioner fra Kristensens (2008) teori samt teorien om social kapital til at understøtte og udfolde vores fund i relation til, hvordan sygeplejerskerne oplever, at brugen af vikarer påvirker arbejdsmiljøet på afdelingen (Olsen et al., 2008).

Som tidligere beskrevet er vikarerne en mangfoldig gruppe med forskelligt kompetenceniveau og erfaring samt forskellig indstilling til arbejdet. Der anvendes gennemsnitlig 15-16 vikarer om ugen, hvorfor det er et vilkår for sygeplejerskerne, at de konstant skal forholde sig til skiftende vikarer. Hyppigheden af brugen af vikarer opleves som stor af alle sygeplejerskerne. Et eksempel på dette: *“Hvis du tager et helt døgn, så går der ikke et døgn, uden der er en sygeplejerskevikar. Om det så er i dag- aften eller nattevagt”* (Alma).

Enkelte vikarer, som har en fast tilknytning til afdelingen, beskrives ud fra et positivt narrativ som *“rigtig søde og dejlige og flinke vikarer”* (Freja). Det er dog tydeligt i det empiriske datamateriale, at de negative fortællinger omkring vikarer fylder meget mere end de positive. Samtlige sygeplejersker problematiserer særligt det faktum, at afdelingen gør brug af skiftende vikarer. Dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Jeg tror simpelthen, det er fordi, der ikke er nogen rød tråd igennem dagen. Der er ikke nogen faste rutiner, fordi der er så mange opgaver, der bliver uddelegeret - også til vikarer, som måske kun lige kommer den ene dag, og så kommer de ikke igen. Så det er normalt en personalegruppe, som ikke - nu skal jeg passe på med, hvad jeg bruger af ord, jeg vil ikke sige plaget af vikarer, fordi det er det ikke – det er en rigtig

stor hjælp, og vi sætter rigtig, rigtig stor pris på de her kompetente sygeplejersker og assistenter, der kommer, men det spænder bare ekstremt vidt rent kompetencemæssigt, hvem det er, der kommer. Så det der med at man hver dag lige skal starte ud med at skulle vurdere sin kollega på dagen og sige ”Jamen, hvad kan jeg tillade mig og sætte dig til?”, ”Hvad kan du håndtere og varetage af opgaver, for at jeg stadig kan have ro i maven og klare nogle af de andre opgaver?” Det, synes jeg, kræver meget, at man hele tiden har en finger på pulsen. Man har både sit eget, men man skal også lige være med på, om de nu også opfylder de opgaver optimalt, som man sætter dem til. Og det synes jeg er rigtig, rigtig krævende.” (Alma)

Det tolkes, at Alma oplever, at brugen af skiftende vikarer bidrager til en manglende struktur og uforudsigelighed i arbejdet. Ifølge Kristensen (2008) er forudsigeligheden i arbejdet afgørende for, at medarbejderen har relevant viden, der er nødvendig for at udføre arbejdet i vished. Når forudsigeligheden udebliver, som det tyder på i dette tilfælde, så bliver arbejdsmiljøet utrygt på grund af uvished om, hvad der venter. I citatet understreges desuden oplevelsen af øget arbejdspress i relation til vikarer, idet Alma både føler ansvar for sine egne arbejdsopgaver og samtidig føler ansvar for at sikre, at vikarens opgaver løses korrekt. Samtidig tyder dette på at være et tegn på, at sygeplejerskerne mangler en grundlæggende tillid til, at vikarerne udfører arbejdsopgaver, efter hvad der i deres optik anses som korrekt. Det tolkes, at oplevelsen af uforudsigelighed og en generel manglende tillid til vikarer går igen blandt flere af sygeplejerskerne. Endvidere tyder det på, at det overordnede arbejdspress på afdelingen vanskeliggør den vurdering, som sygeplejerskerne oplever behov for at få opfyldt af vikarerne, før de føler sig trygge. At sygeplejerskerne anvender tilpasningsstrategier, er antageligt en metode, hvorpå de prøver at navigere i dette utrygge arbejdsmiljø. Det tolkes, at tilpasningsstrategierne bidrager til en oplevelse af indflydelse, hvilket angiveligt bidrager til en form for forudsigelighed i det utrygge arbejdsmiljø.

Jeg orker næsten ikke at lære dem op

Især de nye vikarer, som sygeplejerskerne ikke kender på forhånd, tolkes at have en særlig negativ indflydelse på oplevelsen af arbejdsmiljøet. En af hovedårsagerne til dette er angiveligt, at sygeplejerskerne endnu ikke har haft mulighed for at opbygge tillid til nye vikarer, og derfor føles det ligeledes utrygt og medvirker til oplevelsen af manglende forudsigelighed. Et eksempel på dette uddybes i følgende citat:

“Når jeg sidder sådan og kigger på overblikket over aftenvagten, så er der en masse navne, jeg ikke kender... Det er bare hårdt ved siden af, at man selv har en stor tjans, vi skal tage sig af, man giver rigtig meget af sig selv. Det er omsorg for patienterne og omsorg for vikarerne oveni. Man bliver træt.” (Emma)

Det tolkes, at Emma i ovenstående citat oplever det som særlig utrygt, når der er navne på ukendte vikarer på vagtplanen. At sygeplejerskerne kigger frem i vagtplanen for at klarlægge, hvem vikarerne er, går igen blandt flere af sygeplejerskerne, og tolkes som en metode til at prøve at skabe vished i det utrygskabende miljø, som vikarerne bidrager til. Det tyder i øvrigt på, at introduktionen af nye vikarer ligeledes giver anledning til oplevelse af endnu et arbejdspress knyttet til vikarer. Dette underbygges i følgende citat:

“Jeg synes, at når vi har nye vikarer her, eller ofte når vi har vikar, det har vi jo hele tiden, så skal man bruge rigtig meget tid og energi og krudt på at lære dem op og vise dem, hvor alting er henne. Det ender med, at det bliver dobbeltarbejde, fordi jeg så selv ender med at hente tingene og gøre tingene og sådan noget, fordi jeg næsten ikke orker at lære dem op, og det sker alt for tit. Alt, alt, alt for tit.” (Clara)

Til spørgsmålet om, hvor ofte Clara oplever, at dette gør sig gældende, svarer hun: *“Det er i hvert fald fem gange om ugen”*. Disse citater understreger ikke blot hyppigheden af nye vikarer, men også hvor psykisk hårdt det opleves for Clara, hvilket underbygges af, at hun siger *“jeg næsten ikke orker at lære dem op, og det sker alt for tit.”* Set fra Kristensens (2008) teori, så tyder det på, at både de kvalitative og kvantitative krav opleves som for høje i relation til vikarerne. Det tolkes, at mængden af krav opleves for høje, fordi sygeplejerskerne får endnu en arbejdsopgave, når de skal introducere og vise nye vikar rundt i det i forvejen pressede arbejdsmiljø. Ligeledes tolkes det, at de følelsesmæssige krav opleves for høje, fordi sygeplejerskerne ikke blot oplever et ansvar for vikarers kompetenceudvikling, men også oplever et ansvar for at vikarers opgaver udføres korrekt. Endnu et eksempel på dette:

“Vi har nogle, der har første gang på afdelingen, og jeg har spildt en masse tid på at vise, hvor ligger den ting, og hvor ligger den ting. Man bruger meget tid på at vise dem, hvor tingene er, og hvordan de fungerer. Det er ikke, fordi de er dårligere, men det er, fordi de kender ikke afdelingen.” (Sofia)

Interessant er det, at Sofia i citatet ytrer *“jeg har spildt en masse tid”*, når hun introducerer en ny vikar til afdelingen. Denne udtalelse tolkes som, at Sofia har en oplevelse af manglende indflydelse på sine arbejdsopgaver, og i virkeligheden ikke ønsker at introducere vikaren. Samtidig tyder det på, at det ikke anses som en meningsfuld opgave, der påhviler sygeplejerskerne, når der nye vikarer kommer på afdelingen. Ifølge Kristensen (2008) er mål og værdier vigtige for betydningen for oplevelsen af meningsfuldhed i arbejdet. I denne sammenhæng tyder det ikke på, at anvendelsen af vikarer understøtter sygeplejerskernes mål og værdier i arbejdet, tværtimod. Det kan i øvrigt føles som spild af tid at oplære vikarer, når vikaren i virkeligheden burde hjælpe med at afvikle arbejdspresset, men ender med at gøre det modsatte. Det tyder på, at der sker en arbejdspressforskydning, og der opstår et endnu højere arbejdspress på denne baggrund. Afgørende er, at tiden anses som kostbar af sygeplejerskerne, og de ønsker, at tiden går på patientrelaterede opgaver frem for introduktion og oplæring af nye vikarer. Det er desuden værd at bemærke, at der ikke stilles krav til vikarnes kompetencer eller erfaring, og samtidig foreligger der på afdelingen ikke retningslinjer for oplæring eller introduktion af vikarerne. Sygeplejerskerne ønsker egentlig ikke at oplære disse vikarer, men føler sig ofte nødsaget til at forholde sig til den kendsgerning, at en gruppe af vikarerne ikke selvstændigt kan navigere i afdelingens krav og rutiner. Derfor må de på egen hånd anvende tilpasningsstrategier som modsvar på at håndtere det arbejdspress, som denne gruppe af vikarer medfører.

Jeg skal holde øje med alting, der laves

Som tidligere klarlagt oplever flere af sygeplejerskerne, at det i sidste ende er deres ansvar, at patienterne modtager værdig og kompetent behandling. Dette er angiveligt baggrund for at sygeplejerskerne føler ansvar for konstant at vurdere vikarerne og derefter skal tilpasse arbejdsopgaver til den enkelte vikar. I denne sammenhæng tolkes det ligeledes, at de følelsesmæssige krav angiveligt opleves for høje, når sygeplejerskerne ikke blot oplever at have ansvaret for sine arbejdsopgaver, men også for vikarnes i sidste ende. På trods af at sygeplejerskerne forsøger at tilpasse arbejdsopgaverne til vikarer, så giver samtlige sygeplejersker eksempler på, at de føler sig nødsaget til at dobbelttjekke vikarens arbejde. Dette gælder særligt de nye vikarer og vikarer, hvor sygeplejerskerne er i tvivl om vikarens kompetencer. Et eksempel på dette kommer til udtryk i følgende citat:

“Hvis der er en ny vikar, og jeg skal holde øje med alting, der skal laves. Det er svært for mig, for jeg har også mine opgaver, og jeg kan ikke multitasking så meget.”

Personligt kan jeg ikke multitaske. Derfor er det svært for mig. Eksempelvis i går der var én af vikarerne, som skulle give medicin. Jeg var hele tiden efter hende og tjekkede hende og gik efter hende, om hun havde givet medicinen.” (Sofia)

Ovenstående citat er endnu et eksempel på, hvor utrygt sygeplejerskerne oplever arbejdsmiljøet, når vikaren ikke kender afdelingen. Måden at håndtere utrygheden på er ved at dobbelttjekke alle vikarens arbejdsopgaver, hvilket tilmed fører til et nyt arbejdspress for sygeplejerskerne. Det er dog ikke kun gældende, at sygeplejerskerne dobbelttjekker nye vikarers arbejde, det kommer også til syne, når sygeplejerskerne er i tvivl om vikarernes kompetencer. Et eksempel på dette er, hvor Freja spørges, hvordan hun håndterer, hvis hun er i tvivl om vikarens faglige kompetencer:

“Jamen, det er jo et ekstra ansvar. Vi skal jo følge op på alt, hvad de laver hele tiden. Det er jo ikke nogen, vi kan stole på eller vende ryggen til. Og det er konstant følge op på, hvad der bliver lavet, om tingene bliver lavet ordentligt, i den rigtige rækkefølge. Bliver der målt blodsukker, bliver der målt vitale værdier, har de fået noget mad og reagerer de på (øvrige parametre er censureret af hensyn til afdelingsspecialet, red.). Det er også bare det her med at gå ind og læse på deres journalnotat, det plejer vores vikarer heller ikke at gøre. Det igen, jeg tror ikke, at de vikarer, der kommer udefra, de føler ikke, at de har et lige så stort ansvar, når de kommer på afdelingen som vikarer. De kommer bare for at være basissygeplejersker. Så det er bare opfølgning på alt, hvad de laver, og det er selvfølgelig en kæmpe belastning for os andre, der er fastansatte.” (Freja)

Det er tydeligt blandt alle sygeplejerskerne, at de ikke oplever, at vikarerne tager samme grad af ansvar som de fastansatte. Derudover tyder det også på, at Freja oplever det som problematisk, at vikarerne ofte ikke har de specialespecifikke kompetencer, som der fra afdelingens side stilles krav om, at sygeplejerskerne har. At vikarernes tilstedeværelse på afdelingen bidrager til en oplevelse af uretfærdighed, uddybes i følgende afsnit.

De kan gå hjem og være ligeglade for de har tjent deres penge

Det er tidligere klarlagt, at sygeplejersker oplever en uundgåelig distance mellem sygeplejerskerne og vikarerne. Årsagen til dette er den vikarindstilling, som det tolkes, at sygeplejerskerne oplever, at alle vikarer besidder, som langt hen ad vejen er i

overensstemmelse med markedslogikker. Dette kommer til udtryk ved, at sygeplejerskerne oplever, at vikarerne er drevet af højere løn og fleksibilitet i arbejdslivet snarere end omsorg for patienterne, ansvar eller høj faglighed. At sygeplejerskerne oplever, at vikarernes logikker ikke er i overensstemmelse med den dominerende professionslogik på afdelingen, har betydning for, at vikarer ikke legitimeres i henhold til nyinstitutionel teori (Pedersens, 2014). Dette bekræftes af alle sygeplejerskerne og kommer til udtryk i følgende citat, hvor Clara beskriver: *“Hold da op, det er nogle nemme penge, du lige har tjent. Hvor der kan jeg mærke, at de kan gå hjem og være ligeglade, i bund og grund, fordi de har tjent deres penge”*. Clara uddyber sin oplevelse igen senere i interviewet: *“Jeg går tit til min ledelse, og siger ”Ej det går ikke lige – hende der skal I altså ikke sende igen, for ikke nok med hun snakkede grimt til patienterne, så lavede hun bare heller ikke noget”*.

Det er tydeligt i ovenstående citater, at vikarernes højere løn samt mindre grad af ansvar har en væsentlig betydning for oplevelsen af uretfærdighed. Retfærdighed er en af de tre væsentlige faktorer i arbejdsmiljøteorien omkring social kapital, der har betydning for virksomhedens sociale kapital (Kristensen et al., 2008). Begrebet om retfærdighed knytter sig primært til oplevelsen af retfærdighed i relation til ledelsen, men har væsentlig betydning for afdelingens sociale kapital. Det kan i denne sammenhæng antages, at det ikke blot opleves som uretfærdigt, at vikarerne implicit påtager sig mindre ansvar end de fastansatte, men også at vikarerne ikke er underlagt samme kompetencekrav som sygeplejerskerne. Hvor afdelingens sygeplejersker er underlagt en lang række af faglige, sociale og organisatoriske kompetencekrav, stilles der fra afdelingens side ingen krav til hverken kompetencer eller erfaring fra vikarerne. Hvor vikarerne ikke nødvendigvis har de nødvendige kompetencer og ikke påtager sig samme ansvar, men tjener højere løn, så har sygeplejerskerne en bred vifte af kompetencer, et stort ansvar og tjener mindre i løn. Alt i alt tyder det på, at der på afdelingen er en lav social kapital i forhold til det store antal skiftende vikarer. Selvom der opleves tillid til enkelte af vikarerne, så tyder det på, at der opleves en høj grad af uretfærdighed til vikarerne som gruppe samtidig med, at der overordnet opleves en stor grad af mistillid til flertallet af vikarerne. Det tolkes, at mistilliden knytter sig til oplevelsen af manglende kompetencer hos vikaren, en lav grad af ansvar, samt en dårlig indstilling og forkert motiv til arbejdet. Mistilliden og oplevelsen af uretfærdighed er afgørende for oplevelsen af overordnet dårlig samarbejdsevne med vikarerne. (Ibid.)

Konflikt

En anden udtalt problematik, der ifølge sygeplejerskerne knytter sig til vikarerne, er hyppigheden af konflikter. Dette kommer eksempelvis til udtryk i følgende citat: *“Næsten hver vagt så har vi en konflikt med én af vikarerne”* (Freja). Der kom både konflikter til syne, store som små, mellem sygeplejerskerne og vikarerne under feltstudiet samt under interviewene. Under feltstudiet opstod en større konflikt mellem sygeplejerskerne og vikaren, hvilket udfoldes i følgende feltnote:

“Vikaren konfronterer med tårer i øjnene afdelingens to sygeplejersker med, at hun har følt sig kørt rundt i manegen hele vagten. Blandt andet føler hun, at sygeplejerskerne læssede flere og flere arbejdsopgaver over på hende. Sygeplejerskerne svarer begge tilbage til vikaren, at de mener, at det er et vilkår ved at arbejde på afdelingen, at tingene løbende bliver lavet om. Vikaren forlader afdelingen og siger, at hun aldrig ville komme tilbage. De fastansatte sygeplejersker fremstår begge frustrerede over hele situationen og vikarens reaktion. Den ene fremstår ked af det, og den anden fremstår mere vred.” (Feltnoter, dagvagt 1)

Efter denne feltobservation blev Emma under interviewet spurgt, om hun ville beskrive sin oplevelse af konflikten:

“Ja, hun fordelte eller planlagde arbejdsdagen sammen med os, men så kunne vi godt se, at den plan ikke rigtig fungerede med, at vi delte patienterne op, fordi der var ret meget medicin, og vi ville gerne have en sygeplejerske, der gik fra og tog al medicin. Og da vi så gik ned og sagde til afløseren, at du skal tage medicinen, så blev hun faktisk sur. Jeg blev nødt til at fortælle hende, “Vi bliver simpelthen nødt til at gøre det på denne måde, ellers kan det ikke hænge sammen - fordi det er nemmere for os at gå stuegang, end det er for dig, fordi vi kender afdelingen og lægerne.” Så der fra start af blev hun allerede sur, og det bar præg af hendes adfærd resten af vagten, hvor jeg skulle sådan prøve hele tiden at muntre hende op og fortælle, hvor glade vi var for at have hende. Jeg var sød ved hende hele vagten og pleasede hende en lille smule bare for at få den gode stemning, og så endte det jo til sidst med, at hun blev rigtig vred i vagtskiftet. Fordi hun syntes, at hun var blevet kastet rundt i for meget. Arbejdsstrukturen for dagen var blevet ændret lige pludselig. Og sådan er det bare nogle gange. Vi har travlt, vi har tunge patienter. Man skal bare vide, at hvis man er

hos os – og det ved alle vikarer – det er benhårdt, det er fysisk hårdt, og det er psykisk hårdt.”

I dette konkrete eksempel tyder det på, at en konflikt opstår, fordi vikaren oplever, at sygeplejerskerne laver vikarens opgaver om samt tvinger for mange arbejdsopgaver ned over vikaren. Omvendt tyder det på, at Emma oplever, at vikaren har negativ arbejdsindstilling samt ikke påtager sig det fornødne ansvar, som arbejdet kræver. Det tolkes, at sygeplejerskerne oplever en manglende anerkendelse af, fra vikarernes side, hvad arbejdet kræver, og at de bekræftes i, at vikarerne ikke har samme indstilling til arbejdet som de selv har. Andre eksempler på konflikter, der nævnes af sygeplejerskerne, knytter sig til sygeplejersker, som mangler kompetencer. Uagtet hvad årsagen til konflikterne med vikarerne er, tolkes det ligeledes som, at konflikterne medvirker til en oplevelse af et utrygt arbejdsmiljø.

Delkonklusion

Det konkluderes, at sygeplejerskerne oplever, at de er afhængige af vikarerne for at lette arbejdspresset på afdelingen. Den store brug af skiftende vikarer medvirker dog til manglende struktur på afdelingen og stor uforudsigelighed i arbejdet. Samtidig opleves en grundlæggende mistillid særligt til nye vikarer, vikarer med manglende kompetencer, vikarer med lav grad af ansvar, samt vikarer med dårlig indstilling og forkert motiv til arbejdet. På denne baggrund opleves det, at brugen af vikarer medvirker til, at det psykosociale arbejdsmiljø opleves utrygt og at der ofte opstår konflikt. Sygeplejerskerne har desuden en oplevelse af manglende indflydelse på arbejdsopgaverne, når de har ansvaret for oplæring af nye vikarer, og samtidig anses denne arbejdsopgave ikke som meningsfuld. De fysiske og følelsesmæssige krav opleves for høje, når sygeplejerskerne føler, at de både har ansvar for egne arbejdsopgaver og vikarens arbejdsopgaver. Samtidig oplever sygeplejerskerne et øget arbejdspress i relation til vikarerne, dels på grund af introduktion af vikarer og dels, fordi de ofte føler sig nødsaget til at dobbelttjekke vikarernes arbejde, da der ikke er tillid til vikaren. Blandt sygeplejerskerne knytter sig desuden en oplevelse af uretfærdighed i relation til ledelsen, idet der ikke stilles krav til vikarernes kompetencer, men der stilles høje krav til sygeplejerskernes faglige, sociale og organisatoriske kompetencer. Der knytter sig desuden en oplevelse af uretfærdighed til vikarerne, der skyldes, at vikarerne får højere løn samtidig med, at det opleves, at de tager en mindre grad af ansvar.

10. Diskussion

Inden for kvalitativ forskning har en række kvalitetskriterier betydning for et projekts troværdighed og pålidelighed. I dette afsnit ønsker vi at diskutere validiteten og reliabiliteten i forhold til vores positionering som forskere i eget felt, metodedesign og udvælgelse af informanter i nærværende casestudie.

Som uddannede sygeplejersker karakteriseres vi som forskere inden for eget felt, når vi bedriver forskning med sygeplejerskers oplevelser som genstandsfelt. At bedrive forskning inden for eget professionsfelt er forbundet med fordele såvel som ulemper (Evron, 2017). På den ene side har vores forkendskab til hospitalsvæsenet og sygeplejerskers arbejde betydet, at vi nemmere kunne begribe, hvad der foregik i feltet. På den anden side betyder dette forkendskab, at der er selvfølgeligheder, som vi ikke har tillagt særlig værdi (Ibid.). Denne kendsgerning har været et centralt omdrejningspunkt både før, under og efter vores empiriske dataindsamling. Vores kendskab til feltet anses som en fordel, fordi vi kun havde begrænset tid til rådighed til indsamling af empirisk datamateriale, og vi derfor hurtigt kunne opnå en forståelse heraf. Omvendt er der angiveligt vinkler vi har været blinde for og dermed nuancer og forståelser, som ikke er inddraget i indsamling og bearbejdning af datamaterialet. Inden for den hermeneutiske tradition anses det dog som et faktum, at forskeren, gennem fortolkning, er medskabere af det empiriske datamateriale (Schiermer, 2013a). Da vores videnskabsteoretiske ståsted tildels tager udgangspunkt i den hermeneutiske tradition, er vores hensigt at tilvejebringe empiriske fund gennem løbende fortolkning. Dog anses det som afgørende, at vi har været bevidstgjort om vores individuelle forforståelser, så de ikke har stået i vejen for nye erkendelser (Ibid.). Med øje for denne kendsgerning, forsøgte vi at forme vores metodedesign herefter i et forsøg på at højne casestudiets reliabilitet og validitet. Begrebet reliabilitet sidestilles med pålidelighed, og omhandler nøjagtighed i undersøgelsen blandt andet i forhold til om undersøgelsen er behæftet med tilfældige fejl. Begrebet validitet sidestilles med troværdighed, og relaterer sig til, om der ses en sammenhæng mellem det, man undersøger og ens problemstilling. (Monrad, 2018)

At anvende kvalitativ metodetriangulering har været en metodisk tilgang, hvorved vi forsøgte at højne reliabiliteten ved at anskue forskningsfeltet fra flere perspektiver. Feltstudiet var samtidig en metodisk tilgang, hvor vi aktivt forsøgte at sætte vores forforståelser i epoché forud for interviews af informanter, og på den måde forsøge at højne validiteten. Under bearbejdning af det empiriske datamateriale, diskuterede vi desuden løbende vores

nedskrevne forforståelser, for at forsøge at sikre, at vores nye forståelser ikke lod sig farve af disse.

Selvom vi har forsøgt at indtænke flere kvalitetskriterier i casestudiets metodedesign, kan undersøgelsens reliabilitet og validitet alligevel diskuteres i relation til en række øvrige faktorer. Først og fremmest vil vi diskutere betydningen af at flertallet af interviewene blev afholdt i arbejdstiden, og at to interview blev afholdt telefonisk. På den ene side var det et vilkår for at vores undersøgelse kunne finde sted, at informanterne selv kunne vælge formatet. På den anden side har dette angiveligt påvirket datakvaliteten af de interviews, der blev afholdt i arbejdstiden og blev afholdt telefonisk. Det kan antages at informanternes mentale tilstedeværende har været mindre, hvor interviewene blev afholdt i arbejdstid. En enkelt af informanterne blev endda afbrudt undervejs i interviewet, fordi en patient blev dårlig. Derudover havde vi ikke mulighed for at fortolke informanternes kropssprog i de interviews, som blev afholdt telefonisk. Tilsammen har disse faktorer unægtelig haft negativ indflydelse på reliabiliteten af casestudiet. Når vi sammenligner det empiriske datamateriale er det også tydeligt, at det ene interview, som foregik fysisk uden for arbejdstiden, ikke blot er længere af varighed, men også fremstår mere nuanceret end de øvrige interviews. Trods den negative indflydelse på datakvaliteten, kan det fremhæves som vigtigt at disse sygeplejerskers stemmer bliver hørt.

Der kan desuden sættes spørgsmålstejn ved repræsentativiteten af vores udvælgelse af informanter. I relation til casestudiets formål, var det oprindeligt intentionen, at alle fastansatte sygeplejersker, med minimum et års ansættelse på afdelingen, skulle spørges om deltagelse. Dog afhang udvælgelse af informanter, i sidste ende, af oversygeplejersken på afdelingen, som af etiske hensyn ikke adspurgte sygeplejersker, som var deltidssygemeldte med stress, om deltagelse. Fra et etisk perspektiv går denne prioritering hånd i hånd med vores eget etiske kodeks. Omvendt kan der sættes spørgsmålstejn ved repræsentativiteten af informanter, da kun sygeplejersker som ikke er deltidssygemeldt med stress indgår i casestudiet. Det er muligt, at deltidssygemeldte sygeplejerskers oplevelse vil adskille sig fra de øvrige informanternes oplevelser, hvilket angiveligt havde givet øvrige nuancer i vores empiriske fund. Dog er det ikke muligt hverken at verificere eller falsificere denne påstand.

11. Konklusion

I følgende konklusion vil vi besvare problemformuleringen: *Hvad oplever fastansatte sygeplejersker har betydning for samarbejdet med sygeplejerskevikarer, og hvordan oplever de fastansatte sygeplejersker, at brugen af vikarer påvirker det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen?*

Det konkluderes, at sygeplejerskerne oplever, at tillid til vikarerne er afgørende for at samarbejdet med vikarerne opleves trygt, og tilliden har samtidig betydning for hvilke arbejdsopgaver, sygeplejerskerne mener, at vikarerne må udføre. Når der er høj grad af tillid til vikaren, opleves samarbejdet som trygt, men hvis tilliden mangler, opleves samarbejdet som utrygt. Afgørende for den enkelte sygeplejerskes oplevelse af tillid til den enkelte vikar er fem parametre. For det første er vikarens tilstedeværelse af generelle såvel som specialespecifikke kompetencer afgørende for sygeplejerskernes oplevelse af tillid. For det andet er det afgørende for sygeplejerskernes tillid til vikaren, at de hverken tager for lidt eller for meget ansvar i arbejdet. For det tredje skal vikaren have den rette indstilling til arbejdet for at sygeplejerskerne oplever tillid. Vigtigt er i denne sammenhæng, at sygeplejerskerne oplever, at vikaren udviser empati for patienterne, samt har en positiv indstilling til arbejdet. Dog oplever sygeplejerskerne en grundlæggende mistillid til alle vikarer, fordi de oplever at de overordnet er motiveret for løn og fleksibilitet frem for omsorg, ansvar og faglighed. For det fjerde er vikarens tavse viden og kendskab til afdelingens rutiner afgørende for sygeplejerskernes oplevelse af tillid. For det femte er tiden, der er til rådighed, afgørende for at sygeplejerskerne kan opbygge tillid til vikaren i relation til de øvrige fire parametre. Det kan desuden konkluderes at sygeplejerskerne anvender forskellige tilpasningsstrategier i relation til samarbejdet med vikarerne for at håndtere det krydspres, som de oplever at stå i som konsekvens af mangel på ressourcer overfor en stor efterspørgsel på ressourcer. Tilpasningsstrategierne er afgørende for, hvilke arbejdsopgaver vikarerne får lov til at udføre, og afhænger af tilliden til den enkelte vikar, samt tiden som er til rådighed på den enkelte vagt. Ved den første tilpasningsstrategi opdeler sygeplejerskerne arbejdsopgaver og rollefordeling ud fra vikarens kompetencer og erfaring. Ved anden tilpasningsstrategi oplærer sygeplejersken selvstændigt vikaren i arbejdsopgaverne. Ved den tredje tilpasningsstrategi anerkender sygeplejersken vikaren for at forbedre samarbejdet. Ved den fjerde tilpasningsstrategi anvender sygeplejersken egne systemer og kontrol til at sikre at vikaren

udfører arbejdsopgaverne. Ved den femte tilpasningsstrategi vælger sygeplejersken selv at udføre arbejdet. Ved den sjette tilpasningsstrategi vælger sygeplejersken at klage til ledelsen over vikaren med henblik på at stoppe afdelingens samarbejde med den pågældende vikar.

Det konkluderes, at sygeplejerskerne oplever, at de er afhængige af vikarernes arbejdskraft for at lette det høje arbejdspress på afdelingen. De oplever dog også, at et stort antal skiftende sygeplejerskevikarer medvirker til manglende struktur, mange konflikter og stor uforudsigelighed i arbejdet. Sygeplejerskerne oplever desuden en grundlæggende mistillid til nye vikarer, vikarer med manglende kompetencer, vikarer der ikke tager ansvar, samt vikarer med dårlig indstilling og forkert motiv til arbejdet. Tilsammen er dette afgørende for at det psykosociale arbejdsmiljø på afdelingen overvejende opleves som utrygt i forhold til tilstedeværelsen af vikarer. Anvendelsen af vikarer medfører ofte et øget arbejdspress, fordi sygeplejerskerne føler sig nødsaget til at oplære nye vikarer, samt ofte må dobbelttjekke vikarers arbejde. Sygeplejerskerne oplever ikke meningsfuldhed ved at oplære nye vikarer, og samtidig opleves de fysiske og følelsesmæssige krav for høje, når sygeplejerskerne føler, at de både har ansvar for egne og vikarernes arbejdsopgaver. Dernæst oplever sygeplejerskerne uretfærdighed i relation til ledelsen, idet der ikke stilles krav til vikarernes kompetencer, men der stilles høje krav til sygeplejerskernes faglige, sociale og organisatoriske kompetencer. Samtidig opleves det uretfærdigt, at vikarerne får højere løn, samtidig med at de tager mindre ansvar.

12. Perspektivering

Et centralt fund fra nærværende casestudie er, at arbejdsmiljøet opleves som utrygt blandt afdelingens faste sygeplejersker, som konsekvens af at vikarerne ikke nødvendigvis har de fornødne kompetencer og erfaring, som afdelingsspecialet påkræver. Baggrunden for at vikarerne ikke har dette er, fordi at der hverken på afdelingsniveau, politisk plan eller fra vikarbureauer stilles krav til vikarers specialespecifikke kompetencer eller erfaring. Det empiriske datamateriale viser samtidig at der mangler retningslinjer for oplæring af nye vikarer, samt en manglende stillingtagen til hvordan rollefordeling, ansvar og krav skal fordeles mellem sygeplejersker og vikarer. Sygeplejerskerne oplever, at det er deres ansvar løbende at oplære og bistå til kompetenceudvikling af skiftende vikar, samt dobbelttjekke deres arbejde. Afdelingsledelsen har forsøgt, at understøtte vikarens selvstændige arbejde på afdelingen, ved at udarbejde plancher og foldere direkte henvendt til vikarer. Disse tiltag øger antagelig vikarens kendskab til afdelingens rutiner, men understøtter hverken vikarnes faglige kompetenceudvikling eller samarbejdet med sygeplejerskerne. Selvom vikarerne har en grunduddannelse som sygeplejersker, så tyder det på, at vikarerne mangler specialespecifikke kompetencer, som i sygeplejerskernes optik bidrager til kvaliteten af sygeplejen samt understøtter patientsikkerheden.

Det har ikke har været muligt at identificere forskning som understøtter vores fund, og alligevel mener vi at ovenstående problematik lægger op til adressering på politisk plan. Vores fund peger på, at der bør tages stilling til, hvor ansvaret for kompetenceudvikling og oplæring af vikarer skal ligge. Det empiriske datamateriale indikerer at der eksisterer en faldgrube i hospitalssektoren, hvilket resulterer i, at sygeplejerskerne, som i forvejen arbejder på hospitalets brændpunkter under stærkt arbejdspress, bærer omkostningerne heraf.

For nuværende er der et betydeligt nationalt fokus på fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker på grund af stor mangel på denne faggruppe på landets hospitaler. Fund fra dette casestudie viser, at anvendelsen af vikarer har en negativ indvirkning på arbejdsmiljøet for de fastansatte sygeplejersker. Det kan tyde på, at brugen af vikarer samtidig bidrager til den negative spiral, som vanskeliggør fastholdelse og rekruttering af sygeplejersker på grund af mistrivsel blandt denne faggruppe. At vikarer har en negativ indflydelse på arbejdsmiljøet er angiveligt årsag til at Region Sjælland i en periode har forsøgt at udelukke eksterne vikarer fra hospitalet. Dog mislykkedes det, da det interne vikarkorps ikke kunne dække vagterne

alene. Det tyder på, at der er behov for yderligere forskning på området i forhold til den indflydelse brugen af vikarer har på arbejdsmiljøet. Samtidig peger vores fund på, at der bør sættes fokus på vikarers oplæring og kompetenceudvikling. Ansvarsfordelingen kan pege i forskellige retninger, men det nuværende indtryk tyder på, at det primære ansvar ligger på afdelingsniveau og i den direkte kontakt mellem vikarer og sygeplejersker. Ikke desto mindre tyder det på, at der er behov for politisk håndtering af denne problematik. Kan ansvaret for vikarens kompetencer og erfaring placeres entydigt hos de faste sygeplejersker, eller bør det tilskrives vikaren selv? Eller bør ansvaret i stedet tilskrives afdelingsledelsen på den enkelte afdeling, hospitalsledelsen, vikarbureauerne eller på politisk niveau? Alternativt kan det være et fælles ansvar mellem alle parter, hvor hver part har et bestemt ansvarsområde i en eventuel ansvarsdeling. På regionerne, hospitalerne og vikarbureauernes hjemmesider er der kun begrænset information om, hvordan man sikrer kompetenceudvikling af vikarer. Som følge heraf har vi foretaget egne undersøgelser ved at kontakte regioner, hospitaler og vikarbureauer, for at undersøge, hvordan de håndterer denne problemstilling. Både interne vikarkorps og eksterne vikarbureauer forklarer at de foretrækker, at vikarerne har hospitalserfaring og kompetencer, men dette er ikke et krav for ansættelse. I stedet har begge enheder klarlagt, at det er op til de enkelte afdelinger at beslutte, om de vil anvende vikarer uden erfaring og specialespecifikke kompetencer. Det er muligt, at afdelinger, som lider af en betydelig mangel på fast personale, kan være tvunget til ikke at stille krav til vikarernes kompetencer, fordi behovet for arbejdskraft er så stort. Selvom denne tese ikke er bekræftet, antyder det ligeledes et behov for yderligere forskning på området.

Ovenstående ser vi som et eksempel på, hvordan manglende politisk regulering af et område kan føre til utrygge arbejdsforhold og underminere kvaliteten af sygeplejen. Det er værd at bemærke, at den manglende regulering af vikarbureauer og deres ansatte kan føre til en forringelse af kvaliteten af den sygepleje, der udføres. Det er derfor vigtigt at fremhæve, at der er behov for klare retningslinjer for oplæring af nye vikarer og en afklaring af, hvordan rollefordeling og ansvar skal fordeles mellem sygeplejersker og vikarer. Det vil give en mere ensartet og standardiseret tilgang til vikarers kompetenceudvikling og sikre, at de har de nødvendige færdigheder og erfaring til at levere den krævede sygepleje.

Endelig bør det undersøges, hvordan man bedre kan understøtte samarbejdet mellem sygeplejersker og vikarer. Afdelingsledelsen har forsøgt at støtte vikarernes selvstændige arbejde på afdelingen ved at udvikle foldere og plancher, men dette er ikke tilstrækkeligt til at sikre en optimal praksis. Der er behov for mere innovative og effektive metoder, der kan sikre et bedre samarbejde og dermed forbedre kvaliteten af sygeplejen og patientsikkerheden.

Litteraturliste

Arbejdstilsynet (u.å.a). *Hvad er psykisk arbejdsmiljø?*. Lokaliseret d. 1. november 2022 på: <https://at.dk/arbejdsmiljoeproblemer/psykisk-arbejdsmiljoe/om-psykisk-arbejdsmiljoe/hvad-er-psykisk-arbejdsmiljoe/>

Arbejdstilsynet (u.å.b) Manglende forudsigelighed ved væsentlige ændringer. Lokaliseret d. 10. februar 2023 på: <https://at.dk/arbejdsmiljoeproblemer/psykisk-arbejdsmiljoe/om-psykisk-arbejdsmiljoe/hvad-er-psykisk-arbejdsmiljoe/manglende-forudsigelighed-ved-vaesentlige-aendringer/>

Arbejdstilsynet (2020, 26. september). *Bekendtgørelse om psykisk arbejdsmiljø*. Lokaliseret d. 28. oktober 2022 på: <https://at.dk/regler/bekendtgørelser/psykisk-arbejdsmiljoe-1406/>

Bachmann, C. L. & Møller, S. B. (2022, 10. oktober). *Hvorfor bruger Region H. vikarer i stedet for at fastansætte sygeplejersker?*. Lokaliseret d. 12. november 2022 på: <https://www.tv2lorry.dk/spoerg-os/hvorfor-bruger-region-h-vikarer-i-stedet-for-at-fastansaette-sygeplejersker>

Bang, J. & Dalsgaard, C. (2005). Samarbejde – Kooperation eller Kollaboration? *Tidsskrift for universiteternes efter- og videreuddannelse*, 2 (5), 1-12

Berthelsen, C. & Hølge-Hazelton, B. 2020. Forsker-triangulering. En tilgang til observationer i praksis. *Forstyrrelsen*, 5 (3), 16-19

Beskæftigelsesministeriet, Sundhedsministeriet, Finansministeriet, Danske Regioner (2022, august). *Delrapportering: Eksternt vikararbejde for sygeplejersker i det regionale sygehusvæsen*. Lokaliseret d. 10. november 2022 på: <https://bm.dk/media/21537/bilag-1-vikaranalyse-delrapportering-1-eksternt-vikararbejde-for-sygeplejersker-i-det-regionale-sygehusvaesen.pdf>

Burston, A. S. & Tuckett, A. G. (2012). Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions. *Nurs Ethics*, 20(3), 312-24.

Charmaz, K., M. (2017). Grundtræk i Grounded Theory. I: Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (red.): Kvalitativ Analyse, Syv Traditioner (pp. 173-232) København: Hans Reitzels Forlag

Christiansen, J. (2019, 19. marts). *Så du også "Jeg svigter mine patienter"?*. Lokaliseret d. 15. november 2022 på: <https://dsr.dk/kredse/syddanmark/nyhed/saa-du-ogsaa-jeg-svigter-mine-patienter>

Cruz E., V. & Higginbottom G. (2013). The use of focused ethnography in nursing research. *Nurs Res*, 20(4): 36–43.

Damvad Analytics (2021, 23. april). *Behovet for velfærdsuddannede i 2030*. Lokaliseret d. 20. januar 2023 på: <https://xn--danskeprofessionshjskoler-xtc.dk/wp-content/uploads/2021/05/Damvad-Final-07-05-2021.pdf>

Danbjørg, D. B. (2021, 21. november). *Den basale sygepleje er under pres – konsekvenserne er mange*. Lokaliseret d. 22. december 2022 på: <https://dsr.dk/politik-og-nyheder/nyhed/den-basale-sygepleje-er-under-pres-konsekvenserne-er-mange>

Danmarks Statistik (u.å.). *Navne til nyfødte*. Lokaliseret d. 1. februar 2023 på: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/navne/navne-til-nyfoedte>

Danmarks Statistik (2020). *59 pct. flere over 80 år i 2030*. Lokaliseret d. 12. oktober 2022 på: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=30674>

Dansk Sygeplejeråd (u.å.) *Vikarbureauer*. Lokaliseret d. 1. november 2022 på: <https://dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/overenskomster-og-aftaler/private-aftaler/brancheoversigt-private-aftaler-1>

Dansk Sygeplejeråd (2021). *Sygeplejerskers arbejdsmiljø, trivsel og helbred - SATH*. Lokaliseret d. 20. september 2022 på: <https://dsr.dk/loen-og-arbejdsvilkaar/arbejdsmiljoe/sygeplejerskers-arbejdsmiljoe-trivsel-og-helbred-sath>

Dansk Sygeplejeråd Kreds Sjælland (2021, 25. oktober) *Sygeplejersker sender åbent brev til Regionsrådet*. Lokaliseret d. 20. december 2022 på:

<https://dsr.dk/kredse/sjaelland/nyhed/sygeplejersker-sender-aabent-brev-til-regionsraadet>

Danske Patienter (2019, oktober). *Ulighed i sundhed*. Lokaliseret d. 10. januar 2023 på:

https://www.danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Egne/A_Danske%20Patienter/B_Indspil_cases_unders%C3%B8gelser/ulighed_baggrund_snotat.pdf

Danske Patienter, Dansk Sygeplejeråd, Danske Handicaporganisationer, Lægeforeningen, FOA & Ældre Sagen (2019). *Sundhedsvæsenet under pres. Flere ældre og nye behandlinger kræver flere ressourcer*. Lokaliseret d. 11. november 2022 på:

https://www.laeger.dk/sites/default/files/sundhedsvaesen_under_pres.pdf

Danske Regioner (2022a). *Trivsel på regionernes arbejdspladser*. Lokaliseret d. 22. november 2022 på: <https://www.regioner.dk/media/22885/rapport-om-trivsel-paa-regionernes-arbejdspladser-oktober-2022.pdf>

Danske Regioner (2022b). *Regionerne sætter ind mod brug af dyre private vikarbureauer*. Lokaliseret d. 20. januar 2023 på:

<https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/november/regionerne-saetter-ind-mod-brug-af-dyre-private-vikarbureauer>

Davy S. G. & Ågård D. (2017). Relationskapacitet som forudsætning for Capacity Building. I: Krogstrup, H. (Red.), *Samskabelse og capacity building i den offentlige sektor* (1. udgave, kapitel 5). Hans Reitzels Forlag, København

Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (2022). *Udvikling af procesværktøj til NFA's Arbejdspladsskema om psykisk arbejdsmiljø*. Lokaliseret d. 15. december 2022 på: https://amff.dk/media/21680/66-2017-03_afslutningsrapport.pdf

Evron, L. (2017). Refleksion over forskning i eget felt. *Forstyrrelsen*, 5(3), 14-15.

Eyben, B., V. & Jensen, U., J. (12. januar 2012). *Ansvar*. Lokaliseret d. 29. januar 2023 på: <https://denstoredanske.lex.dk/ansvar>

Finansministeriet (2020). *Aftale om 1.000 flere sygeplejersker på sygehusene*. Lokaliseret d. 15. november 2022 på: <https://fm.dk/nyheder/nyhedsarkiv/2020/januar/aftale-om-1000-flere-sygeplejersker-paa-sygehusene/>

Flyvbjerg, B. (2010). Fem misforståelser om casestudiet. I: Brinkmann, S. & Tanggaard, L., *Kvalitative metoder* (pp. 463-487). København: Hans Reitzels Forlag

Fomsgaard, C. (2023, 1. februar). *Trine og Xenia arbejder i Norge – og vil ikke hjem til de danske sygehuse*. Lokaliseret d. 1. februar 2023 på: <https://www.tv2ostjylland.dk/aarhus/trine-og-xenia-arbejder-i-norge-og-vil-ikke-hjem-til-de-danske-sygehuse>

Frederiksen, C., Friis, A. K. & Blume, M. (2022, 10. oktober). *Hun droppede det offentlige, steg i løn og fik arbejdsglæden tilbage*. Lokaliseret d. 12. oktober 2022 på: <https://nyheder.tv2.dk/politik/2022-10-10-hun-dropper-det-offentlige-steg-i-loen-og-fik-arbejdsglaeden-tilbage?fbclid=IwAR2YUsBcKsqKjlg7EhEa6n3SOexDghFIAbbspjJ-HOdUIEfC6-bJ7H2OFno>

Frederiksen, M. (2018). Design. I: Olesen, P. S. & Monrad, M. (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 83-100). København: Hans Reitzels Forlag.

Gherardis, S. (2012). Representing the texture of practices. I: *How to Conduct a Practice-based Study*. (s. 155-177). Cheltenham: Edward Edgar publishing.

Grønvad, T., M., Laursen, L., L., Jørgensen, A., Rasmussen, L., Kristiansen, J., Poulsen, M., O. (u.å.) *Hvordan opdages psykisk mistrivsel hos en medarbejder?: Pjece*. Det Nationale Forskningscenter.

Holst, E. Q. (2021, 17. august). *Lovindgreb vedtaget: Nu stopper sygeplejerskernes strejke*. Lokaliseret d. 17. oktober 2022 på: <https://www.altinget.dk/artikel/lovindgreb-vedtaget-nu-stopper-sygeplejerskernes-strejke>

Hølge-Hazelton B. & Berthelsen, C. (2020). Why do nurses stay? A positive deviance study of nurse turnover. *European Journal of Public Health*, 30 (Suppl. 5)

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (1990, 14. november). Bekendtgørelse af lov om sygeplejersker. Lokaliseret d. 20. februar 2023 på:
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/1990/759>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2019, 8. juli). *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*. Lokaliseret d. 10. oktober 2022 på:
<https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/731>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2022). Kommission for robusthed i sundhedsvæsenet. Lokaliseret d. 10. oktober 2022 på: <https://sum.dk/temaer/robusthedskommissionen>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023a, 13. januar). *Nyt eftersyn viser store udfordringer med afvikling af ventelister*. Lokaliseret d. 13. januar 2023 på:
<https://sum.dk/nyheder/2023/januar/nyt-eftersyn-viser-store-udfordringer-med-afvikling-af-ventelister>

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2023b, 3. februar). *Regeringen lancerer flere initiativer i akutplan for sundhedsvæsenet*. Lokaliseret d. 3. februar 2023 på:
<https://sum.dk/nyheder/2023/februar/regeringen-lancerer-flere-initiativer-i-akutplan-for-sundhedsvaesenet>

Iversen, A. K. & Kjellberg, J. (2018). *Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste?* Lokaliseret d. 18. oktober 2022 på:
<https://www.vive.dk/media/pure/11194/2306313>

Jacobsen, D. I. & Thorsvik, J. (2014) Læring og innovation (red.), *Hvordan organisationer fungerer : en indføring i organisation og ledelse* (s. 316- 344). Hans Reitzel Forlag

Jansson, A. B. & Engström, Å. (2016). Working together: critical care nurses experiences of temporary staffing within Swedish health care: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 41, 3-10

Järvinen, M. & Mik-meyer, N. (2017). Kvalitativ analyse: syv traditioner (1. udg.). København: Hans Reitzels Forlag

Kommunernes- og Regionernes løndatakontor (2022). *Uden titel*. Lokaliseret d. 17. november 2022 på: <https://statistik.krl.dk/sirka/sirkaApi/tableApi>

Kristensen, T. S., Hasle, P. & Pejtersen, J. H. (2008) *Virksomhedens sociale kapital – en ny indfaldsvinkel til det psykiske arbejdsmiljø?* Lokaliseret d. 1. december 2022 på: <https://tidsskrift.dk/tidsskrift-for-arbejdsliv/article/view/108674/158074>

Kristensen, T. S. (2008). *Fakta og myter om stress*. Lokaliseret d. 19. februar 2023 på: <https://www.slagelse-lærerkreds.dk/media/4693333/stresspjece.pdf>

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interview. Introduktion til et håndværk* (2. udgave). København: Hans Reitzels Forlag

Larsen, M. & Jakobsen, V. (2022). *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder - Forundersøgelse af eksisterende viden*. Lokaliseret d. 20. marts 2023 på: <https://www.vive.dk/media/pure/17277/6598683>

Lind, N., Bjerregård, U., Olsen, K. R., Hølge-Hazelton, B., & Berthelsen, C. (2021). *Hvad karakteriserer hospitalsafdelinger med lav sygeplejerskeomsætning? Et regionalt tværsnitsstudie*. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 11 (2), pp. 167-178

Lipsky, M. (1980). Advocacy and Alienation in Street-Level Work. I: Lipsky, M. (red.): *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services* (s. 71-80). New York: Russel Sage Foundation

Lorenzen, C. (2022, 10. oktober). *Vikarer presser sundhedsvæsenet*. Lokaliseret d. 10. november 2022 på: <https://dsr.dk/kredse/nordjylland/nyhed/mediefokus-vikarer-presser-sundhedsvaesenet>

Marker, A. (2010). Plejeformer. I: Josefsen, J. K. & Nielsen, K. K. (red.) *Sundheds- og sygeplejefag 2*. (s. 150-154). København: Gads Forlag.

Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (2007). Nyinstitutionel teori: Myter og legitimitet. I: Mik-Meyer, N. & Villadsen, K. (red.): *Magtens former - sociologiske perspektiver på statens møde med borgeren* (s. 117-145). København: Hans Reitzels Forlag.

Monrad, M. (2018). Tilvirkning af data. I: Olesen, P. S. & Monrad, M. (Red.), *Forskningsmetode i socialt arbejde* (1. udgave, s. 107-144). København: Hans Reitzels Forlag.

Morley, G., Ives, J., Bradbury-Jones, C. & Irvine, F. (2019). What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*, 26(3), 646-662.

Noer, V. R., Glavind, J. G. & Ankersen, P. V. (2020, 21. august). *Forskere: Sygeplejerskemangel udgør en alvorlig trussel for patientsikkerheden*. Lokaliseret d. 22. september 2022 på: <https://www.altinget.dk/artikel/forskere-sygeplejerskemangel-udgoer-en-alvorlig-trussel-for-patientsikkerheden>

Nordic Medicare (u.å.). *Som sygeplejerskevikar hos Nordic Medicare får du...* Lokaliseret d. 15. januar 2023 på: <https://www.nordicmedicare.dk/profession/sygeplejerskevikar-sygeplejerske-vikar-loen-vikariat-sygeplejerskevikariat-sygeplejerskevikarer-norge-danmark-sverige-groenland-faeroerne/>

Olesen, S. P. & Monrad, M. (2018). Indledning. I: Olesen, P. S. & Monrad, M. (red.): *Forskningsmetode i socialt arbejde* (s. 9-32). København: Hans Reitzels Forlag.

Olsen K., G., Toft, E., Hasle, P. & Kristensen, S., T. (2008). "*Hvidbog - Virksomhedens sociale kapital*". Lokaliseret d. 20. november 2022 på:
<https://viden.sl.dk/media/6038/hvidbog-socialkapital.pdf>

Pedersen, J. S. (2014). Institutionel teori. I: Vikkelsø, S. & Kjær, P. (red.): *Klassisk og moderne organisationsteori* (s. 233-256). København: Hans Reitzels Forlag.

Powercare (u.å.). *POWERCARE SYGEPLEJERSKE VIKAR. Sygeplejerske vikar løn*. Lokaliseret d. 10. januar 2023 på: https://www.powercare.dk/sygeplejerske-vikarloen/?gclid=CjwKCAjw_MqgBhAGEiwAnYOAej0mC4Mzf6q-OxllMKMrBy5XNNE0IjFVyCL3z1b9bcru328Z3acvqhoCI04QAvD_BwE

Ravn, H. B., Larsen, E., P., Foss, N., B., Hansen-Nord, G. (2022). *Venekanyle*. Lokaliseret d. 1. marts 2023 på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/undersogelser-og-proever/kliniske-procedurer/generelt-og-pleje/venekanyle/>

Regeringen, 2022. *Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering*. Lokaliseret d. 15. januar 2023 på:
<https://www.stm.dk/statsministeriet/publikationer/regeringsgrundlag-2022/>

Region Hovedstaden (2020). *Regional aftale om frivilligt ekstraarbejde (FEA) indgået mellem DSR og Region Hovedstaden*. Lokaliseret d. 18. november 2022 på:
https://dsr.dk/sites/default/files/187/fea-aftale_-_region_hovedstaden_og_dsr_final.pdf

Region Midtjylland (2021, 3. november). *360 graders plan*. Lokaliseret d. 15. november 2022 på:
https://www.rm.dk/api/NewESDHBBlock/DownloadFile?agendaPath=%5C%5CRMAPPS0221.onerm.dk%5CCMS01-EXT%5CESDH%20Data%5CRM_Internet%5Cdagsordener%5Chospitalsudvalget%202021%5C08-11-2021%5CAaben_dagsorden&appendixId=324035

Region Sjælland (2019a, 22. august). *Stop for samarbejde med vikarbureauer*. Lokaliseret d. 10. oktober 2022 på: <https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Vikarer---nyhed.aspx>

Region Sjælland (2019b, 27. februar). *Sygeplejersker: Nu er vi tættere på patienterne*.

Lokaliseret d. 10. oktober 2022 på:

<https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/pressemeddelelser/Sider/Sygeplejersker-Nu-er-vi-taettere-p%C3%A5-patienterne.aspx>

Region Sjælland (2021a, 3. februar). *REFAS*. Lokaliseret d. 15. september 2022 på:

<https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Sider/REFAS.aspx>

Region Sjælland (2021b, 24. marts) *Alle udskudte patienter tilbydes en ny tid*. Lokaliseret d.

15. december 2022 på: <https://www.regionsjaelland.dk/nyheder/Sider/Alle-udskudte-patienter-tilbydes-en-ny-tid.aspx>

Region Sjælland (2022a, 30. november). *Sygeplejersker - Ny i Region Sjælland*. Lokaliseret d. 2. december 2022 på:

<https://www.regionsjaelland.dk/Kampagner/Vikarkorps/Vikarinfo/LoenVilkaar/Sider/Sygeplejersker---Ny-i-Region-Sj%C3%A6lland.aspx>

Region Sjælland (2022b). *INSPIRATIONSKATALOG*. Lokaliseret d. 7. februar 2023 på:

https://www.regionsjaelland.dk/dagsordener/Dagsordener2023/Documents/MOD-2022-00633/Appendix_01_Inspirationskatalog%20fra%20Udvalget%20for%20rekruttering%20og%20fastholdelse.pdf

Rosengren, A., Hawken, S., Ounpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., ... Yusuf, S. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries: A casecontrol study. *The Lancet*, 364, 953–962.

Rugulies, R., Bültmann, U., Aust, B. & Burr, H. (2006) Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *American Journal of Epidemiology*, 163 (10), 877–970.

Schiermer, B. (2013a). Fænomenologiske begyndelser. I: Schiermer, B. (Red.), *Fænomenologi teorier og metoder*. (1. udgave, s. 45-74). København: Hans Reitzels Forlag

Schiermer, B. (2013b). "Til tingene selv" - om hermeneutisk fænomenologi. I: Schiermer, B. (Red.), *Fænomenologi teorier og metoder*. (1. udgave, s. 15-44). København: Hans Reitzels Forlag

Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering (2022). *Rekrutteringssurvey. Rapport, september 2022*. Lokaliseret d. 25. oktober 2022 på:
<https://star.dk/media/21592/rekrutteringssurvey-september-2022.pdf>

Sundhedsstyrelsen (2022, 2. august) *Mental sundhed*. Lokaliseret d. 18 oktober 2022 på:
<https://sst.dk/da/Viden/Mental-sundhed>

Sygeplejeetisk Råd (2014). *De Sygeplejeetiske Retningslinjer*. Lokaliseret d. 15. januar 2023 på: https://dsr.dk/sites/default/files/479/sygeplejeetiske_retningslinjer_2014.pdf

Sørensen, O. H., Hasle, P., Hesselholt, R. R. & Herbøl, K. (2012). *Nordiske forskningsperspektiver på arbejdsmiljø Nordiske forskningsperspektiver på arbejdsmiljø*. Lokaliseret d. 5. december 2022 på: <http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:701201/FULLTEXT01.pdf>

Tidmand, C. P. & Christensen, C. D. (2020, 22. december). *Fik honningkager som tak - nu leverer sygeplejersker dem tilbage*. Lokaliseret d. 20. november 2022 på:
<https://www.tv2lorry.dk/tv-2/fik-honningkager-som-tak-nu-leverer-sygeplejersker-dem-tilbage>

Trolle, J. S. (2022, 6. juli). *Styrtdyk i ansøgere får eksperter til at frygte negativ spiral for sygeplejefaget*. Lokaliseret d. 1. marts 2023 på: <https://www.dr.dk/nyheder/indland/styrtdyk-i-ansoegere-faar-eksperter-til-frygte-negativ-spiral-sygeplejefaget>

TV2 Kommunikation (2021, 19. oktober). *TV 2-dokumentar: 'Opråb fra sygehuset'*.

Lokaliseret d. 15. november 2022 på: <https://omtv2.tv2.dk/nyheder/2021/10/tv-2-dokumentar-opraab-fra-sygehuset/>

Uddannelses- og Forskningsstyrelsen (2022). *Optagelsen 2022. Velfærdsuddannelser (folkeskolelærere, pædagog, socialrådgiver & sygeplejerske)*. Lokaliseret d. 18. september 2022 på: <https://ufm.dk/uddannelse/statistik-og-analyser/sogning-og-optag-pa-videregaende-uddannelser/2022/notat-3-velfaerdsuddannelser.pdf>

VB-FASID (2020). *Brancheoverenskomst*. Lokaliseret d. 15. januar 2023 på:

[https://dsr.dk/sites/default/files/24/vb-fasid_-
_brancheoverenskomst_vikarbureauernes_brancheforening_vb-
fasid_og_dansk_sygeplejersaad_2020-2023_underskrevet.pdf](https://dsr.dk/sites/default/files/24/vb-fasid_-_brancheoverenskomst_vikarbureauernes_brancheforening_vb-fasid_og_dansk_sygeplejersaad_2020-2023_underskrevet.pdf)

VIVE (2023, 28. marts). Jakob Kjellberg bliver medlem af Sundhedsstrukturkommissionen.

Lokaliseret d. 2. april 2023 på: <https://www.vive.dk/da/nyheder/2023/jakob-kjellberg-bliver-medlem-af-sundhedsstrukturkommissionen/>

Yngre læger (2021, 21. oktober). *Travlhed og underbemanding forværrer patienters tilstand på hospitaler*. Lokaliseret d. 11. november 2022 på: <https://www.laeger.dk/nyhed/travlhed-og-underbemanding-forvaerrerr-patienters-tilstand-paa-hospitaler>